ANA CAROLINA COELHO LEITE PACHECO

ANSIEDADE, DEPRESSÃO, STRESSE, ESTRATÉGIAS DE COPING E SUPORTE SOCIAL EM ENFERMEIROS QUE TRABALHAM POR TURNOS E EM HORÁRIO FIXO DIURNO

Orientador: Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2013

ANA CAROLINA COELHO LEITE PACHECO

ANSIEDADE, DEPRESSÃO, STRESSE, ESTRATÉGIAS DE COPING E SUPORTE SOCIAL EM ENFERMEIROS QUE TRABALHAM POR TURNOS E EM HORÁRIO FIXO DIURNO

Dissertação apresentada para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Clínica e da Saúde, no Curso de 2º Ciclo de Psicologia Clínica e da Saúde, conferido pela Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

Orientador: Professor Doutor Américo Baptista

Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias

Escola de Psicologia e Ciências da Vida

Lisboa

2013

Agradecimentos

Começo por agradecer ao Professor Doutor Américo Baptista, pela oportunidade e disponibilidade de orientar ao longo deste percurso. O meu muito obrigada.

Ao Presidente do Conselho de Administração do Hospital Dívino Espírito Santo de Ponta Delgada, Dr. Armando Anahory, e à Diretora de Enfermagem, Cândida Benevides, pela aceitação do meu pedido, bem como, pela colaboração e disponbilidade para a elaboração deste projeto.

À enfermeira Maria de Deus Ferreira, pela preciosa ajuda, disponibilidade incondicional, fundamentais para a concretização deste projeto. O meu muito obrigada.

A todos os enfermeiros que participaram neste estudo, um obrigada muito especial pela vossa disponibilidade e colaboração, imprescindível para a elaboração deste projeto.

Aos meus queridos pais, que, apesar de todos os obstáculos encontrados ao longo deste percurso, me acompanharam e motivaram para a conclusão deste trabalho, bem como ao longo de toda a minha existência. Muito obrigada pelo apoio que sempre me deram e por acreditarem que seria capaz. O que sou hoje, a vocês devo.

Às minhas irmãs, Inês e Joana, pelo vosso amor, carinho e amizade, pela partilha de momentos tão especiais que ficarão para sempre gravados no meu coração. Pelo vosso apoio nos momentos em que mais precisei.

Às minhas queridas avós, Maria José e Abda, pelo carinho e motivação ao longo deste percurso. Sempre muito presentes e atentas ao longo de todo este percurso.

À Drª Célia e ao Dr. Nuno, pela disponibilidade, apoio, segurança e amizade transmitida.

À Natacha, por tudo o que passamos juntas ao longo destes anos, pela amizade incondicional, partilha e pela capacidade em transformar, nem que por instantes, momentos menos bons em momentos de pura rizada e boa disposição!

Ao Filipe, companheiro de vida, pela constante presença, amizade, partilha, amor e paciência ao longo destes anos. Obrigada por fazeres parte da minha vida e estares sempre presente.

Ao "Zahir" e "Moamba", fiéis companheiros!

A todos o meu muito obrigada!

Resumo

O presente estudo teve como objetivo comparar os estados emocionais dos enfermeiros, nomeadamente a ansiedade, depressão e o stresse, em função do regime de horário de trabalho, em horário fixo diurno e por turnos. Pretendeu-se também, explorar e compreender as variáveis moderadoras, nomeadamente as estratégias de *coping* e o suporte social, em relação às variáveis em estudo. Foi utilizada uma amostra composta por 56 profissionais de enfermagem do Hospital Dívino Espírito Santo de Ponta Delgada, dos quais, 53,6% praticavam turnos (N=30) e 46,4% tinham horário fixo diurno (N=26). Do grupo que trabalhava por turnos (N=30), 86,7% eram do sexo feminino (N=26) e 13,3% do sexo masculino (N=4). Do grupo que trabalhava em horário fixo diurno (N=20), 76,9% eram do sexo feminino (N=20) e 23,1% eram do sexo masculino (N=6). As idades eram compreendidas entre os 23 e os 53 anos (M=32,82; Dp= 8,05). Foi elaborado um protocolo de investigação composto por uma folha de dados sócio-demográficos e foram utilizadas as seguintes medidas: Escala de *Coping* (COPE) de Carver, Sheir & Weintraub (1989), Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) de Ribeiro (1999), e Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS-42), de Lovibond & Lovibond (1995), traduzida por Baptista, Santos, Silva e Baptista, (1999). Os resultados do presente estudo evidenciaram que os enfermeiros que trabalham por turnos não apresentam mais ansiedade, depressão e stresse, em comparação com os enfermeiros que trabalham em horário fixo diurno. Verificou-se também, que em ambos os grupos, a utilização do suporte social apresentou-se associada a menores níveis de ansiedade, depressão e stresse, com valores mais elevados para os enfermeiros que trabalham por turnos. Relatativamente às estratégias de *coping*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em relação às variáveis em estudo.

Palavras Chave: Trabalho por turnos, Ansiedade, Depressão, Stresse, Estratégias de *Coping*, Suporte Social.

Abstract

This study main goal aimed to compare nurses emotional states, including depression, anxiety and stress, according to their work system regimen (shift work and non-shift work). It was also intended to explore and to understand moderating variables impact, namely coping strategies and social support. This research was conduced on a 56 nurses sample, working in Dívino Espírito Santo Hospital, from which, 53,6% practice shift work (N=30), and 46,4% practice normal diurnal work (N=26). From these study results, it was possible to conclude that from shift work group (N=30), 86,7% were female nurses (N=26) and 13,3% male nurses (N=4). That from non-shift work group (N=26), 76,9% were female nurses (N=20) and 23,1% male nurses (N=6). With ages between 23 and 53 years old (M=32,8; DP=8,05). It was devoloped a research protocol including a demographic data questionnaire and it was used the following measurements: the Scale of Cope (Carver, Sheir & Weintraub, 1989), the Social Support Scale (Ribeiro, 1999) and Depression, Anxiety, Stress Scale (Lovibon & Lovibon, 1995), translated by Baptista, Santos, Silva and Baptista (1999). The results reveal there nurse's shift workers none present more anxiety, depression and stress when compared nurses non-shift-workers. It was found in both groups, that social support was associated a lower anxiety, depression and stress levels, although shift worker nurses reported higther social support level than non shift worker nurses. In relation to coping strategies, there was no statistically significant differences between both groups.

Keywords**:** Shift work, Anxiety, Depression, Stress, Coping Strategies, Social Suppor

Índice

Introdução 9

Capítulo 1 – Enquadramento teórico …….....12

1.1. Trabalho por turnos ……...….12

1.1.1. Principais caraterísticas da cronobiologia ……..……14

1.1.2. Trabalho por turnos em profissionais de enfermagem ……16

1.2. Ansiedade ……18

1.2.1. Modelo Cognitivo de Beck para a ansiedade.……..20

1.3. Depressão …….…….…….…….…21

1.3.1. Modelo de Beck ...……..…..24

1.4. Stresse ……..……....25

1.4.1. O stresse como resposta ……...26

1.4.2. O stresse como estímulo ……..27

1.4.3. O stresse como transação .…….……...28

1.5. *Coping* …….……..…….....30

1.5.1. Estilos e estratégias de *coping* ……...……...31

1.6. Suporte Social ...……...33

1.7. Modelo tripartido para a depressão, ansiedade e stresse….……36

1.8. Stresse, ansiedade, depressão, estratégias de *coping* e suporte social nos profissionais de enfermagem que trabalham por turnos ...……..……...……...37

1.9. Objetivo e Hipóteses ……..…….…….43

Capítulo 2 – Método ……..……..…..…45

2.1.Participantes.…….…….....45

2.2.Desenho de Investigação ……...45

2.3.Medidas.……...……....45

2.3.1.Dados Demográficos .……45

2.3.2.Escala de *Coping* (COPE) ……..…….…….....46

2.3.3.Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)..…….……46

2.3.4.Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS-42) ……...….....47

2.4.Procedimento…...…….....47

Capitulo 3–Resultados……..……..48

3.1. Estatística Descritiva.…….....48

3.1.1.Caraterização dos dados demográficos da amostra.....48

3.2. Análise Inferencial.....50

3.2.1. Comparação de médias para o *coping* (COPE).....50

3.2.2. Comparação de médias para o suporte Social (ESSS)…..…….....51

3.2.3. Comparação de médias para a ansiedade, depressão e stresse (DASS)....52

3.3. Análise Correlacional ……...53

3.3.1. Associação entre o suporte social e as estratégias de *coping* para o stresse, ansiedade e depressão, em função do regime de horário de trabalho (com e sem turnos)…….……53

Capitulo 4 – Discussão ……...54

Conclusão …….....58

Bibliografia…….**60**

Apêndices I

Apêndice I - onsentimento informado e dados demográficos da amostra.……II

Apêndice II - Pedido de autorização……..……...III

Anexos I

Anexo A - Escala de *Coping* (COPE)….....II

Anexo B - Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS).…….…….....III

Anexo C - Escala de Depressão, Ansiedade e Stresse (DASS-42)……...IV

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Caraterização dos dados demográficos da amostra…….54

Tabela 2 – Médias, desvio padrão e teste *t* para o *coping*…….56

Tabela 3 – Médias, desvio padrão e teste *t* para o suporte social…….57

Tabela 4 – Médias, desvio padrão e teste *t* para a ansiedade, depressão e stresse……57

Tabela 5 – Correlações entre suporte social, stresse, ansiedade e depressão em função do tipo de horário (com e sem turnos)…….59

Introdução

O trabalho por turnos é um fenómeno laboral cada vez mais frequente e necessário na sociedade atual, essencialmente devido a razões de natureza económica, tecnológica e de atendimento às populações, sendo uma forma de organização do trabalho que visa assegurar a continuidade da produção mediante a presença de várias equipas que trabalham em tempos diferentes, no mesmo local (Silva, 2000). Atualmente cerca de 20% da população, em geral, trabalha neste regime de horário de trabalho (Jamal & Baba, 1997), pelo que os efeitos de intolerância a este regime de trabalho assumem particular relevância em termos de saúde ocupacional (Pinto & Mello, 2001).

A enfermagem é uma das profissões que se encontra sujeita ao trabalho por turnos, uma vez que muitas das suas atividades devem ser desempenhadas durante vinte e quatro horas por dia, nos sete dias da semana, ininterruptamente. Dados recentes da Ordem dos Enfermeiros [O.E.] (2009), indicam que trabalham em Portugal 56 000 enfermeiros, dos quais cerca de 35 000 em instituições hospitalares e, destes, 30 000 trabalham por turnos, o que corresponde a uma percentagem muito significativa.

A maioria das investigações realizadas sobre as consequências do trabalho por turnos tem sido unânime em concluir que, em diversas áreas, este tipo de trabalho acarreta consequências nefastas para a saúde e bem-estar do trabalhador. De forma sucinta, estas podem classificar-se em três domínios interrelacionados: perturbações na saúde e bem-estar, perturbações circadianas e do sono, perturbações da vida familiar e social (Silva, 2000b). Estas perturbações podem ser mediadas por fatores individuais, tais como, a idade, sexo personalidade, estado cívil, número de filhos, nível sócio-económico e condições de trabalho, interagindo com o humor e com o desempenho no trabalho, trazendo consequências para a saúde física e mental e física destes trabalhadores (Fernandes, 2010).

Estudos empíricos, no âmbito do trabalho por turnos, têm-se centrado principalmente nos distúrbios físicos, em detrimento do estudo dos distúrbios psicológicos (Pati, Chandrawanshi & Reinberg, 2001), no entanto, isto não significa que as suas repercussões psicológicas não sejam importantes, tanto mais que existem evidências de que a organização do trabalho por turnos pode ser um dos fatores responsáveis pelo aumento do stresse e dos níveis de ansiedade, uma vez que afeta negativamente a saúde física e mental, bem como o

desempenho individual (Monk, 1988; Olsson, Kandolin & Kauppinen-Toropainen, 1989). Neste sentido, está comprovada uma relação estreita entre o trabalho por turnos e o stresse no trabalho (Nicholson e D' Auria , 1999; Costa, 1996; Brugère, Barrit, Butat, Cosset & Volkoff, 1997). O trabalho por turnos tem sido associado, não só ao aumento de ansiedade e stresse, como também a depressão e neuroticismo (Firth-Cozens & Moss, 1998; Gordon, Cleary, Parker, & Czeisler, 1986; Healy, Minors, & Waterhouse, 1993; Kaliterna, Prizmic, & Zganec, 2004; Nachreiner, 1998; Poissonnet & Veron, 2000).

O trabalho por turnos pode ser particularmente prejudicial quando os indivíduos não dispõem de estratégias de *coping* "adequadas" para se ajustar às exigências deste tipo de trabalho (Arendt, 2010). Deste modo, a exposição prolongada ao trabalho por turnos, bem como a falta de recursos para lidar com a situação, pode resultar em efeitos adversos à saúde, pelo que a adoção de estratégias de *coping* têm revelado especial importância como forma de prevenir o stresse (Olsson, et. al, 1989).

O conceito de suporte social tem sido considerado como uma variável positiva na moderação dos efeitos do stresse na saúde mental dos indivíduos. No que respeita ao trabalho por turnos existem estudos que sugerem que os efeitos negativos deste tipo de trabalho podem ser mediados pelo suporte social, através de relações interpessoais que protejam os indivíduos dos efeitos deletérios do stresse, especialmente no que toca à saúde, bem-estar e qualidade de vida. Serra (2011) salienta a importância do suporte social ao afirmar que este deveria estar presente, independentemente dos acontecimentos stressantes.

Neste sentido, o presente estudo de investigação tem como objetivo verificar se os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam maiores níveis de ansiedade, depressão e stresse em relação ao grupo de enfermeiros que trabalha em regime de horário fixo diurno. Pretende-se também compreender de que modo as variáveis moderadoras, nomeadamente as estratégias de *coping* e o suporte social, influenciam os níveis de ansiedade, depressão e stresse em ambos os regimes de horário de trabalho.

Para este efeito, o estudo estrutura-se em cinco capítulos. No primeiro capítulo aborda-se o enquadramento teórico do tema, recorrendo-se a uma revisão da literatura relativamente aos conceitos de trabalho por turnos, ansiedade, depressão, stresse, estratégias de *coping*, suporte social e, por último, analisando-se especificamente o stresse, a ansiedade e a depressão nos enfermeiros que trabalham por turnos. Seguindo-se a apresentação do objetivo e hipóteses do estudo. O segundo capítulo expõe o método que engloba a apresentação da amostra, as medidas utilizadas e o procedimento realizado. No terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos, sendo a discussão, as implicações e as

limitações do estudo, bem como algumas sugestões futuras, abordadas no quarto capítulo. Guarda-se o quinto capítulo para uma conclusão sucinta do estudo.

CAPÍTULO 1. – Enquadramento Teórico

1.1. Trabalho por turnos

O trabalho por turnos e noturno, não é um fenómeno recente, existindo desde tempos remotos, inicialmente com o objetivo de proteção e defesa. No entanto, teve o seu primeiro incremento no início do século XIX, desenvolvendo-se substancialmente com o advento da iluminação elétrica (Waidele, 1996), a qual permitiu que o trabalho fosse executado com maior segurança e sem interrupções, proporcionando assim uma oferta de bens e serviços no decorrer das 24 horas diárias. Foi após a Revolução Indústrial que o trabalho por turnos adquiriu ainda maior importância, passando a fazer parte do modo habitual de organização de muitas empresas e setores económicos. Uma segunda fase de expansão do trabalho por turnos surgiu com a primeira grande guerra, onde milhares de pessoas tiveram que deixar a agricultura para trabalharem nas indústrias bélicas, aumentando, assim, o número de trabalhadores a laborar ao longo das 24 horas do dia.

Segundo Aguir (1992), as razões que justificam, na sociedade atual, a ampla aplicação do trabalho por turnos, deve-se fundamentalmente a três aspetos: sociais (satisfação das necessidades do mercado em determinados setores chave como, por exemplo, saúde, transportes públicos, polícia, bombeiros, forças armadas, proteção civil); tecnológicos (a elaboração de determinados produtos de alta qualidade exige processos produtivos contínuos, sabendo que a sua interrupção pode acarretar grandes custos e riscos); e económicos (o elevado custo do investimento em instalações e equipamentos, assim como as exigências do mercado, obrigam as indústrias a laborar continuamente, 24 horas por dia, a fim de maximixar a rentabilização do capital investido). Desde então o trabalho por turnos e noturno têm vindo a crescer de forma significativa, até aos dias de hoje.

O conceito de trabalho por turnos é muito abrangente, podendo, no geral, ser definido como um tipo de organização laboral que visa assegurar a continuidade de produção (de bens e/ou serviços), mediante a existência de várias equipas que trabalham em tempos diferentes no mesmo local de trabalho (Silva, 2000), variando normalmente entre manhãs, tardes e noites, como também, durante o fim-de-semana (Martins e Martins, 1999) e feriados.

O trabalho por turnos pode ainda ser definido como uma forma de arranjo do horário de trabalho, no qual diferentes equipas de trabalhadores (turnos) laboram em sucessão, de

forma a prolongarem o tempo de trabalho para além dos horários de trabalho diurnos habituais (Costa, 1997).

Segundo o Decreto de Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto, artigo 188.º, considera-se que o trabalho por turnos é "qualquer modo de organização do trabalho em equipa, em que os trabalhadores ocupem sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o ritmo rotativo, que pode ser de tipo contínuo ou descontínuo, o que implica que os trabalhadores podem executar o trabalho a horas diferentes no decurso de um dado período de dias ou semanas". Relativamente ao trabalho noturno, este tem uma "duração mínima de sete horas e máxima de doze horas", incluindo o " intervalo entre as vinte e duas horas e as sete horas do dia seguinte" (n.º 3 do art. 192.º), exceto existência de fixação do mesmo por instrumento de regulação coletiva de trabalho, devendo sempre compreender "o intervalo entre as zero e as cinco horas da madrugada" (n.º 1 do art. 192.º).

Existem diferentes tipos de turnos que, em função das suas principais caraterísticas, podem ser classificados como: permanentes ou fixos (os indivíduos mantêm-se no mesmo turno); rotativos (os indivíduos alternam periodicamente entre diferentes turnos); contínuos (todos os dias da semana) ou descontínuos (interrupção ao fim-de-semana), envolvendo ou não trabalho noturno (Costa, 1997). Os turnos podem ainda ser classificados segundo a sua rotação (rápida, lenta, semanal ou com turno da noite prolongado) e o sentido (rotação para a frente, sentido horário, ou rotação para trás, sentido anti-horário). Pode ainda haver rotação irregular ou fixa (Silva, 2000). As escalas de trabalho por turnos podem ser muito diversificadas, podendo, num mesmo local de trabalho, existirem diferentes escalas. Tem-se assistido, na organização do trabalho por turnos, a uma cada vez maior diversificação e flexibilidade do mesmo.

Em Portugal estima-se que cerca de 29% da população ativa trabalha por turnos, pelo que os efeitos negativos desta forma de organização do trabalho, acima assinalados, assumem particular relevância em termos de saúde ocupacional (Cruz, 2003). Sabendo das suas implicações na saúde física e mental, poderemos concluir que, não só constituem um problema atual, como também de grande importância no futuro (Costa, 2001; Rajaratnam & Arendt, 2001).

Investigações realizadas em diversos países acerca das consequências do trabalho por turnos são unânimes em concluir que este tipo de trabalho acarreta repercussões nefastas para a saúde e bem-estar do trabalhador. Segundo Costa & Sartori (2007), os efeitos negativos do trabalho por turnos resultam de uma inadequada adaptação biopsicosocial relativamente aos desafios colocados por este tipo de trabalho.

As perturbações na saúde associadas ao trabalho por turnos encontram-se referenciadas nas classificações oficiais das doenças (ICD-10, DSM-IV, ICDS-97). A ICD (*International Classification of Diseases*, da OMS) e a DSM (*Diagnostic and Statistical Manual*, da Associação Americana de Psiquiatria) classificam-nas como "distúrbio do sono e da vigília" remetendo para a *International Classification of Sleep Disorders (ICDS),* cuja revisão data de 2001.

1.1.1. Principais caraterísticas da cronobiologia

A cronobiologia tem como objeto de estudo a organização temporal da matéria viva e, como tal, assume especial interesse no estudo sobre o trabalho por turnos, uma vez que os prejuízos causados por este resultam de uma desordem temporal do organismo. Grande parte das consequências associadas ao trabalho por turnos, bem como as intervenções prospostas no âmbito desta problemática, relacionam-se, respetivamente, com a perturbação da ritmicidade de diversas funções no organismo e a tentativa de a evitar e/ou minimizar (Silva, 2007).

Segundo Silva e Silvério (2000), a cronobiologia é a disciplina científica que estuda os ritmos psicobiológicos, o modo como estes são gerados pelos organismos (relógios biológicos), a forma como é assegurada a interface com os ritmos ambientais (processo de sincronização), abordando ainda as alterações da estrutura temporal dos organismos, assim como a aplicação destes conhecimentos na promoção da saúde e do bem-estar. A maior contribuição desta ciência para o estudo da atividade laboral humana é a noção de variabilidade das funções bio-fisiológicas e comportamentais ao longo das 24 horas do dia, fazendo com que os trabalhadores respondam ou tendam a responder diferenciadamente a uma mesma situação laboral, conforme o momento do dia em que ela ocorra (Silva e De Martino, 2009). Deste modo, o organismo humano funciona de acordo com um relógio biológico, possuindo ritmos distintos, que funcionam em combinação com fatores ambientais, externos e internos. De acordo com Silva (2000c), os ritmos biológicos "são funções do nosso organismo que variam no tempo de forma cíclica". Estes podem ser categorizados de acordo com a sua periodicidade, em ritmos circadianos, ultradianos e infradianos (Cruz, 1996). O ritmo circadiano abrange um período de vinte e quatro horas, por exemplo, a concentração de cortisol sérico que aumenta nas primeiras horas da manhã e diminui ao longo do dia, o sono-vigília, o humor, entre outros. O ritmo ultradiano contempla variações ocorridas em curtos períodos de tempo, como por exemplo, a frequência cardíaca. O ritmo infradiano carateriza-se

pelas variações ocorridas num período superior a vinte e oito horas, por exemplo, num período mensal como as hormonas sexuais femininas.

Os ritmos biológicos dependem assim, de fatores endógenos e exógenos que se sincronizam entre si, mantendo um equilíbrio homeostático. Entre os diversos ritmos existentes, os ritmos circadianos são os mais estudados e apresentam maior interesse para a problemática do trabalho por turnos (Cruz, 1996). Os ritmos circadianos humanos referem-se, por isso, a uma periodicidade de um certo número de funções fisiológicas, psicológicas, bioquímicas e comportamentais, com a duração de 24 horas (Armstrong-Esther e Hawkins, 1982, cit. por Clancy & McVicar, 1995), sendo o ritmo circadiano mais importante, o ritmo sono-vigília (Moore, 2006). Segundo Horne & Ostberg (1976), existem três cronótipos, em relação às diferenças individuais encontradas na alocação dos seus ritmos circadianos, podendo classificar-se em: matutinos (adormecem e acordam cedo), vespertinos (adormecem e acordam tarde) e indiferentes, sendo estes os que mostram maior flexibilidade na adaptação do horário de trabalho.

Os ritmos circadianos são inatos e possuem uma base endógena (genética) de controlo que se altera exogenamente (ambiente). Alguns dos fatores endógenos mais importantes são: a idade, o sexo, o estado de saúde física e mental, a experiência prévia com o trabalho por turnos ou noturno, a amplitude de certos marcadores rítmicos, aspetos do cronótipo do sono, genótipo, etc. (Smolensky, 1981 cit. por Cruz, 2003; Silva, Pereira, Matos, Silvério, Parente, Domingos, et. al., 1996). Os fatores exógenos referem-se aos fatores sociais, tais como, os horários e sistemas de rotação dos turnos, refeições, hábitos do indivíduo, fatores de incentivo, exigências das tarefas no trabalho e fatores políticos, etc. Os ritmos endógenos são livres mas são condicionados ou sincronizados através de informações do meio ambiente, denominados por sincronizadores externos ou zeitgebers (como exemplo cita-se o fenómeno claro-escuro) (Silva & De Martino, 2009). Estes podem ser classificados em geofísicos (alteração de temperatura e luminosidade), psicossociais (rotinas sociais) e comportamentais (rotinas pessoas, alimentação, sono). Os sincronizadores de natureza social têm grande importância para o homem: são eles que determinam a maioria dos horários em torno dos quais a sociedade se organiza ao longo das 24 horas, como são exemplo, os horários dos serviços públicos, das escolas, do transporte público, das refeições, do lazer. De modo geral, durante o dia geralmente ocorrem todas as atividades e, à noite, o descanso e o sono (Silva & De Martino, 2009). Em condições normais, os ritmos circadianos estabelecem relações de fase estáveis e harmoniosas entre si ao longo do tempo (harmonia bio-temporal ou sincronização interna), cuja estrutura constitui a ordem temporal interna (Silva, 2007), mas também com o

meio externo através do processo de sincronização externa, arrastamento ou alinhamento. O equilíbrio entre os sincronizadores externos e a ordem temporal interna passa quase despercebido durante toda a vida de uma pessoa que trabalha durante o dia e dorme à noite (Silva & De Martino, 2009). Quando por alguma razão surgem mudanças bruscas nos zeitgebers (como são exemplo o trabalho por turnos, travessias rápidas de fusos horários), surge uma dessincronização externa ou desalinhamento. Se houver uma persistência desta dessincronização, pode ocorrer em alguns indivíduos, as relações de fase tornarem-se instáveis, ou seja, se os ritmos biológicos perderem as relações de fase que deveriam manter entre si, surge uma dessincronização interna ou dessincronose ou disritmia (Silva et al., 1996). Esta alteração do ritmo circadiano tem sido considerada como um dos aspetos centrais na compreensão dos efeitos associados à maior parte dos problemas de saúde e bem-estar vivenciados pelos trabalhadores que desenvolvem a sua atividade em regime de trabalho por turnos (Costa, 2009).

No caso dos indivíduos que trabalham por turnos, especialmente os abrangendo períodos noturnos, devido a um desalinhamento entre o sistema circadiano e os sincronizadores ambientais, surge habitualmente uma dissociação entre os ritmos biológicos, psicológicos e sociais, ocorrendo ainda uma inversão do padrão do ciclo sono-vigília, o que pode perturbar o desempenho das funções profissionais (podendo determinar um aumento de erros e acidentes), da vida familiar e social, assim como da saúde, a curto e a longo prazo (perturbações do sono, do humor, fadiga, distúrbios gastrointestinais, cardiovasculares, etc) (Minors & Waterhouse, 1981; Minors, Scott & Waterhouse, 1986; Folkard, 1989; Comperatore & Krueger, 1990; Costa, 1997 cit. por Silva, 2000d).

1.1.2. Trabalho por turnos em Enfermagem

Segundo Carvalho (2006), a enfermagem é um caso paradigmático de integração harmoniosa dos saberes provenientes, quer das ciências naturais, quer das ciências humanas, sendo o seu objeto de estudo o homem encarado de uma forma holística.

Ao longo dos tempos, o conceito de enfermagem foi alvo de profundas modificações, mantendo uma estreita relação com a história da civilização. Desde as suas origens, que a profissão de enfermagem está ligada à noção de "cuidar", ou seja, à prestação de cuidados relacionados com a sobrevivência e bem-estar das pessoas.

Em Portugal, o exercício da profissão de enfermagem remonta a finais do século XIX, sendo que, a partir da segunda metado do século XX, as modificações operadas nas

competências exigidas aos enfermeiros, ao nível de formação académica e profissional, permitiram o desenvolvimento de uma prática profissional cada vez mais complexa, diferenciada e exigente (Decreto-lei n.º 104/98 de 21 de Abril). Atualmente, os enfermeiros constituem uma comunidade científica de maior relevância no funcionamento do sistema de saúde e na garantia do acesso da população a cuidados de saúde de qualidade, em especial em cuidados de enfermagem.

O exercício profissional dos Enfermeiros encontra-se regulamentado através do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE – DL n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo DL n.º 104/98 de 21 de Abril) de modo a garantir que o mesmo se desenvolva como salvaguarda dos direitos e normas deontológicas da enfermagem, como também, de forma a proporcionar aos cidadãos, deles carecidos, cuidados de enfermagem de qualidade. Segundo este diploma, o enfermeiro é um profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária (REPE – DL n.º 161/96 de 4 de Setembro, alterado pelo DL n.º 104/98 de 21 de Abril). A função do enfermeiro é prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que está integrado, de forma a que mantenha, melhore e recupere a saúde, ajudando-o a atingir a máxima capacidade funcional, tão rapidamente quanto possível. A profissão de enfermagem apresenta como objetivos fundamentais, a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento, a reabilitação e a reinserção social (n.º 1 do art. 8.º do REPE). A atuação destes profissionais tem complementariedade funcional relativamente aos demais profissionais de saúde, mas dotada de idêntico nível de dignidade e autonomia de exercício profissional (n.º 3 do art. 8.º do REPE).

O trabalho por turnos é uma caraterística da profissão de enfermagem, cujas atividades, em diversas situações, devem ser desempenhadas ininteruptamente durante as vinte e quatro horas do dia, nos sete dias da semana. Esta forma de organização de trabalho, em particular o turno noturno, tendo em conta as caraterísticas cronobiológicas dos indivíduos, pode ter implicações importantes tanto no bem estar pessoal dos trabalhadores como também na qualidade dos cuidados prestados aos clientes/pacientes (Clancy & McVicar, 1995; De Martino, 1996, 2002, cit. por De Martino & Basto, 2009). Quanto às modalidades de regime de trabalho aplicáveis aos enfermeiros, integrados na carreira, são as seguintes (n.º1 do art. 54.º da Carreira de Enfermagem): tempo completo (com duração de 35

horas semanais), tempo parcial (com duração de 20 ou 24 horas semanais) e regime de horário acrescido (com duração de 42 horas semanais). Quando estes profissionais trabalham por turnos, a semana de trabalho, entendida de segunda-feira a domingo é, em regra, de 35 horas e 5 dias, podendo sofrer alterações por necessidade do serviço ou do enfermeiro. Os enfermeiros têm direito a um dia de descanso semanal, acrescido de um dia de descanso complementar, devendo, em cada período de quatro semanas, pelo menos um dos dias de descanso coincidir com o sábado ou o domingo. Devem ainda ser considerados, obrigatoriamente, na organização dos horários de trabalho, todos os feriados nacionais e municipais que recaiam em dias úteis, pelo que a aferição da duração de trabalho normal deve reportar-se a um período de quatro semanas (n.º 1, 2, 3, 4 e 5 do art. 56.º da Carreira de Enfermagem). O sistema de rotação de turnos utilizado com mais frequência pelos enfermeiros em Portugal é o de rotação rápida num regime de três turnos rotativos de oito horas. Este sistema é considerado o mais adequado (Clancy & McVicar, 1995; Costa, 1996), evidenciando-se assim a importância da organização e da elaboração das escalas, de modo a minimizar as consequências deste ritmo de trabalho na saúde dos trabalhadores.

1.2. Ansiedade

O termo ansiedade deriva do latim "anxius" que significa agitação e angústia, sendo que este termo deriva de uma outra palavra latina, "angere" que significa sufocar ou estrangular, daí que se possa referir à sensação de sufoco, frequentemente sentida pelos sujeitos ansiosos (Beck, Emery, Greenberg, 1985).

A ansiedade é um estado emocional que apresenta componentes psicológicos e fisiológicos, que fazem parte do espetro normal da experiência humana. É considerada como uma reação natural e fundamental para a auto-preservação, sendo responsável pela adaptação do organismo face a situações de perigo. Contudo, esta também pode ter repercusões negativas para o indivíduo, se for excessiva e prolongada no tempo, pois em vez de contribuir para o confronto com a situação que causa ansiedade, limita ou impossibilita a sua capacidade de adaptação.

Segundo Baptista, Carvalho & Lory (2005) a fenomenologia da ansiedade é variável e pode alternar ao longo do tempo ou de acordo com as situações que a desencadeam. Para estes autores, a ansiedade é um estado emocional aversivo, sem desencadeadores claros, que não podem ser evitados. É uma emoção que se baseia na avaliação pessoal de um indivíduo a determinada ameaça (Lazarus & Averill, 1972). Os principais sintomas podem incluir, por

um lado, a tristeza, a vergonha, a culpa e, por outro, a cólera, a curiosidade, o interesse ou a excitação (Baptista et. al., 2005).

May (1980) considera que a ansiedade é uma experiência subjetiva que surge na medida em que o indivíduo, perante uma situação, não pode fazer face às suas exigências e sente uma ameaça à sua existência ou aos valores que considera essênciais.

Quando uma situação stresseante é percebida como uma ameaça/perigo, a pessoa experimenta mudanças fisiológicas e comportamentais. Estas mudanças resultam da ativação do sistema nervoso autónomo, que incluem sintomas fisiológicos, como, tremores, palpitações, falta de ar, tonturas, entre outros (May,1996; Spielberger, 1979), bem como sintomas comportamentais, tais como, sentimentos de tensão, apreensão e preocupação (Lader, 1984; Spielberger, 1979).

Estados de ansiedade são vivenciados de maneira diferente em termos de intensidade e duração. Níveis moderados de ansiedade são caraterizados por sentimentos de tensão, apreensão e nervosismo. Altos níveis de ansiedade estão associados com intensos sentimentos de medo e pavor, e a pessoa apresenta um comportamento de pânico. A intensidade e duração dos estados de ansiedade depende da perceção do agente stresseor pela pessoa. Mesmo quando a situação é objetivamente não ameaçadora, pode resultar um estado de ansiedade intensa, porque uma pessoa interpreta a situação como uma ameaça à sua auto-estima e bem-estar (Spielberger, 1966; 1979). Deve-se ter em consideração que a mesma situação pode ser percebida por algumas pessoas como uma ameaça e, por outras, como não ameaçadora (Gaudry & Spielberger, 1971; Laux e Vossel, 1982). A avaliação pessoal da situação e a experiência passada da pessoa determinam se é ou não uma situação de ameaça (Gaudry & Spielberger, 1971).

A ansiedade é um fenómeno natural, sendo a sua intensidade a determinar a diferença entre o normal e o patológico (Bauer, 2002). Quando a ansiedade é um modo habitual e consistente de reação designa-se por "ansiedade traço", quando é uma reação episódica ou situacional designa-se por "ansiedade estado" (Spielberger, 1985). Spielberger (1966) refere que os indivíduos com maior nível de ansiedade traço têm maior tendência para percepcionar as situações como mais ameaçadoras.

A ansiedade encontra-se classificada no DSM-IV-T/R, agrupando um conjunto de perturbações (APA, 2006). A perturbação generalizada da ansiedade apresenta duas carateristicas essenciais, que são a ansiedade e a preocupação constante e exagerada acerca de um conjunto de acontecimentos que perduram por, pelo menos, seis meses (APA, 2006). As preocupações são de dificil controlo e interferem no quotidiano do sujeito (Baptista, Pereira,

Carvalho, Lory & Santos, 2001). Segundo a APA (2006) o sujeito deverá apresentar, além de preocupação e ansiedade, três ou mais dos seguintes sintomas: agitação, nervosismo ou tensão interior; fadiga fácil; dificuldades de concentração ou mente vazia; irritabilidade; tensão muscular; perturbações do sono, manifestando dificuldades em adormecer ou manter o sono, ou sono agitado e pouco satisfatório. Na perturbação generalizada da ansiedade os sujeitos nem sempre classificam as suas preocupações como excessivas, embora possam descrever um mal-estar subjetivo devido a um constante desassossego, assim como apresentam dificuldade em controlar as suas inquietações e podem evidenciar deficiências no funcionamento social, ocupacional ou noutras áreas importantes (APA, 2006). Os sintomas de ansiedade também não são provocados pelos efeitos fisiológicos de uma substância tóxica ou de estado físico geral e não ocorrem exclusivamente durante uma perturbação do humor (APA, 2006).

De forma a compreender os mecanismos e processos implicados na ansiedade, foram desenvolvidos, ao longo dos tempos, diversos modelos teóricos. Neste enquadramento aborda-se o modelo cognitivo das reações de ameaça de Beck et. al.,(1985).

1.2.1. *Modelo Cognitivo de Beck para a ansiedade*

Beck, Emery e Greenberg (1985). destacam a noção de "vulnerabilidade" como ponto principal do estudo da ansiedade, definindo-a como a "perceção de se estar sujeito a perigos internos e externos sobre os quais não se tem controlo suficiente para produzir uma sensação de segurança", variando em função de processos cognitivos disfuncionais que ocorrem durante a avaliação secundária da ameaça, subestimando tanto a probabilidade de que o dano ocorra como a sua gravidade, produzindo um comportamento de evitação. Segundo Beck et al., 1985), indivíduos ansiosos não conseguem, na avaliação secundária da situação, identificada como ameaçadora, perceber os seus aspetos de segurança, "subestimando sua capacidade de enfrentar o dano ou perigo antecipado", reforçando a perceção inicial de ameaça.

Nesta perspetiva, o que carateriza fundamentalmente a ansiedade é o processamento da informação baseado em esquemas disfuncionais, que produzem erros ou enviesamentos de interpretação dos estímulos, que são avaliados como ameaçadores e potencialmente perigosos para o sujeito. Paralelamente os sujeitos subestimam os recursos pessoais de *coping* e os indícios securizantes do meio (Beck & Clark, 1997). A diferença entre a ansiedade normal e patológica reside na sobrevalorização subjetiva do perigo. Beck et. al., (1985) explica o modo de processamento da informação que constitui o cerne do modelo cognitivo da ansiedade;

trata-se de um padrão complexo constituído por quatro aspetos; fisiológico (alerta do sistema autónomo para preparar a fuga ou mobilizar a defesa face ao perigo percebido); comportamental (mobilização com objetivo de "fugir" e de se defender do perigo percebido); afetivo/cognitivo (sentimentos de medo e de apreensão) e cognitivo: sintomas sensorio-perceptivos (sentimento de irrealidade, de hipervigilância e consciência de si); dificuldades de pensamento (concentração difícil, incapacidade de controlar o pensamento, bloqueio e dificuldades em raciocinar); sintomas concetuais (distorções cognitivas, crenças associadas ao medo, imagens terrificantes e pensamentos automáticos negativos). Este modo de processamento ansioso carateriza-se por atribuir significados ameaçadores a estímulos neutros. O sistema de processamento da informação proposto por Beck e Clark (1997) prevê três modos de funcionamento: registo inicial ou modo de orientação e reconhecimento dos estímulos (atribuição de uma valência ao estímulo – atribuição da prioridade – atribuição dos recursos da atenção); preparação imediata ou modo primário de processamento da ameaça (assegurar a sobrevivência do indivíduo maximizando os indicadores de segurança e minimizando o perigo – atribuição de um significado à ameaça com base em informações incompletas) e elaboração secundária ou modo meta-cognitivo (avaliação da possibilidade e da eficácia dos recursos de *coping* face à ameaça – procura de sinais de segurança).

Em suma, do ponto de vista cognitivo, a ansiedade está presente onde o sujeito percebe um perigo ou uma ameaça. A ansiedade é produto da avaliação cognitiva e corresponde a um conjunto de cognições e afetos perante uma situação ameaçadora: sentimento de apreensão, perceção de um perigo iminente, ativação de diversos sistemas psico-fisiológicos. Efetivamente, segundo a teoria de Beck (1985), a ansiedade resulta da ativação de determinadas estruturas cognitivas, "esquemas de perigo" que distorcem o modo como o sujeito procura a informação, proveniente do ambiente. O processo de ansiedade é produto da consequência dos sistemas biológico, psicológico e social.

1.3. Depressão

A palavra depressão provém do latim deprimere que significa abatimento, diminuição, afundamento. O conceito de depressão parece ter origem no termo melancolia, usado por Hipócrates, que atribuía o estado melancólico ao excesso de bílis negra (humores básicos). Nos séculos seguintes, numerosos autores descrevem a melancolia e outros conceitos nela enxertados até ter sido elaborada uma concetualização mais clara, na viragem do século XIX, por Kraeplin, que estabelece a fronteira entre a psicose maníaco-depresiva e a

demência precoce. A nosologia descrita por este autor serviu de base a muitos dos modelos atuais da depressão, embora alguns aspetos sejam motivo de grande controvérsia. Adolf Meyer propôs o termo depressão para substituir melancolia. Este autor descreve que as perturbações depressivas correspondem a reações mal adaptativas ao stresse ambiental, introduzindo o conceito de reatividade na depressão (Teles-Correia, 2009).

A depressão é um transtorno psiquiátrico que afeta cerca de 121 milhões de pessoas no mundo inteiro, estima-se que uma em cada quatro pessoas do mundo sofre, sofreu, ou vai sofrer de depressão (WHO, 2009). Os custos pessoais e sociais desta doença são muito elevados, sendo uma das principais causas mundiais de incapacidade. Pode ser diagnosticada e tratada em cuidados de saúde primários, contudo menos de 25% dos que padecem de depressão têm acesso a tratamentos eficazes (WHO, 2007).

A depressão é um transtorno multifatorial e, por isso, as variáveis que desencadeiam ou mantêm a sintomatologia depressiva, variam de pessoa para pessoa, bem como os fatores de risco que estão implicados, tais como o género, aspetos neuroendocrinológicos, indicadores familiares e sociais e estratégias de *coping*, entre outros (Baptista, 2004). A pessoa que sofre de depressão é afetada no seu todo, com repercussões psicológicas, biológicas e sociais sobre o próprio (Serra, 2011).

De entre os principais sintomas emocionais manifestados no indivíduo com depressão está a tristeza e o abatimento, que ocasionam um sentimento de desesperança em relação à vida futura, perdendo o interesse e a vontade em qualquer atividade que antes dava prazer (Baptista, 2004). Os sintomas podem ser subdivididos em quatro categorias: emocionais, cognitivos, físicos e motivacionais. Os emocionais caraterizam-se pela tristeza, abatimento e diminuição ou perda total de prazer nas atividades de vida que antes eram executadas com satisfação; os cognitivos, são pensamentos negativos de si próprio, que causam uma baixa auto-estima, desesperança sobre a vida futura, diminuição da concentração e memória; os físicos, referem-se a um cansaço excessivo, mudança no apetite e no sono e mal-estar geral causado por aumento de dores, e por último, os motivacionais que têm como caraterística principal a falta de iniciativa e total inércia perante a situação (Atkinson, 2002). É a intensidade destes sintomas e o prejuízo por eles causados no funcionamento global do indivíduo, que determinam se a pessoa apresenta um diagnóstico deste transtorno ou se apresenta apenas alguns sintomas.

A depressão, como fenómeno clínico, continua a apresentar dificuldades na sua concetualização, podendo ser visto sob diferentes ângulos e analisado em níveis concetuais diferentes (Campos, 2009). Deste modo, a depressão como fenómeno clínico, encontra-se

descrita e classificada segundo duas classificações e nosologias independentes, a ICD (Classificação Internacional de Doenças) e DSM-IV-TR (Diagnostic Statistical Manual). Optamos por uma abordagem estrutural pelo que recorremos ao DSM-IV-TR (APA, 2006).

Segundo o DSM-IV-TR, a depressão é uma Perturbação do Humor e a sua sintomatologia caracteriza-se por humor depressivo, diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as actividades diárias; perda ou aumento de peso significativos num curto espaço de tempo; insónia ou hipersónia; fadiga ou perda de energia; sentimentos de desvalorização ou culpabilidade excessiva ou inapropriada; diminuição das capacidades de pensamento, concentração ou indecisão e, por último, pensamentos recorrentes acerca da morte, ideação suicida recorrente, ou até mesmo, tentativa ou plano para cometer suicídio. Todas estas características deverão estar presentes nos indivíduos, em todos ou quase todos os dias. Para que seja diagnosticada uma depressão será necessária a presença de pelo menos cinco destes sintomas durante duas semanas. A APA (2006) estabeleceu como critérios de diagnóstico de Episódio Depressivo Major apenas os previamente referidos. No entanto, importa perceber se se trata de um Episódio misto. Para se diagnosticar um Episódio Depressivo Major importa o sujeito manifestar mal-estar clinicamente significativo, ou deficiências no funcionamento social, ocupacional, ou em qualquer outra área relevante. Os sintomas não podem ser causados por efeitos fisiológicos diretos de uma substância de abuso ou de um estado físico geral, como por exemplo o hipotiroidismo (APA, 2006). Em relação à prevalência na população, observa-se que o sexo feminino apresenta maior risco, comparativamente ao masculino, principalmente na Europa e Estados Unidos da América (APA, 2006). Em relação ao diagnóstico diferencial, o Episódio Depressivo Major deverá ser distinguido de Perturbação do Humor Secundária a um estado físico geral, considerado, neste caso, como consequência fisiológica direta de um estado físico específico. A Perturbação do Humor induzida por substâncias tóxicas difere do Humor Depressivo, na medida em que o sujeito, neste caso, consome substâncias ilícitas. Também se pode verificar, nos idosos, confusão entre a Perturbação do Humor e um estado demencial, visto existir elevada co-morbilidade e semelhança de sintomas (APA, 2006). Relativamente à distractibilidade e baixa tolerância à frustração, que são sintomas que ocorrem, simultaneamente, na Perturbação Hiperactiva com défice de atenção e no Episódio Depressivo Major, quando se preencherem critérios para as duas perturbações, estas poderão ser diagnosticadas em conjunto. Um Episódio Depressivo Major que ocorra em resposta a um acontecimento psicossocial, distingue-se da Perturbação da Adaptação com Humor Depressivo. Em última análise, o diagnóstico de Perturbação Depressiva, sem outra especificação, poderá ser apropriado para

os quadros clínicos com humor depressivo e deficiência clinicamente significativa, que não preencham os critérios de duração ou intensidade (APA, 2006).

Diversos modelos teóricos têm sido desenvolvidos na tentativa de explicar a etiologia dos mecanismos da depressão, neste estudo será feita uma breve referência ao modelo cognitivo da depressão de Beck.

1.3.1. Modelo cognitivo dos estados emocionais de Beck

O modelo cognitivo da depressão (Beck, Rusch, Shaw & Emery, 1979), evoluíu a partir de observações clínicas sistemáticas e experienciais e organiza-se sob três conceitos específicos para explicar a depressão: tríade cognitiva, esquemas/crenças centrais e distorções cognitivas. A tríade cognitiva é constituída por três padrões cognitivos major, típicos dos doentes deprimidos: visão negativa de si mesmo, em que o sujeito se vê a si própio como inadequado ou defeituoso; visão negativa das interações com o meio ambiente, fazendo uma interpretação distorcida do meio que o rodeia; e visão negativa do futuro, em que se antecipa que o sofrimento próprio será permanente. Esta interpretação errónea da realidade faz com que a pessoa deprimida se sinta encurralada, envolvida em situações onde só podem decorrer deceções, sofrimento e sentimentos de desamparo e desesperança. Beck, Rusch, Shaw e Emery (1997), consideram os diversos sintomas depressivos como sendo consequência desta visão negativista tríplice. Outro conceito inerente ao modelo cognitivo é a noção de esquemas/crenças centrais. São utilizados para explicar o porquê do paciente manter atitudes indutoras de sofrimento, apesar de existirem evidências positivas. O sujeito possui distorções cognitivas, pois retira conclusões negativas sem qualquer evidência baseada na realidade (Beck et al., 1997). Os esquemas são padrões cognitivos estáveis, que são ativados por situações congruentes com essas crenças e que modelam o estilo de pensamento de um indivíduo, promovendo erros ou distorções cognitivas. São adquiridos precocemente, atuando como 'filtros', pelos quais as informações e experiências são processadas (Beck et al., 1997). Deste modo, o sujeito classifica e avalia as situações através de um conjunto de esquemas, sendo que o tipo de esquema pode determinar a sua experiência (Beck et al.,1997). Por último, no modelo cognitivo existe a noção de erros cognitivos/distorções cognitivas. Os esquemas, uma vez ativados por certos acontecimentos de vida, dão origem a distorções sistemáticas no processamento da informação. Beck et al,. (1997) identificaram um conjunto de distorções que frequentemente, os sujeitos deprimidos apresentam: a inferência arbitrária (conclusão antecipada e com poucas evidências), a abstração seletiva (tendência da pessoa a

escolher evidências do seu mau desempenho), a supergeneralização (tendência a considerar que um evento ou desempenho negativo ocorrerá outras vezes) e a personalização (atribuição pessoal geralmente de caráter negativo).

Este modelo tem como pressuposto que as emoções, os comportamentos e as reações, estão diretamente ligados à forma como indivíduo avalia as suas experiências no mundo (Beck et. al., 1979).

1.4. Stresse

Segundo Schaffer (1982, cit. por Serra, 2011), o termo stresse tem recebido, ao longo da história, diversas atribuições. A palavra stresse provém do verbo latino, stringo, stringere, strinxi, strictum que significa apertar, comprimir, restringir, sendo utilizada desde o século XIV, para exprimir pressão ou constrição de natureza física, passando mais tarde a referir-se, também, a pressões que incidem sobre um orgão corporal ou sobre a mente humana (Serra, 2011). No século XX, dá-se a transição da palavra stresse, da física para a medicina, por via dos estudos de Seyle (1936). No âmbito da psicologia o conceito de stresse teve o seu grande desenvolvimento com os estudos de Lazarus e Folkman (1984). O stresse, sendo uma temática muito debatida atualmente, não é um fenómeno novo, na medida em que estímulos que exigem adaptações humanas são intrínsecos à própria vida e, desde sempre, o ser humano teve de interagir com o seu ambiente (físico e social), encontrando-se, por isso, exposto às pressões deste (Frasquilho, 2005).

O stresse pode ser definido como um processo através do qual, eventos ambientais ou psicológicos – fontes de stresse – funcionam como potenciais ameaças à segurança e bem-estar do organismo (Baum, Grunberg & Singer, 1982). Não obstante a tendência para enfatizar os aspetos negativos do stresse, em situações intermédias, este pode considerar-se útil e adaptativo ao tornar-se propulsivo, impulsionando a tomada de decisões e a resolução de problemas, incentivando a melhoria das funcionalidades e das aptidões. Podem as situações stresseantes constituírem-se como oportunidade de aprendizagem (Serra, 2011). Aos aspetos positivos do stresse denomina-se "eustresse", os quais podem ser um fator protetor para a saúde. Pelo contrário, os aspetos negativos do stresse, denominados por "distresse", são perigosos para o sujeito e nocivos ao organismo (Lazarus, 1999). Deste modo, surgirá stresse, sempre que algo de positivo ou negativo ocorra na vida do indivíduo, originando nele uma necessidade de adaptação (Keefe, 1988; Everly, 1989).

Adotando uma perspetiva do stresse como um processo interativo ou transacional entre estímulos ambientais e respostas do indivíduo, destaca-se a existência das diferenças individuais, da especificidade dos mecanismos psicológicos, nomeadamente dos processos de avaliação cognitiva de cada um, bem como o modo como lidar com o stresse (Lazarus & Folkman, 1984; Gomes, Cruz & Melo, 2000; Serra, 2011). Deste modo, quando se desenvolve a percepção, que pode ser real ou distorcida, de falta de controlo sobre uma ocorrência ou circunstância, surge o stresse e, face a isso, desenvolve-se um conjunto de ações ou estratégias com a finalidade de resolver ou atenuar o problema. O stresse é um conceito transacional, que congrega a situação, as respostas humanas e a vivência desta, integrando a relação entre o biológico e o social. Trata-se de uma construção mental, que representa a relação do sujeito com as circunstâncias do seu quotidiano (Frasquilho, 2009).

Segundo Serra (2011), todos os fatores de stresse reproduzem no ser humano vários tipos de resposta, podendo estas ser de natureza biológica, de comportamento observável, cognitiva e emocional, que ocorrem de forma simultânea, influenciando-se mutuamente, sendo estas respostas tanto mais acentuadas quanto mais intensa, frequente e prolongada for a exposição ao stresse. A resposta ao stresse é uma reação global do organismo a uma agente stresseor.

O processo de stresse pode culminar em reações psicológicas como ansiedade, depressão, alterações cognitivas, reações fisiológicas, podendo originar doenças e alterações comportamentais indesejáveis (Frasquilho, 2005). Embora o stresse possa estar na origem de diversas patologias, por si só, não pode considerar-se como uma doença (Serra, 2011).

Na abordagem ao stresse indentificam-se fundamentalmente três perspetivas: a que conceptualiza o stresse como resposta, o stresse como estimulo e o stresse como transação.

1.4.1. O stresse como resposta

Um dos primeiros modelos explicativos do stresse, enquadra-se numa perspetiva biológica ou fisiológica, na qual se destacam os estudos realizados por três cientistas que, de algum modo, procuraram compreender os mecanismos de resposta do indivíduo face a alterações do meio ambiente (Baptista, 2009). Claude Bernard, ao destacar a importância de respostas defensivas, por parte de um organismo vivo, perante uma ameaça (Serra, 2011). Walter Cannon, ao designar por homeostase, a capacidade do organismo em manter-se estável apesar das alterações ambientais, tendo desenvolvido o modelo de "luta ou fuga" para explicar as mudanças comportamentais que ocorrem para lidar com ameaças, tanto físicas

como sociais, na tentativa de reestabelecer o seu equilíbrio (Baptista, 2009). E por fim, Hans Selye que, com base no postulado de Cannon, desenvolveu e popularizou o conceito do stresse como resposta, dando origem à sua concetualização biológica/fisiológica. Este autor define o stresse como um conjunto de respostas não específicas do organismo a qualquer estímulo ou situação de stresse, conceptualizando-o como um fenómeno essencialmente biológico e orgânico (Hans Selye, 1956). Segundo esta perspetiva, o stresse é definido como um conjunto de respostas fisiológicas e psicológicas, por parte dos indivíduos quando confrontados com determinados estímulos ambientais ou stressores, que provocam tensão ou outros aspetos negativos para a sua saúde e bem-estar (Wallace et. al., 1988). A este conjunto de respostas fisiológicas reguladoras, face a ameaças ao organismo, Selye denominou de Síndrome Geral de Adaptação (SGA), o qual se desencadeia em situações de stresse, segundo três fases: reacção de alarme, estadio de resistência e fase de exaustão (Selye, 1956). Numa primeira fase, verifica-se a reação de alarme que ocorre imediatamente após a exposição do indivíduo a uma situação stresseante, seguindo-se a fase de resistência, na qual o organismo procura adaptar-se ao stressor, contudo, se este continuar exposto a um stresse intenso, mantendo uma estimulação fisiológica prolongada do organismo, poderá ocorrer a diminuição da resistência e o esgotamento dos mecanismos adaptativos, entrando-se na fase de exaustão. É nesta fase que podem surgir doenças resultantes do stresse (Selye, 1956; Serra, 2011), tais como fadiga, ansiedade, depressão, ou outras perturbações. Foi também Selye (1956) que distinguiu entre respostas "mal adaptativas" e "adaptativas", que atualmente corresponde respetivamente, aos conceitos de "distress" e de "eustress". Nesta perspetiva, o stresse é compreendido como uma resposta não específica do organismo a qualquer exigência de adaptação (Machado & Lima, 1998).

1.4.2. O stresse como estímulo

A perspetiva de stresse como estímulo define o stresse como uma condição do meio ambiente que é percecionada como perturbadora e disfuncional. O stresse passa, assim, a ser estudado, não em termos de resposta biológica, mas em função das caraterísticas que o determinam (Serra, 2011).

Esta abordagem foi introduzida por Holmes e Raye (1967, cit. por Mendes, 2002) que tentaram avaliar a importância dos acontecimentos de vida como indutores de stresse no ser humano, defendendo que há acontecimentos que têm maior probabilidade do que outros em induzerem stresse no ser humano e que os acontecimentos negativos, podem influenciar o

estado de saúde dos indivíduos (Serra, 2011). Nesse sentido desenvolveram a Escala de Avaliação do Reajustamento Social (Social Reaujustment Rating Scale – SRRS), explicitando que qualquer acontecimento que cause mudanças no contexto social deve ser considerado stresseante, podendo variar o grau de intensidade. Estes autores afirmam que os fatores stresseantes são os acontecimentos importantes de vida, que exercem forças no sujeito e requerem uma necessidade de adaptação do organismo, na sequência de um constrangimento, ameaça ou exigência que lhe é imposta. Esta adaptação será no sentido de restabelecer o equilíbrio dinâmico do organismo humano e varia de acordo com carateristicas individuais, personalidade, vulnerabilidade, entre outras. Todavia, a proposta destes autores foi alvo de inúmeras críticas por não discriminarem os acontecimentos positivos e negativos, assim como não identificarem a cronicidade ou a recorrência dos acontecimentos (Lazarus, 1999).

1.4.3. O modelo transacional de Lazarus

Lazarus e Folkman (1984) desenvolveram uma nova perspetiva na abordagem ao stresse, ao conceptualizarem-no como uma resposta multidimensional que envolve aspetos fisiológicos, comportamentais e cognitivos. Estes autores definiram o stresse como uma relação particular entre a pessoa e o meio ambiente que é avaliada, por esta, como excedendo ou utlrapassando os seus recursos, podendo colocar em perigo o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984). Nesta perspetiva, o que determina se uma pessoa se sente ou não em stresse, é a sua avaliação pessoal do acontecimento e dos recursos que tem disponíveis para lidar com o mesmo, podendo caso não disponha desses recursos, entrar em stresse, produzindo respostas neurofisiológicas, autónomas e endócrinas, sentindo emoções negativas em que a qualidade e a intensidade destas, dependem da avaliação subjetiva e da forma como a pessoa prossegue/alcança nos seus objetivos (Serra, 2011). Deste modo, o stresse deixa de ser considerado somente um estímulo ou uma resposta, para ser entendido como um processo no qual o indivíduo tem um papel ativo e pode influenciar o impato de um acontecimento stresseor através de estratégias comportamentais, cognitivas ou emocionais (Sarafino, 1994). O fator decisivo que leva a pessoa a sentir ou não stresse, depende da análise que faz da situação e da forma como a percebe, ou seja, o que pode ser gerador de stresse para uma pessoa pode não ser para outra. Nenhum acontecimento em particular pode ser considerado como indutor de stresse, uma vez que depende da avaliação cognitiva individual da situação. Assim, o stresse consistirá numa transacção entre a pessoa e o meio ambiente, incluindo a avaliação individual dos desafios colocados pela situação, assim como as habilidades de

coping (v.d. abaixo) disponíveis, em conjunto com as respostas psicológicas e fisiológicas a esses mesmos desafios (Lazarus & Folkman, 1984). A perceção da situação e os esforços do indivíduo na gestão da situação indutora de stresse, são definidos através de dois processos que interagem entre si: a avaliação cognitiva dos acontecimentos geradores de stresse e a avaliação dos recursos de *coping* (vd. abaixo) (Lazarus & Folkman, 1984). Deste modo, Lazarus e Folkman (1984), propõem um processo de avaliação cognitiva pelo qual o indivíduo passa, ao lidar com uma situação stresseante, classificando-o em avaliação primária, avaliação secundária e reavaliação (Coyne & Lazarus, 1980; Lazarus & Folkman, 1991). Na avaliação primária, o indivíduo procura identificar o agente stresseor e reage conforme o significado da situação vivenciada (positiva ou negativa), podendo ser encarado como um desafio, uma ameaça, ou irrelevante. Se o indivíduo avalia a situação como uma exigência negativa, (envolvendo dor, perda, ameaça ou desafio) desencadeia-se uma segunda fase, em que analisa o stressor, procurando encontrar estratégias e recursos que disponíveis para o enfrentar (Lazarus & Folkman, 1984). Por último, ocorre a reavaliação, em que o indivíduo faz um balanço dos recursos e das estratégias escolhidos face à situação, sendo nesta fase que poderá sentir-se, ou não, em stresse. Os processos de avaliação primária e secundária são interdependentes. Segue-se a reavaliação que pode fazer emergir novas cognições e emoções, bem como conduzir a novas respostas (Lazarus & Folkman, 1984).

Quando, na avaliação primária, um determinado acontecimento for considerado ameaçador e insuficientes os recursos disponiveis, a avaliação secundária irá permitir desenvolver esforços individuais no sentido de eliminar, reduzir, ou evitar a ameaça. A este conjunto de esforços, Lazarus e Folkman (1984), designaram como estratégias de *coping*, os quais consistem num conjunto de estratégias utilizadas pela pessoa, face a situações geradoras de stresse, ou adversas, de origem interna ou externa, para as quais não disponha de recursos suficientes para se adaptar às circunstâncias.

Aqueles dois tipos de avaliação vão conduzir a respostas fisiológicas (e.g. aumento da frequência cardíaca), cognitivas (e.g., crenças sobre as consequências de um acontecimento), emocionais (e.g. o medo) e comportamentais (e.g. fuga), de stresse que irão determinar o sentir ou não o stresse, o qual, como poderá verificar-se, é um processo dinâmico, em constante mudança, bidirecional, onde o indivíduo e o meio se afetam reciprocamente (Lazarus & Folkman, 1984). Em suma, o modelo de Lazarus e Folkman (1991) carateriza-se por englobar aspetos de ordem relacional (interacção individuo-meio), motivacional (avaliação continua dos objetivos que se traduzem em ações e novos objetivos) e cognitivo (reconhecimento e avaliação das situações). Sendo que são as avaliações pessoais

de cada indivíduo que determinam a natureza e a magnitude das respetivas reações psicológicas e, simultaneamente, a ativação fisiológica produzida (Lazarus & Folkman, 1984).

Acresce que, se a capacidade de lidar com o stresse depende essencialmente dos recursos utilizados pela pessoa, a situação indutora de stresse também possui uma grande influência na resolução dos problemas (Serra, 2011).

1.5. Coping

Coping é uma palavra de origem anglo-saxónica, sem tradução direta para português, que, no entanto, é utilizada em psicologia como modo de expressar "formas de lidar com", "estratégias de confronto", ou "mecanismos que as pessoas utilizam para lidar com situações indutoras de stresse" (Serra, 2011). Há autores portugueses que preferem traduzi-la como, por exemplo, "adaptação" ou "confronto".

O termo *coping* emerge de investigações em psicologia sobre stresse, onde, salientando a importância dos fatores mediadores, o coping surge como uma variável intermediária entre o acontecimento gerador de stresse e as suas consequências e/ou resultados (Lazarus & Delongis, 1983; Ribeiro, 2005). Assim, o stresse e o *coping* constituem-se como dois conceitos indissociáveis, uma vez que o stresse consiste numa ausência de *coping* e o *coping*, por sua vez, corresponde ao modo consciente de lidar com o stresse. A compreensão da natureza e das funções dos processos de *coping* possibilitou um melhor entendimento da adaptação ao stresse (Compas, Connor-Smith, Saltzman, Thomsen & Wadswoth, 2000).

Segundo Ribeiro (2004), a investigação sobre o *coping* foi inicialmente estudada numa perspetiva psicanalítica que defendia a existência de mecanismos de defesa como forma de lidar com as ameaças ou conflitos internos. As críticas ao conceito de mecanismos de defesa, bem como os procedimentos utilizados na sua medição, conduziram a uma mudança de concetualização. Lazarus e Folkman (1984) protagonizaram esta mudança de paradigma ao definirem o *coping* como um "conjunto de esforços comportamentais e cognitivos, em constante mudança, que visam gerir exigências internas ou externas específicas, consideradas como excedendo os recursos pessoais". Segundo estes autores, o *coping* é centrado no processo e não no traço de personalidade, distinguindo-se dos comportamentos automáticos adaptativos, utilizando por isso o termo "esforços" para salientar o processo em vez do

resultado, bem como o termo "gerir" para evitar a ideia de que *coping* seja igual a sucesso. Salientam ainda que para haver um ajustamento adequado à situação é necessário que haja um *coping* adequado. Nesta definição, estão presentes três pontos-chave. Em primeiro lugar, o *coping* é um processo orientado, centrado na forma como a pessoa pensa e age durante uma situação stresseante, pelo que, nesta conceção, este, não é considerado como um traço ou uma caraterística, mas antes como um conjunto de cognições e comportamentos reativos ao stresse, pelo que, deste modo, o *coping* é um precesso que pode alterar-se com o tempo. Em segundo lugar, o *coping* está relacionado com o contexto, visto ser influenciado pela avaliação que o sujeito faz relativamente à exigência da situação, pelo que, apesar do indivíduo poder utilizar habitualmente uma determinada estratégia de *coping*, uma situação diferente, colocando outras exigências, poderá impor escolhas diferentes quanto às estratégias a utilizar. Por último, as estratégias ou respostas utilizadas não deverão ser analisadas como boas ou más, mas apenas como esforços que o indivíduo realiza para responder às exigências a que é exposto, as quais podem ter bom ou mau resultado (Graziani & Swendsen, 2007). Segundo esta perspetiva, o *coping* apropriado a uma dada situação é aquele que conduz a um ajustamento adequado, constituindo-se, como evidência dessa adaptação ou ajustamento, o "bem-estar, o funcionamento social e a saúde somática" (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

Numa abordagem mais recente, enfatiza-se a influência da personalidade nas estratégias individuais de *coping*, introduzindo-se, deste modo, uma perspetiva disposicional aos fatores situacionais daquelas respostas. De acordo com esta abordagem, as diferenças individuais podem influenciar as respostas de *coping*, a partir da existência de uma certa estabilidade nas suas manifestações, que se traduz pelos "estilos" ou "padrões" de *coping* que habitualmente os individuos utilizam ao serem confrontados com situações stresseantes, que acabam por ser relativamente fixos através do tempo e das circunstâncias (Endler e Parker, 1990; Carver, Scheier, e Weintraub, 1989).

1.5.1. Estilos e estratégias de *coping*

Os estilos e as estratégias de *coping* têm criado alguma controvérsia entre os estudos realizados, tornando-se, assim, fulcral a distinção entre estes dois conceitos (Antoniazzi, Bandeira & Dell'Aglio, 1998), embora esta não seja completamente consensual na literatura. De uma forma geral, os estilos de *coping* têm sido relacionados com as caraterísticas de

personalidade ou os resultados de *coping*, enquanto as estratégias de *coping* se referem a ações e comportamentos face a situações de stresse (Antoniazzi et al., 1998).

Segundo Carver e Scheier (1994), o ser humano desenvolve formas habituais de lidar com stresse, designados de estilos de *coping*, que podem influenciar as suas reações perante novas situações. Estes autores definem os estilos de *coping* não em termos de preferência de um aspeto de coping sobre outros, mas sim, em termos de tendência a usar um determinado estilo de *coping* em maior ou menor grau, face a situações de stresse. Contudo, os estilos de *coping* não implicam necessariamente traços de personalidade que predisponham o sujeito a agir de determinada forma, mas sim a tendência para responder de uma forma particular, quando colocado perante um conjunto específico de cirscuntâncias (Antoniazzi et al., 1998). Estes autores defendem esta perspetiva afirmando que, quando as pessoas adoptam o *coping*, fazem-no a partir de experiências anteriores, havendo caraterísticas de personalidade que predispõem as pessoas a usar determinadas formas de *coping* (Ribeiro & Rodrigues, 2004).

No que diz respeito às estratégias de *coping*, estas referem-se a ações cognitivas ou comportamentais tomadas no decorrer de um episódio de stresse. Segundo Folkman e Lazarus (1980), as estratégias de *coping* podem ser classificadas em dois tipos, consoante a sua função, o *coping* focado na emoção e o *coping* focado no problema. As estratégias focadas na emoção atuam através dos processos cognitivos e comportamentais, com o objetivo de diminuir as consequências geradas por uma situação de stresse sem, contudo, atuarem diretamente sobre esta, sendo exemplos destas estratégias centradas na emoção, fumar, passear, relaxar ou ver um filme, ações que visam reduzir a sensação física desagradável do estado de stresse. As estratégias focadas no problema têm como objetivo analisar e definir a situação, de modo a encontrar formas ativas de enfrentar a fonte de stresse, no sentido da resolução dos problemas em causa e, assim, reduzir a perceção de ameaça.

Segundo Folkman e Lazarus (1980), o uso de estratégias de *coping* focalizadas no problema ou na emoção, depende da avaliação da situação stressora em que o sujeito se encontra. Esta avaliação pode ser primária ou secundária; a avaliação primária é um processo cognitivo através do qual o sujeito analisa o risco contido numa determinada situação de stresse; na avaliação secundária, o sujeito analisa quais os recursos de que dispõe para lidar com a situação. O *coping* focado no problema tende a ser mais utilizado em situações analisadas como modificáveis, enquanto o coping focado na emoção é maioritariamente empregue em situações avaliadas como inalteráveis (Antoniazzi et al., 1998). Quando a pessoa utiliza estratégias de *coping* eficazes, as emoções podem ser ajustadas e a situação de stresse resolvida. Pelo contrário, estratégias de coping inadequadas têm estado associadas,

significativamente, a níveis de stresse elevados e ao aumento dos seus efeitos negativos. Os mecanismos de *coping* desempenham, assim, um papel fulcral no processo de gestão do stresse, tendo igualmente implicações ao nível do bem-estar e da saúde dos indivíduos (Sheu, Lin & Hwang, 2002).

A forma como os indivíduos escolhem a estratégia de *coping* é determinada pelos seus recursos, internos e externos, que podem incluir a saúde, crenças, responsabilidade, suporte, capacidades sociais e recursos materiais (Rodrigues e Chaves, 2008). A eficácia do *coping* depende dos esforços utilizados pelo indivíduo, no sentido de reduzir o impato negativo causado pelas situações, consideradas pelo mesmo, como stressantes.

O *coping* pode, então, ser entendido como um conjunto de respostas comportamentais que o indivíduo emite face a uma situação de stresse, para modificar o ambiente, numa tentativa de se adaptar, da melhor forma possível, ao agente indutor de stresse, reduzindo ou minimizando o desconforto sentido. Para além das estratégias comportamentais e cognitivas, o *coping* também abrange as reações emocionais a ela associadas (Stroebe & Stroebe, 1999). Assim, face a uma situação stressante, as estratégias de *coping* utilizadas, devem ter como objetivo a diminuição da probabilidade de ocorrer algum prejuízo, ou reduzir as reações negativas que possam resultar dessa situação.

1.6. Suporte Social

O suporte social tem suscitado um crescente interesse, principalmente na área das ciências humanas e sociais, constituindo atualmente um dos principais objetos de estudo da psicologia da saúde (Ribeiro, 1999). Neste contexto, Rodin e Salovey, em 1989 (cit. por Ribeiro, 1999), já referiam a importância do suporte social no alívio do stresse, em situações de crise, na inibição do desenvolvimento de doenças e aquando da doença, tendo um papel positivo na recuperação desta.

Uma das primeiras definições de suporte social deve-se a Cobb (1976, cit. por Ribeiro, 1999), que o considerou como a informação que conduz o indivíduo a acreditar que é amado estimado e valorizado, e que pertence a uma rede de comunicação e obrigações mútuas. Posteriormente, Sarason, Levine, Basham, e Sarason (1983, cit. por Ribeiro, 1999) definem o suporte social como a "existência ou disponibilidade de pessoas em quem se pode confiar, pessoas que nos mostram que se preocupam connosco, nos valorizam e gostam de nós". Na mesma perspetiva, Dunst e Trivette (1990) defendem que o suporte social se refere aos

recursos que estão ao dispor dos indivíduos e unidades sociais (tais como a família), em resposta aos pedidos de ajuda e assistência. Entre muitas outras definições, enfatiza-se hoje a importância do suporte social na diminuição dos efeitos deletérios do stresse, bem como no bem-estar e qualidade de vida do indivíduo saudável ou doente (Ribeiro, 1999; Underwood, 2000;).

A diversidade de definições apresentadas pelos diferentes autores, têm dificultado uma aceitação generalizada de uma única definição, no entanto, tende a haver um consenso geral em que o domínio do suporte social é multidimensional, e em que aspetos ou componentes diferentes de suporte social, têm um impato diferente nos indivíduos ou grupos (Ribeiro, 1999).

Referências clássicas indicam como fatores primordiais no aparecimento do processo de crise, o desiquilíbrio entre a dificuldade, a importância do problema e os recursos disponíveis para a sua resolução. A resolução do processo de crise depende de fatores pessoais (internos), como a sua personalidade, a vulnerabilidade e a aprendizagem, bem como, dos recursos do meio (externos), como o suporte social. O suporte social funciona assim como um "recurso de *coping*", que atua essencialmente na diminuição das exigências da situação stressante. Nesta perspetiva, o suporte social é visualizado como um processo transacional, em que o indivíduo interage continuamente com o meio sempre em mudança, influenciando-o e sendo por ele influenciado (Lazarus & Folkman, 1986). Este efeito moderador sobre o stresse mostrou associação a resultados na saúde, em diferentes estudos.

Cramer, Henderson e Scott (1997) distinguem suporte social percebido versus suporte social recebido. O primeiro refere-se ao suporte social que o indivíduo percebe como disponível se precisar dele, e o segundo descreve o suporte social que foi efectivamente recebido por alguém. Outra distinção feita pelos mesmos autores é entre suporte social descrito versus avaliado, o primeiro referindo-se à presença de um tipo particular de comportamento de suporte e o segundo para se referir a uma avaliação de que esse comportamento de suporte é percebido como sendo satisfatório ou que serviu de ajuda.

Dunst e Trivette (1990) distinguem dois tipos de fontes de suporte social, as informais e as formais. Na categoria informal fazem parte, os indivíduos (familiares, amigos, vizinhos, padre, etc.) e os grupos sociais (clubes, igreja, etc.), todos estes susceptíveis de fornecer apoio nas actividades do dia-a-dia, em resposta a situações de vida normativos e não normativos. As redes de suporte social formal abrangem tanto as organizações sociais formais (hospitais, programas governamentais, serviços de saúde) como os profissionais (médicos, assistentes sociais, psicólogos, etc.) que estão organizados para fornecer assistência ou ajuda às pessoas

necessitadas. A união destes dois aspetos forma uma rede maior, isto é, um sistema macro, que serve de apoio para o indivíduo em situações de adversidades encontradas no momento mais singular de dificuldade ou mesmo enfermidade (Bowling, 1997; Due, Holstein, Lund, Modvig & Avlund, 1999; O'Relilly, 1988). Dunst e Trivette (1990), sugerem, ainda, a existência de cinco componentes de suporte social, que estão interligados, (1) a componente constitucional, que inclui as necessidades e a congruência entre estas e o suporte existente; (2) a componente relacional, da qual faz parte o estatuto familiar, profissional, o tamanho da rede social e a participação em organizações sociais; (3) a componente funcional, que se refere ao suporte disponível, ao tipo de suporte, por exemplo, emocional, informacional, instrumental, material, à qualidade de suporte, tal como o desejo de apoiar, bem como à quantidade de suporte; (4) a componente estrutural, ou seja, a proximidade física, frequência de contactos, proximidade psicológica, nível de relação, reciprocidade e consistência; e, por último, (5) a satisfação, que se refere à utilidade e ajuda fornecida.

A investigação parece ser consensual sobre a importância do suporte social para a saúde (Berkman & Glass, 2000; Cohen & Lemay, 2007; Diong, Bishop, Enkelmann, Tong, Ang & Khader, 2005; Gottlieb, 1985), ou seja, a disponibilidade de alguém que forneça ajuda ou apoio emocional parece proteger os indivíduos das consequências negativas de doenças mais graves e de situações stressantes (Sherbourne & Stewart, 1991).

Os estudos clássicos realizados sobre a relação entre suporte social e saúde podem englobar-se em quatro grandes categorias (Singer & Lord, 1984): o suporte social protege das perturbações induzidas pelo stresse, ou seja, o suporte social é mediador ou moderador de stresse. A ausência de suporte social é ela própria geradora de stresse, considerando que a perda de suporte social é um stressor. E por último, o suporte social é benéfico, ou seja, considera que o suporte social torna as pessoas mais fortes e em melhores condições para enfrentar as vicissitudes da vida, ou seja, que o suporte social é um recurso, quer perante, quer na ausência de fontes de stresse.

A literatura tem demonstrado que, perante períodos considerados stressantes para as pessoas, o suporte social pode atuar como um fator protetor em relação aos efeitos nocivos do stresse (Lutgendorf, Weinrib, Penedo, Russell, DeGeest, Costanzo, Henderson, et al., 2008; Santos, Ribeiro, & Lopes, 2003), bem como uma variável de proteção da saúde (Matsukura, Marturano & Oishi, 2002).

1.7. Modelo tripartido para a depressão, ansiedade e stresse

Ao longo dos tempos as relações entre as dimensões afetivas negativas, nomeadamente a ansiedade e a depressão, têm vindo a suscitar grande interesse teórico e clínico. Fenomelogicamente, a ansiedade e a depressão são definidas e classificadas de forma distinta. A ansiedade está mais relacionada com emoções como o medo, envolvendo sentimentos de apreensão e tensão, enquanto a depressão é dominada por emoções como a tristeza, sentimentos de pena e desesperança (Burns & Edelson, 1998; Lang e Craske, 1997; Luten, Raplh & Mineka, 1997; MacLeod & Byrne, 1996; Taylor, Koch, Woody & McLean, 1996; Watson, Clark, Weber, Assenheimer, Strauss & McCormick, 1995). No entanto, reconhece-se que existe uma sobreposição entre ambas. Diversos estudos têm revelado que as medidas de auto-relato de ansiedade e depressão estão altamente correlacionadas (Clark et. al., 1995).

Segundo o modelo tripartido, a ansiedade e a depressão apresentam caraterísticas, tanto comuns, como específicas. A depressão é caraterizada exclusivamente pelo afeto positivo baixo e anedonia, enquanto a ansiedade é caraterizada por manifestações somáticas e ambas apresentam um fator não específico, denominado por distresse ou afeto negativo, sendo deste modo experimentados, tanto por indivíduos deprimidos, como ansiosos, e incluem ainda humor deprimido e ansioso, assim como insónia, desconforto ou insatisfação, irritabilidadade e dificuldade de concentração. Estes sintomas inespecíficos são responsáveis pela forte associação que existe entre os instrumentos de ansiedade e depressão (Ribeiro et. al., 2004). A ansiedade costuma estar estreitamente correlacionada aos sintomas de depressão (Clark & Watson, 1991; Clark et. al., 1995; Watson, et.al., 1995).

A operacionalização do modelo tripartido para a depressão, ansiedade e stresse (DASS-42) levou à elaboração de diversos instrumentos, entre os quais, o *Depression Anxiety Stresse Scale* (Lovibond & Lovibond, 1995), traduzido e validado para a população portuguesa por Baptista, Santos, Silva e Baptista (1999). Lovibond e Lovibond (1995) caraterizam as escalas do seguinte modo: a depressão, principalmente pela perda de auto-estima e de motivação, está associada com a baixa perceção de alcançar objetivos de vida que sejam significativos para a pessoa. A ansiedade salienta as ligações entre os estados ansiosos persistentes e respostas intensas de medo, e o stresse está associado a estados de excitação e tensão persistentes, com baixo nível de resistência à frustação e desilusão. Assim, como

Ribeiro et al. (2004) afirmaram, a capacidade para distinguir os três construtos que formam o modelo, permite distinguir o locus de perturbação emocional.

1.8. Stresse, ansiedade, depressão, estratégias de coping e suporte social em enfermeiros que trabalham em regime de trabalho por turnos

Os enfermeiros são um grupo de profissionais de saúde que, devido à natureza do seu trabalho, se encontram expostos a diversas exigências particulares e variados riscos profissionais, onde se destaca o trabalho por turnos (Cruz, 2003). Sendo responsabilidade da enfermagem a manutenção da continuidade de diversos cuidados de saúde, os enfermeiros têm de desempenhar a sua atividade, em diversas circunstâncias, sem interrupções, ao longo das vinte e quatro horas do dia, o que só se torna possível através da organização do seu trabalho por turnos. Para estes profissionais, as noites, os fins-de-semana e os dias festivos, são dias de trabalho como quaisquer outros, onde a sua presença é imprescindível e inquestionável, apesar das inevitáveis solicitações exteriores, familiares e sociais, a que possam estar sujeitos (Estryn-Behar, 1992).

Como já anteriormente foi referido, a organização do trabalho por turnos é uma prática cada vez mais frequente na sociedade atual, sendo que, cerca de 29% da população ativa portuguesa trabalha neste regime, o que adquire especial relevância em saúde ocupacional. Diversos autores consideram o trabalho por turnos como sendo um potencial stressor ocupacional (Costa, 1996; Brugère, Barrit, Butat, Cosset & Volkoff, 1997; Nicholson & D' Auria, 1999;). Por esse fato, têm sido diversas as investigações sobre as consequências deste tipo de trabalho, sendo unânime a conclusão de que é prejudicial para a saúde e bem-estar dos trabalhadores. Os distúrbios por ele provocados dividem-se essencialmente em três grandes domínios, o biológico (perturbações dos ritmos circadianos e do sono), o médico (perturbações na saúde física e psicológica) e o social (perturbações na vida social e familiar) (Silva, 2007; Martins & Martins, 1999). Estes estão de tal forma interrelacionados que o fracasso de um deles poderá anular quaisquer efeitos positivos acumulados a partir do sucesso dos outros. Por sua vez, os distúrbios causados pelo trabalho por turnos podem ser mediados por fatores individuais e situacionais, tais como a idade, sexo, personalidade, estado civil, número de filhos, nível sócio-económico e condições de trabalho, entre outros.

Como se salientou atrás, dos 56 000 enfermeiros trabalhando em Portugal, 35 000 exercem em instituições hospitalares e, destes, 30 000 trabalham por turnos, havendo

evidências de distúrbios, associados ao trabalho por turnos, afetando a sua saúde mental, soprepondo-se aos já elevados níveis de stresse próprios desta profissão.

Como anteriormente foi assinalado, apesar da existência de estudos empíricos que avaliam os fatores psicológicos relacionados com o trabalho por turnos, têm sido os seus distúrbios físicos (i.e. gastrointestinais e cardiovasculares) a receber a maior atenção por parte dos investigadores (Pati, Chandrawanshi & Reinberg, 2001; Knutsson, 2003). Os estudos que relacionam a saúde mental e o trabalho por turnos têm sido controversos e incompletos. Nalguns destes estudos, não foram encontradas diferenças significativas no que respeita à saude mental, entre os trabalhadores por turnos e os trabalhadores em regime normal (Cole, Loving, & Kripke, 1990; Kawada & Suzuki, 1992; Goodrich & Weaver, 1998). Pelo contrário, outros autores verificaram que o trabalho por turnos está relacionado com problemas de saúde mental (Eskelinen, Toikkanen, Tuomi, Mauno, Nygard & Ilmarinen, 1991; Estryn - Behar et al .,1990; Kandolin 1993; Sugisawa, Uehata, Seltiya et al., 1994) e a utilização de anti-depressivos (Rosmond, Lapidus, Bjorntorp, 1998). Outros estudos relatam que não existe nenhum efeito sobre a saúde mental em relação ao trabalho por turnos (Nakayama, Yamaguchi, Maruyama, Morimoto, 1997; Imbernon, Warret, Roitg, Chastang, Goldberg, 1993).

Diversos estudos que se debruçaram sobre as consequências psicológicas associadas ao trabalho por turnos, identificaram como queixas mais comuns, muitas vezes insuficientemente analisadas e compreendidas, um conjunto de perturbações, consideradas como "perturbações nervosas", consistindo essencialmente em cefaleias, astenia matinal, vertigens, angústia, alterações de caráter e comportamento, agressividade, irritabilidade, hipersensibilidade (essencialmente aos ruídos), diminuição da atenção, depressão, alterações da memória, perturbações das relações sociais (Andersen, 1957; Aanonsen, 1964; Queinnec et al., 1985; cit. por Cruz, 2003). Outros estudos referem, ainda, impulsividade, falta de energia, distúrbios neuróticos (ansiedade), entre outros, como consequências associadas ao trabalho por turnos (Healey e Waterhouse, 1991 cit. por Silva, 2007). As alterações dos estados de humor também foram referidas em alguns estudos (Estryn-Béhar & Founchain, 1986 cit. por Cruz, 2003), sendo salientada uma maior percentagem de irritabilidade e "estados depressivos" durante o trabalho noturno. Outro aspeto do trabalho por turnos que tem sido objeto de alguma investigação é a opinião/atitude dos trabalhadores em relação aos respetivos turnos. Segundo Mott et al., (1965) referido por Cruz (2003), após revisão de vários estudos americanos e europeus, "poucos trabalhadores gostam do trabalho por turnos, muitos são fortemente contra e muitos outros aprenderam a viver com ele". Destes, a maioria parece

preferir o turno da manhã (Brown, 1957; Wyatt & Marriott, 1953; Hakkinen, 1969; Taylor, 1967 citados. por Cruz, 2003) em relação ao turno da noite.

A ansiedade, presente nos enfermeiros, pode ser considerada decorrente da desordem dos ritmos circadianos (consequência do trabalho por turnos), para além de estar também relacionada com o lidar com o sofrimento, com a dor e até mesmo com a morte, no decorrer do seu exercício profissional. Campos e Martino (2004) referem, também, que o trabalho por turnos gera ansiedade nos trabalhadores, essencialmente porque são prejudicados os momentos habitualmente de lazer, tornando-se, assim, numa fonte de angústia e insatisfação.

Alguns estudos têm sugerido uma certa evidência de que o trabalho por turnos, e especialmente o trabalho noturno, constitui um fator de risco relativamente à incidência de perturbações "neuróticas" (Azevedo, 1980; Åkerstedt & Gillberg, 1981; Zedeck, Jackson & Summers, 1983; Cole, Loving & Kripke, 1990; Healey e Waterhouse, 1991; Bohle e Tilley, 1993 & Monk, 1994 cit. por Silva, 2007; Silva, 1994). Estas perturbações podem, muitas vezes, levar os trabalhadores a pedirem licenças prolongadas, mudança para um regime de trabalho diurno, assim como ao consumo de fármacos ou abandono da profissão, acarretando, deste modo, repercussões negativas nas várias vertentes das suas vidas. De acordo com um estudo de Estryn-Béhar (1985, cit. por Santos, 2003), cerca de 72% das licenças prolongadas, em enfermeiros que trabalhavam por turnos, eram devidas a problemas psiquiátricos e nervosos.

A reforçar estes dados, existem evidências de que a organização do trabalho por turnos é um dos fatores responsáveis pelo aumento do stresse e dos níveis de ansiedade, afetando negativamente a saúde física e mental, bem como o desempenho individual (Monk, 1988; Olsson, Kandolin e Kauppinen-Toropainen, 1989). O trabalho por turnos tem sido associado ao aumento da depressão, ansiedade, stresse e neuroticismo (Firth-Cozens & Moss, 1998; Gordon, Cleary, Parker, & Czeisler, 1986; Healy, Minors, & Waterhouse, 1993; Kaliterna, Prizmic, & Zganec, 2004; Nachreiner, 1998; Poissonnet & Veron, 2000). Smith e Folkard (1993) observaram uma associação positiva entre o trabalho por turnos e sintomas de stresse e ansiedade, em que os trabalhadores relataram queixas de cansaço relacionado com a privação do sono e com o stresse, associados à vida social e familiar.

Outros estudos têm demonstrado que o trabalho por turnos, tal como o trabalho noturno, se opõe ao ritmo circadiano humano. Este conflito cria vários problemas psicológicos e psicossociais, tais como distúrbios do sono, ansiedade, sintomas psicossomáticos, distúrbios do humor e estados depressivos (Costa, 1996; Gordon, Cleary,

Parker & Czeisler, 1986; Grosswald, 2004; Jamal, 2004; Kogi, 2005; Parques, 2002; Scott, 1994; Tepas, 1982; Vidacek, Vidacek & Kaliterna, 1995).

Fischer et al. (2001), realizaram um estudo explorando os efeitos do meio ambiente e dos stressores ocupacionais na saúde dos trabalhadores por turnos, constatando ser o trabalho por turnos um importante fator de risco para a depressão. Num estudo realizado por Tekanen et. al (1997), foi verificado que os trabalhadores por turnos apresentaram maiores indíces de stresse, comparativamente aos que não realizavam turnos.

Jamal (2004), num estudo transversal com 376 trabalhadores, observou que os trabalhadores por turnos relataram maiores niveis de burnout, desgaste emocional, stresse no trabalho e problemas de saúde psicossomáticos, em comparação com os trabalhadores em horário normal diurno. Outro estudo realizado por Srivastava (2010) comparou a extensão do stresse, os resultados negativos na saúde mental e as variações no estado de humor experimentados pelos trabalhadores por turnos, com um grupo de trabalhadores em horário normal, no sentido de estudar a contribuição relativa das variáveis stresse e estados de humor, na predição dos resultados na saúde mental. Os resultados evidenciaram que os trabalhadores por turnos experimentaram níveis significativamente mais elevados de stresse, quer no trabalho quer na sua vida do dia-a-dia, e um maior indíce de alterações negativas do seu estado de saúde mental, assim como nas variações do humor, em comparação com os trabalhadores sem turnos. Verificaram também algumas relações significativas entre o stresse e resultados negativos de saúde mental entre trabalhadores por turnos e em horário normal diurno. Assim, este estudo proporciona um reforço adicional à noção de que o trabalho por turnos e noturno, é uma potente fonte de stresse. Haines, Marchand., Rousseau e Demers (2008) referem vários estudos que apontam para uma associação entre trabalho por turnos, angústia, depressão e ansiedade. Numa revisão da literatura sobre os possíveis efeitos adversos para a saúde do trabalhor por turnos, na população no geral, Learthart (2000) concluíu que este (turnos diurnos e noturnos) afeta estes trabalhadores, causando distúrbios psicológicos, como a depressão e ansiedade.

Ardekani, Kakookei, Ayattollahi, Choobineth & Seraji (2008), realizaram um estudo com 1195 enfermeiros em doze hospitais, com o objetivo de verificar a prevalência de transtornos mentais nos trabalhadores por turnos. Estes autores concluíram que o trabalho por turnos se apresentava significativamente relacionado com a ansiedade. No entanto, referem que a ansiedade encontrada nesses enfermeiros, tanto pode ter sido desencadeada por desordem dos ritmos circadianos, como também por lidarem com a dor, morte e sofrimento. Outros autores também relataram que o trabalho por turnos noturno é a causa mais

importante, a longo prazo, de stresse e fadiga entre enfermeiros (Winwood, Winefield, & Lushington, 2006). Ruggiero (2003) ao investigar o cansaço crónico em enfermeiras americanas, concluíu que, as que trabalhavam em turnos noturnos, apresentaram maiores níveis de depressão em relação às que trabalhavam em turnos diurnos.

Selvi, Ozdemir, Aydn & Besirouglu (2010), realizaram um estudo com 42 enfermeiros em regime de horário normal diurno e 45 enfermeiros em regime de turno noturno, com o objetivo de avaliar os sintomas psicopatológicos causado pelo trabalho por turnos e avaliar o seu impato na qualidade de vida. Os resultados obtidos evidenciaram maiores indíces de somatização, transtorno obsessivo-compulsivo, sensibilidade interpessoal, ansiedade, ideação paranóide e scores de índice de gravidade global nos enfermeiros com turnos, em comparação com os enfermeiros em regime de horário normal diurno. Este estudo mostrou que o trabalho por turnos é um potencial fator de risco para o aumento da morbilidade psiquiátrica e para a baixa qualidade de vida dos enfermeiros.

Num estudo realizado por Kandolin (1993), foi analisado o burnout e o stresse em enfermeiros de dois e três turnos, dos quais, metade eram do sexo feminino. As enfermeiras com três turnos de trabalho relataram mais sintomas de stresse e apresentaram maior insatisfação laboral, com maior frequência, do que as enfermeiras com dois turnos de trabalho. Tanto as condições de trabalho como os horários dos turnos de trabalho, foram responsáveis pelo burnout e stresse. Quanto aos enfermeiros, estes experienciaram o mesmo grau de burnout e stresse, nos dois e nos três turnos de trabalho, no entanto, isso não foi considerado como resultado dos horários dos turnos de trabalho, mas sim devidos a outros fatores. Os resultados globais evidenciaram ainda, que os enfermeiros, sem distinção de género, que utilizaram estratégias de coping ativas (i.e. discutirem os problemas com outros), apresentaram menores níveis de stresse e burnout do que os enfermeiros que utilizaram estratégias passivas, como o uso de álcool.

Yasukouchi, Wada, Urasaki & Yokota (1995), ao integrar dados obtidos com enfermeiras graduadas, trabalhando por turnos, cujo stresse aumentava significativamente após o trabalho noturno, sugeriu que este trabalho produz stresse e disfunção psicológica ou cognitiva, relacionadas com a depressão. Foi desenvolvido o "Shift-Work Psychological Outcomes Model" (Modelo dos Resultados Psicológicos do Trabalho por Turnos), resultante da revisão da literatura e da integração de dados-chave destes estudos. O modelo prediz que os efeitos mais adversos, do trabalho por turnos, incluem sintomas depressivos, bem-estar mental alterado, energia diminuida, menor satisfação laboral, cognição alterada, o que, em última instância, cria um ambiente de risco para a segurança pessoal. Estudos comparando o

trabalho em regime de horário fixo, por turnos, noturno ou rotativo, encontraram maior repercursão na saúde somática e mental, maior absentismo, menor satisfação laboral (Burch,Tom, Zhai, Criswel., Leo & Ogoussan, 2009) mais stresse e fadiga (Winwood, Winefield & Lushington, 2006).

Dorrian, Lamond, Heuvel, Pincombe, Rogers & Dawson (2006), realizaram um estudo com objetivo de analisar as horas de sono, a fadiga e a ocorrência de erros, em enfermeiros a trabalhar por turnos, verificando moderados a altos níveis de stresse, cansaço físico e exaustão mental, os quais foram relatados respetivamente em 23%, 40% e 36% dos turnos efetuados.

Estudos realizados no contexto do regime de horário de trabalho vieram revelar a importância da adoção de estratégias de coping, nomeadamente como forma de prevenir o stresse (Olsson, Kandolin & Kauppinen-Toropainen, 1990). A exposição prolongada aos turnos, assim como a falta de recursos para lidar com essa situação, pode resultar em efeitos adversos à saude (Olsson et al., 1990). Ou seja, se os profissionais de enfermagem tiverem, nestas cirscuntâncias, capacidade de utilizar estratégias de coping, poder-se-à assistir a uma recuperação do seu bem-estar psicológico. O papel das avaliações cognitivas e das estratégias de coping como variáveis que medeiam a relação entre o trabalho por turnos e a saúde, tem sido cada vez mais reconhecido (Haider, Kundi & Koller,1981);. Monk, 1988; Olsson et al, 1990;. Taylor & Folkard, 1997). Segundo Arendt (2010), o trabalho por turnos pode ser particularmente prejudicial quando as estratégias de coping utilizadas forem inadequadas às exigências deste tipo de trabalho.

Num estudo realizado com enfermeiros, a utilização de estratégias sociais, como a participação em desportos e "hobbies", assim como, o manter contato com outros trabalhadores por turnos, esteve positivamente associada a uma melhor vida social, maior bem-estar psicológico e menos problemas relacionados com o sono, assim como maior satisfação no trabalho (Henderson & Burt, 1998).

Pisarski , Bohle & Callan (2002) descobriram que os trabalhadores do serviço de ambulância que receberam apoio das suas famílias eram menos propensos a usar estratégias emocionais de evitamento/fuga. No entanto, também existe a possibilidade de os trabalhadores que se adaptaram bem ao trabalho por turnos, não necessitem do recurso a estratégias de coping ativo.

Um estudo qualitativo entre enfermeiros mostrou que aqueles com caraterísticas físicas ou pessoais que não se enquadrem com o trabalho noturno, dependem em maior grau de estratégias de coping ativo para enfrentar o trabalho. Consequentemente, pode acontecer

que trabalhadores por turnos que são capazes de manter uma boa vida social e familiar, não necessitem de recorrer a estratégias de coping ativo.

No que diz respeito ao suporte social, diversos estudos no âmbito do stresse ocupacional, sugerem que os efeitos negativos do trabalho por turnos podem ser por ele mediados. Um estudo realizado por Henifin (1980) revelou que muitos enfermeiros utilizam o apoio social como moderador para reduzir o stresse causado pelo efeito deste tipo de trabalho. Pisarski et. al., (2001, 2008) defenderam que o impato do trabalho por turnos pode ser atenuado através de intervenções, por parte das entidades empregadoras, entre as quais se destaca a promoção do suporte social.

Os modelos iniciais na investigação do trabalho por turnos usaram, na maior parte das vezes, uma orientação biológica, numa abordagem biológica do stresse, na tentativa de explicar a razão pela qual muitos trabalhadores por turnos têm dificuldades em adaptar-se e sofrem maior risco de compromisso da sua saúde (Folkard, 1996; Taylor et al., 1997), considerando como causa disso a disrupção dos ritmos fisiológicos, aspeto que sai largamente do controlo pessoal. Contrariamente, os modelos recentes veêm os trabalhadores por turnos como podendo ter algum grau de atingimento da sua saúde através da sua avaliação da situação e das respostas de coping escolhidas (Folkard, 1996; Pisarski & Bohle, 2001) sugerem que a abordagem do trabalho por turnos requer intervenção, quer a nível organizacional, quer a nível individual, desenvolvendo um modelo de trabalho com intervenções dirigidas no sentido de assegurar o suporte social através de várias fontes, maximizando o controlo dos turnos pelos trabalhadores, e usando estratégias de coping apropriadas de modo a influenciar a sua tolerância a este trabalho por turnos, minimizando os constrangimentos pessoais resultantes de horários de trabalho inadequados e o consequente impato na sua saúde física e psicológica. Investigações sobre stresse e sobre trabalho por turnos estabeceram ligações entre variadas formas de suporte social e a saúde psicológica (Bohle & Tilley,1989; Pisarski, Bohle & Callan, 1998).

1.9. Objetivo e hipóteses

De acordo com a literatura revista, propôs-se, como objetivo geral desta investigação, verificar se os enfermeiros que trabalham por turnos apresentam maiores níveis ansiedade, depressão e stresse, em relação aos enfermeiros que trabalham em regime de horário fixo diurno. Pretendeu-se também, compreender se as variáveis moderadoras, nomeadamente as

estratégias de coping e o suporte social influenciavam os níveis de stresse, ansiedade e depressão entre os dois grupos de enfermeiros. Face ao objetivo imposto, formularam-se as seguintes hipóteses:

Hipótese 1- É esperado que os enfermeiros que trabalham por turnos apresentem maiores níveis de ansiedade em relação aos enfermeiros em regime de horário fixo diurno.

Hipótese 2 - É esperado que os enfermeiros que trabalham por turnos apresentem maiores níveis de depressão em relação aos enfermeiros em regime de horário fixo diurno.

Hipótese 3- É esperado que os enfermeiros que trabalham por turnos apresentem maiores níveis de stresse, em relação aos enfermeiros em regime de horário fixo diurno.

Hipótese 4: É esperado que um elevado suporte social esteja associado a menores níveis de depressão, ansiedade e stresse, em em ambos os grupos de trabalho.

Hipótese 5: É esperado que a utilização de estratégias de *coping*, esteja associada a um menor nível de depressão, ansiedade e stresse, em ambos os grupos de trabalho.

CAPÍTULO 2 – MÉTODO

2.1. Participantes

Para o presente estudo foi recolhida uma amostra de conveniência constituída por 56 enfermeiros do Hospital Divino Espírito Santo, dos quais 53,6% trabalham em sistema de turnos (n=30) e 46,4% em regime de horário fixo diurno (n=26), com idades compreendidas entre os 23 e os 53 anos de idade (M=32,8; DP=8,05).

No que se refere ao género, do grupo que trabalhava por turnos (N=30), 86,7% eram do sexo feminino (N=26; 46,43% do total da amostra) e 13,3% do sexo masculino (N=4; 7,14% do total da amostra); do grupo que trabalhava em horário fixo diurno (N=26), 76,9% eram do sexo feminino (N=20; 35,72% do total da amostra) e 23,1% eram do sexo masculino (N=6; 10,71% do total da amostra) (ver Tabela 1).

2.2. Desenho da Investigação

Na presente investigação, foi utilizada uma abordagem transversal, uma vez que todos os participantes foram avaliados apenas uma única vez e o método foi correlacional e comparativo, de forma a analisar e comparar as variáveis em estudo.

2.3. Medidas

Foi elaborado um questionário de dados demográficos e utilizadas as seguintes escalas: 1) escala de *coping* (*COPE*); 2) escala de satisfação com o suporte social (ESSS); e 3) escala de depressão, ansiedade e stresse (DASS-42).

2.3.1. Dados Demográficos

Os dados demográficos foram recolhidos através de um questionário composto por nove questões em relação ao género, estado civil, etnia, religião, idade, se vive ou não sozinho, anos de profissão, agregado familiar, e número de filhos.

2.3.2. Escala de *Coping (COPE)*

A Escala de *Coping* (Carver, Sheir & Weintraub, 1989) avalia os diferentes estilos e estratégias de coping utilizados pelas pessoas face a situações geradoras de stresse. A escala é constituída por 60 itens, com 15 subescalas e quatro itens cada, que compreendem, o *coping* ativo, planeamento, supressão de atividades competitivas, *coping* restritivo, procura de suporte social instrumental, procura de suporte emocional, reinterpretação positiva, aceitação, negação, religião, foco na expressão de emoções, desinvestimento emocional, desinvestimento comportamental, humor e uso de substâncias. A resposta é dada por uma escala de quatro pontos (1. "Normalmente nunca faço isto"; a 4. "Normalmente faço sempre isto"). No que concerne à consistência interna (Alfa de Cronbach), este instrumento apresenta valores considerados satisfatórios e adequados, variando entre .62 e .92 para dimensões avaliadas (Carver, Scheier & Weintraub, 1989). Neste estudo, o instrumento apresentou uma boa consistência interna com um alfa de cronbach de 0,82.

2.3.3. Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)

A Satisfação com o Suporte Social foi avaliada pela Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS: Pais-Ribeiro, 1999) que consiste na avaliação do indíviduo relativamente ao suporte social percebido. Esta escala de autopreenchimento é composta por 15 afirmações, num formato de resposta tipo Likert, de cinco níveis: (1) "Concordo na maior parte"; a (5) "Discordo totalmente", que se distribuem em quatro dimensões: (1) "satisfação com os amigos" mede a satisfação com as amizades; (2) "intimidade" avalia a perceção de existência de suporte social íntimo; (3) "satisfação com a família" mede a satisfação com o suporte familiar existente; (4) "atividades sociais"avalia a satisfação com as atividades sociais que realiza. Existem quatro itens classificados por ordem inversa, que correspondem às variáveis: os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria; por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio; às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente intimo e que me compreenda e com quem possa desabafar sobre as coisas íntimas e por ultimo, não saio com os amigos tantas vezes quantas eu queria.

No que diz respeito à psicometria, a consistência interna (Alpha de Cronbach) da escala total é de .85 (Pais-Ribeiro, 1999). O primeiro factor, "satisfação com os amigos", apresenta um Alpha de Cronbach de . 83, explicando 35% da variância total. O segundo fator, "intimidade" apresenta um Alpha de Cronbach de .74, explicando 12,1% da variância total. O terceiro factor, "satisfação com a família" apresenta um Alpha de Cronbach de .74, explicando 8,7% da variância total e por último, as "atividades sociais" que apresenta um Alpha de Cronbach de .64, explicando 7,3% da variância total. Neste estudo, o instrumento apresentou uma excelente consistência interna com um alfa de cronbach de 0,90.

2.3.4. Depression, Anxiety, Stresse Scales (DASS-42)

A Ansiedade, Depressão e Stresse foram avaliados pela versão portuguesa, traduzida por Baptista, Santos, Silva & Baptista (1999). A escala original foi desenvolvida por Lovibond e Lovibond (1995), é uma medida de auto-avaliação composta por 42 itens que se subdividem em três dimensões: ansiedade, depressão e stresse. Cada uma das três escalas é composta por 14 itens com um formato de resposta do tipo Likert de quatro pontos (0. Não se aplicou nada a mim; a 3. Aplicou-se a mim a maior parte do tempo). O resultado obtido é dado pelo somatório dos 14 itens e pode variar entre 0 e 42, em que os valores mais elevados indicam uma maior intensidade dos sintomas avaliados para cada uma das dimensões.

Através da análise das qualidades psicométricas da versão original da DASS-42, verificou-se valores de fidelidade adequados, com uma consistência interna, alfa de cronbach de .81 para a Ansiedade, .89 para o Stresse e .96 para a Depressão. No que diz respeito à validade concorrente a DASS-42 correlacionou-se com outra medida de avaliação da depressão e ansiedade (Lovibond, & Lovibond, 1995; Lovibond, 1998). Neste estudo, o instrumento apresentou uma excelente consistência interna com um alfa de cronbach de 0,96.

2.4. Procedimento

O estudo foi realizado no Hospital Divido Espírito Santo de Ponta Delgada, situada na Ilha de São Miguel. Após a aprovação do estudo pela Direção de Enfermagem e pelo Conselho de Administração, procedeu-se à distribuição dos questionários, a qual foi amavelmente mediada pela Sr.ª Diretora de Enfermagem. Foi distribuído a todos os participantes um protocolo de avaliação, constituído por uma folha de rosto com o pedido de consentimento informado, seguindo-se os dados sociodemográficos e as medidas de

avaliação, pela seguinte ordem: COPE e ESSS e DASS-42. Todos os questionários continham uma nota explicativa, salientando a colaboração voluntária, bem como os objetivos e implicações do estudo.

CAPÍTULO 3 – RESULTADOS

Os dados foram primeiramente recolhidos numa base de dados em Excel 2010 e posteriormente exportados para o software de análise estatística Statistical Package for Social Sciences (SPSS; Chicago, Inc.). Sempre que os pressupostos da normalidade da distribuição e da homogeneidade estivessem presentes/mantidos, eram realizados testes paramétricos para comparação de médias, nomeadamente o teste *t*. Para os resultados significativos, foi utilizada a medida de magnitude de efeito (*effect size*). Correlações bivariadas de *Pearson* foram conduzidas para avaliar a relação entre as variáveis dependentes de interesse. Todos os procedimentos estatísticos foram aplicados para um nível de significância de 5% (Field, 2009).

3.1. Estatística Descritiva

Com o objetivo de caraterizar a amostra de enfermeiros deste estudo foram primeiramente analisadas as frequências absolutas e percentagens nas diversas variáveis sociodemográficas, em função do regime de horário de trabalho. O teste Chi-Quadrado de *Pearson* para variáveis qualitativas e o teste *t* para duas amostras independentes para as variáveis quantitativas, permitiram verificar se os 2 grupos de regime de horário de trabalho eram semelhantes em termos das variáveis supramencionadas.

3.1.1. Caraterização dos dados demográficos da amostra

A tabela 1 mostra o número de participantes e percentagens, em função do regime de horário de trabalho, para as variáveis sócio-demográficas da amostra.

Tabela 1. Dados demográficos da amostra

	Com Turno		Sem Turno		χ^2
	N	%	N	%	
Sexo					
Masculino	4	7,1	6	10,7	,901

Feminino	26	46,4	20	35,7	
Estado Civil					
Solteiros	17	30,4	8	14,3	
Casados	12	21,4	15	26,8	4,64
Divorciados	1	1,8	2	3,6	
Viúvo	0	0,0	1	1,8	
Etnia					
Caucasiana	29	51,8	25	44,6	
Asiática	1	1,8	0	0,0	2,02
Negra	0	0,0	1	1,8	
Religião					
Católica	29	51,8	24	42,9	
Agnóstico	0	0,0	1	1,80	1,19
Outra	1	1,8	1	1,80	
Vive com a família					
Sim	19	33,9	20	35,7	
Não	11	19,6	6	10,7	1,21

	Com Turno		Sem Turno		T
	M	DP	M	DP	
Idade	29,60	6,30	36,00	8,30	3,46**
Anos de Profissão	6,35	5,10	13,30	8,80	3,55**
Agregado familiar	2,30	1,50	2,81	1,40	1,20
Número de filhos	0,30	0,75	1,04	0,95	3,23**

*p <0,05; ** p <0,01; *** p<0,001

Em relação às caraterísticas demográficas da amostra, entre os enfermeiros que trabalham por turnos, 30,4% são solteiros (n=17), 21,4% são casados (n=12) e 1,8% são divorciados (n=1), nos enfermeiros que trabalham em horário fixo, 14,3% são solteiros (n=8), 26,8% são casados (n=15), 3,6% são divorciados (n=2) e 1,8% são viúvos (n=1). Em relação à etnia, entre os enfermeiros que trabalham por turnos, 51,8% identificam-se como caucasianos (n=29), 1,8% como asiáticos (n=1) e nos que não praticam turnos, 44,6% identificam-se como caucasianos (n=25) e 1,8% como de etnia negra (n=1). Em relação à religião, nos enfermeiros que trabalham por turnos, 51,8% afirmaram ser católicos (n=29) e 1,8% admitiram pertencer a outra religião (n=1), nos enfermeiros que não praticam turnos, 42,9% referiram ser católicos (n=24), 1,8% agnósticos (n=1) e 1,8% pertenciam a outra religião (n=1).

Relativamente à variável idade, o teste *t* revelou diferenças estatisticamente em função dos turnos $t(54) = 3,46$, $p = 0,001$, $d=0,93$, sendo os participantes que trabalham por turnos significativamente mais novos (M = 29,60; DP=6,30) em relação aos que não trabalham por turnos (M = 36,00; DP = 8,30).

No que diz respeito aos anos de profissão, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para o regime de horário de trabalho $t(39) = 3,55$, $p = 0,001$, $d = 0,97$, no sentido dos trabalhadores por turnos apresentarem significativamente menos anos de profissão (M = 6,35; DP = 5,10) em comparação com aqueles que não trabalham por turnos (M = 13,30; DP = 8,80).

Para o número de filhos, foram igualmente encontradas diferenças significativas em função do regime de horário $t(54) = 3,23$, $p = 0,002$, d=0,86, apresentando os participantes com turnos um menor número de filhos (M=0,30; DP=0,75), comparativamente aos que não trabalham por turnos. (M=1,04; DP=0,95).

No que concerne ao agregado familiar, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os regimes de horário de trabalho $t(54) = 1,2$, $p = 0,234$.

3.2. Análise Inferencial

3.2.1. Comparação de médias para o coping (*COPE*)

Para verificar as possíveis diferenças entre os enfermeiros que trabalham por turnos com os que trabalham em horário fixo, em relação ao *coping*, através dos valores médios e desvios padrão, foi utilizado o teste *t-student* para amostras independentes.

Tabela 2. Médias, desvio padrão e teste *t* para o coping

	Com turno (n=30)		Sem turno (n=26)		*T*
	M	DP	M	DP	
Coping Ativo	1,77	11,30	1,64	11,50	0,43
Planeamento	11,76	2,11	12,26	1,71	0,96
Supressão de Atividades Competitivas	10,16	1,68	11,11	2,02	1,91
Coping Restritivo	10,16	1,51	10,53	1,52	0,91
Aceitação	10,90	2,17	10,69	2,52	-0,33
Reinterpretação Positiva	12,30	2,13	12,53	1,70	0,45
Procura de Suporte Social e Instrumental	11,46	2,14	11,30	2,18	0,45
Procura de Suporte Emocional	12,06	2,27	11,23	2,64	-1,27

Negação	6,50	2,17	6,42	1,72	-0,14
Religião	9,53	3,07	8,73	3,76	-0,87
Expressão de Emoções	10,50	1,45	10,03	2,64	-0,82
Desinvestimento Emocional	9,26	2,11	8,76	2,14	-0,87
Desinvestimento Comportamental	6,80	2,12	6,88	1,72	0,16
Humor	7,83	3,32	7,96	2,76	0,15
Uso de Substâncias	4,50	1,30	4,34	1,01	-0,48

Os resultados não revelaram diferenças significativas para as dimensões de *coping* em função do sistema de horário (todos *ps*>0.05).

3.2.2. Comparação de médias para o Suporte Social (ESSS)

Para verificar as possíveis diferenças entre os enfermeiros que trabalham por turnos com os que trabalham em horário fixo, em relação ao suporte social, através dos valores médios e desvios padrão, foi utilizado o teste *t-student* para amostras independentes.

Tabela 3. Médias, desvio padrão e teste *t* para o suporte social

	Com turno (n=30)		Sem turno (n=26)		*T*
	M	DP	M	DP	
Satisfação com os Amigos	19,66	4,52	17,23	4,80	-1,95
Intimidade	15,73	3,73	13,96	4,03	-1,70
Satisfação com a Família	11,76	3,05	11,38	2,94	-0,47
Atividades Sociais	9,50	3,64	8,53	3,45	-1,00
Score Total	51,12	11,53	56,67	12,56	-1,71

Os resultados não revelaram diferenças significativas nas dimensões da ESSS em função do sistema de horário (todos *p*>0.05).

3.2.3. Comparação de médias para a Ansiedade, Depressão e Stresse (DASS)

Para estudar as possíveis diferenças entre os enfermeiros que praticam turnos e os que não praticam, em relação à ansiedade, depressão e stresse, através dos valores médios e desvios padrão, foi utilizado o teste *t-student* para amostras independentes.

Tabela 3. Médias, desvio padrão e teste *t* para a ansiedade, depressão e stresse

	Com turno (N=30)		Sem turno (N=26)		*T*
	M	DP	M	DP	
Dass – Depressão	6,20	8,08	7,30	7,45	,53
Disforia	1,66	1,78	1,80	1,60	,30
Desânimo	,66	1,42	1,00	1,54	,83
Desvalorização da Vida	,43	1,25	,50	1,27	,19
Auto-Depreciação	,96	1,15	,57	,90	-1,38
Falta de Interesse ou de Envolvimento	,76	1,13	1,11	1,58	,95
Anedomia	1,03	1,32	1,42	1,23	1,13
Inércia	,66	1,12	,88	1,39	,64
Dass- Ansiedade	5,06	5,24	5,65	5,76	,39
Excitação do Sistema Autónomo	1,63	2,07	2,00	2,44	,66
Efeito Músculos Esqueléticos	,60	,81	,65	1,23	0,19
Ansiedade Situacional	1,93	2,04	2,19	1,98	,47
Experiências Subjetivas de Ansiedade	,90	1,29	,80	1,93	-,21
Dass – Stresse	10,56	9,62	10,84	7,81	,11
Excitação Nervosa	1,43	1,59	1,61	1,76	,40
Dificuldade em Relaxar	2,40	2,34	2,42	2,17	,03
Facilmente Agitado	1,93	1,98	2,26	2,01	0,62

Irritável/Reação Exagerada	2,80	2,60	2,76	2,35	-0,04
Impaciência	2,00	2,01	1,76	1,55	-,47

Os resultados do teste *t* de Student não revelou quaisquer diferenças estatisticamente significativas para as dimensões e subdimensões do DASS para os diferentes tipos de horário de trabalho (todos *p*s >0.05).

3.3. Análise Correlacional

3.3.1 Associação entre o suporte social e as estratégias de coping para o stresse, ansiedade e depressão em função do regime de horário de trabalho (com e sem turno)

Para averiguar a existência de correlações entre o suporte social para a depressão, ansiedade e stresse, em função do tipo de horário (com e sem turno), aplicou-se a correlação bivariada de Pearson para variáveis contínuas.

Tabela 5. Correlações entre o suporte social, stresse, ansiedade e depressão em função do tipo de horário (com e sem turno)

	Com turno		Sem turno	
	S.Social	Dass	S. Social	Dass
S.Social	-		-	-
Dass	,637**	-	-,468*	-

* *p* <0,05; ** *p* <0,01; *** *p*<0,001

O coeficiente de correlação bivariado de *Pearson* permitiu verificar uma relação inversa e moderada entre o Suporte Social e o DASS nos enfermeiros que praticam turnos, sendo esta significativa (*r*=-0,63, p=0,000). Para os participantes que não praticam turnos verificou-se igualmente uma relação inversa e moderada (*r*=-0,46; sig.=0,016), sendo esta também significativa. No entanto, a magnitude da relação entre as medidas é maior para os enfermeiros que praticam turnos.

CAPÍTULO 4 – DISCUSSÃO

O principal objetivo do presente estudo foi comparar os estados mentais, nomeadamente a ansiedade, depressão e o stresse em enfermeiros trabalhando em regime de turnos e em regime de horário fixo diurno. Pretendeu-se, ainda, explorar e compreender as variáveis moderadoras, nomeadamente as estratégias de *coping* e o suporte social. Para atingir os objetivos pretendidos neste estudo, como acima foi exposto, foram colocadas cinco hipóteses. Na hipótese 1, 2 e 3 era esperado que, em comparação com os enfermeiros em regime de horário fixo diurno, os enfermeiros em regime de turnos apresentassem níveis mais elevados de ansiedade, depressão e stresse Os resultados da presente investigação não permitiram confirmar as hipóteses colocadas, uma vez que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as variáveis acima referidas entre os enfermeiros naqueles dois regimes de trabalho. Existem, no entanto, em consonância com os resultados por nós obtidos, outros estudos que apontam neste sentido, como exemplo, o estudo de Girton (2010) realizado com enfermeiros, em que foi verificado, ao contrário do que se esperava, que o trabalho por turnos não estava significativamente relacionado com sintomas ansiosos e depressivos. Da mesma forma, num estudo realizado com enfermeiras, Skipper, Jung e Coffey (1990) não encontraram resultados significativos entre trabalho por turnos e a depressão. Noutro estudo, realizado por Goodrich (1995), onde se compara a prevalência de sintomas depressivos entre trabalhadores por turnos e com horário fixo, também não foram encontradas diferenças significativas. Analisando a amostra do presente estudo, verifica-se que os enfermeiros que trabalhavam por turnos apresentavam menos anos de profissão, eram mais novos, e tinham menos filhos, comparativamente aos enfermeiros em horário fixo diurno. Saliente-se um estudo de Andlauer, Reinberg, Fourrè, Battle & Duverneuil (1979) que comprovou uma baixa tolerância ao trabalho por turnos nos indivíduos com dez ou mais anos de trabalho, correlacionando esta variável com a duração do exercício da profissão.

Outros estudos, têm mostrado que a idade está negativamente associada com a tolerância ao trabalho por turnos (Foret, 2000; Härmä, 1993; Williams, 2008). Estudos sugerem que a idade mais avançada está relacionada com uma redução da capacidade de manter rentabilidade nos turnos noturnos e, também, com uma capacidade reduzida de recurso a estratégias de coping principalmente nos turnos consecutivos noturnos (Folkard, 2008).

Estas caraterísticas, deste grupo de enfermeiros trabalhando por turnos, que os distinguem dos enfermeiros em regime de horário fixo diurno, poderão justificar, pelo menos

em parte, uma menor propenção para o desenvolvimento daqueles estados (depressão, ansiedade e stresse). Acresce que nesta população, como é sabido, ainda se poderá alegar um conjunto de motivações e interesses vários que vêm aumentar a aceitabilidade ao trabalho por turnos e, como tal, propiciar menor tendência para o desenvolvimento de depressão, ansiedade e stresse, como, por exemplo, motivações de ordem profissional e económica (maior empregabilidade, conciliação com outras oportunidades profissionais, maior compensação monetária, etc.).

Importa salientar que, apesar dos dois grupos estudados (com e sem turnos) apresentarem as diferenças específicas entre si, acima assinaladas, são, no entanto, homogéneos no que respeita ao género, o que é bem evidenciado pela predominância quase absoluta do sexo feminino, aliás, caraterística desta classe profissional. Existem trabalhos que demonstram que os trabalhadores do sexo feminino, por razões de interesse de ordem familiar/social (trabalho doméstico, apoio familiar, entre outros), apresentam maior aceitabilidade ao trabalho por turnos. Cite-se o estudo de Goodrich (1995), em que, numa população equilibrada no género (23 homens e 33 mulheres) foi identificada, no grupo de trabalho por turnos, uma significativa menor prevalência de depressão, no sexo feminino, quando comparado com o grupo em horário fixo diurno. Este autor identificou razões de interesse de ordem familiar para justificar este fato. Assim, tendo em conta a demonstrada predominância feminina das populações em estudo, não se pode deixar de valorizar este efeito no sentido de explicar os resultados obtidos. Em contraposição, no caso de uma população de enfermeiros predominantemente masculina, talvez se pudessem ter comprovado as hipóteses inicialmente colocadas.

Podem ainda assinalar-se efeitos descritos por alguns autores, que poderiam também explicar os resultados obtidos mas que, dada a limitação dos dados recolhidos, não foi possivel valorizar. A título de exemplo, pode-se referir o chamado "efeito do trabalhador saudável" no trabalho por turnos (Frese e Semmer, 1986; Choi & Pak, 2005), o qual reflete a tendência dos trabalhadores, com menor capacidade de lidar com este tipo de trabalho, a abandonarem-no rapidamente, passando a horário fixo diurno. Deste modo, a população de trabalhadores por turnos passaria a ser preferencialmente mais saudável e mais capaz de tolerar este tipo de trabalho e, como tal, menos propensa a desenvolver problemas de depressão, ansiedade e stresse. Não deixa de ser importante salientar que o inverso também deve ser tido em conta, ou seja, aquele efeito ter também influência no sentido de aumentar a probabilidade de se encontrar, no grupo de trabalhadores em horário fixo diurno, uma percentagem relativamente mais elevada de trabalhadores menos saudáveis e mais propensos

a desenvolver aqueles estados. Acrescente-se ainda o denominado processo de "auto-seleção", referido em diversos estudos, como, por exemplo, o estudo de Cole, Loving e Kripke (1990), onde se enfatiza o fato dos trabalhadores por turnos e noturnos serem um grupo auto-selecionado, induzindo, à partido, diferenças entre as duas populações.

Apesar dos resultados encontrados neste estudo e das razões encontradas no sentido de os explicar deve ter–se em conta as investigações que identificaram efeitos negativos do trabalho por turnos, no que respeita à depressão, ansiedade e stresse, bem como, estudos que comprovam um maior abandono do trabalho por turnos por razões de saúde, bem como uma maior incidência de problemas mentais em ex-trabalhadores por turnos (Semmer & Frese,1986). O que poderá apontar para, em última instância, um efeito nocivo para a saúde, deste tipo de trabalho, o qual seria mais evidente a médio e longo prazo.

Relativamente à quarta hipótese, era esperado que o recurso ao suporte social estivesse associado a menores níveis de depressão, ansiedade e stresse, em ambos os grupos de trabalho. Os dados do presente estudo permitem comprovar a existência de um significativo grau de suporte social, em ambos os grupos, mas com maior prevalência no grupo de enfermeiros com trabalho por turnos. Permite ainda comprovar que não houve, entre os dois grupos estudados, diferenças no que respeita àquelas variáveis. Assim, pode considerar-se que esta hipótese se confirmou, o que vai de encontro a resultados encontrados na literatura consultada. Segundo Pisarski et. al., (2008), o impato do trabalho por turnos pode ser atenuado através de intervenções por parte das organizações, entre as quais se destacam a promoção do suporte social. Estudos no âmbito do stresse ocupacional sugerem que os efeitos negativos do trabalho por turnos podem ser mediados pelo suporte social. Um estudo realizado por Henifin (1980), revelou que muitos enfermeiros utilizam o suporte social como moderador para reduzir o stresse causado pelo efeito do trabalho por turnos.

Fica, assim, comprovado, com este estudo, que o suporte social foi o recurso mais utilizado por este grupo de trabalhadores por turnos, no sentido de neutralizar a maior tendência para desenvolver depressão, ansiedade e stresse, identificada neste tipo de trabalho. Na medida em que não surgiram, neste estudo, diferenças entre os dois grupos no que respeita àquelas variáveis, poder-se-à concluir que o recurso ao suporte social foi eficaz. Por outro lado, este recurso preferencial ao suporte social, por parte destes enfermeiros poderá refletir algumas facilidades resultantes das caraterísticas da sociedade insular onde estão inseridos. O fato de se ter encontrado um significativo recurso ao suporte social, em ambos os grupos, com relevância para o de trabalho por turnos, poderá ser incentivador ao recurso a esta opção para contrabalançar os efeitos negativos da profissão e do regime de trabalho a que estão sujeitos.

Seria interessante desenvolver novos estudos que comparem os Açores com o Continente, no que respeita a estes aspetos.

Quanto à quinta hipótese, esperava-se que a utilização de estratégias de *coping* estivesse associada a um menor nível de ansiedade, depressão e stresse, em ambos os grupos de trabalho. Ao contrário dos resultados encontrados na literatura consultada, esta hipótese não se confirmou. Na realidade, não se encontraram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, seja no que respeita aos níveis de ansiedade, depressão e stresse, seja no que respeita à utilização de estratégias de *coping*. No entanto, e de acordo com a literatura consultada, é possível confirmar uma correlação positiva entre estratégias de coping e os níveis de ansiedade, depressão e stresse. Tal como confirma o estudo de Olsson, Kandolin & Kauppinen-Toropainen (1990), que veio revelar a importância da adopção de estratégias de coping, como forma de prevenir o stressee nos trabalhadores por turnos. De acordo com esta linha de pensamento o efeito do trabalho por turnos na saúde do trabalhor, enquadra-se numa perspetiva transacional. Tal como qualquer outro stressor, a experiência do trabalho por turnos envolve avaliações e respostas de coping que vão influenciar o modo como estes trabalhadores vão lidar com a situação (Taylor et al., 1997; Olsson et al., 1990; Smith et al., 1999). Um estudo realizado por Spelten (1993) que investigou a influência das estratégias de coping nos enfermeiros com trabalho por turnos, descobriu que os indivíduos que utilizaram estratégias de coping demonstraram uma melhoria da sua saúde psicológica. Outro estudo, dirigido à avaliação do sono e desenvolvimento de sintomas ansiosos, verificou que as horas de sono moderaram significativamente a relação entre trabalho por turnos e sintomas depressivos, sendo também verificado que o uso de estratégias de coping moderou significativamente a relação entre trabalho por turnos e sintomas ansiosos (Goodrich, 1995). Arendt (2010) refere a importância das estratégias de coping no trabalho por turnos, mas salientando que estas podem ser prejudiciais se forem desadequadas às exigências que este tipo de trabalho requer. Assim, de acordo com os nossos resultados, no que respeita a esta última hipótese, podemos concluir que, por não existirem níveis significativos de ansiedade, depressão e stresse, não foi necessário o recurso a estratégias de coping, em ambos os grupos.

CAPÍTULO 5 – CONCLUSÃO

Porque o trabalho por turnos é uma realidade cada vez mais prevalente na organização do trabalho da sociedade atual e por ter particular importância na profissão de enfermagem, onde o trabalho por turnos é, como sabido, indispensável para a continuidade assistencial e a prestação de cuidados de saúde às populações, foi perspetivado este estudo, cujo objetivo foi o de comparar os níveis de depressão, ansiedade e stresse entre os enfermeiros que trabalham por turnos e em regime de horário normal, bem como explorar os efeitos das estratégias de coping e do suporte social.

Ao contrário do que se esperava, não se confirmaram quatro das cinco hipóteses inicialmente colocadas, a saber, os níveis de ansiedade, depressão e stresse, não mostraram, nos dois grupos avaliados, diferenças significativas. O mesmo foi verificado em relação à utilização de estratégias de coping, em que, não apresentaram diferenças estatisticamente significativas. A hipótese confirmada, foi a existência estatisticamente significativa do suporte social, com prevalência superior para os enfermeiros que trabalhavam por turnos. Considera-se que este fato terá tido influência nos resultados encontrados no que respeita à não existência de diferenças significativas relativamente à ansiedade, depressão e stresse nos enfermeiros que trabalham por turnos. Outros dados poderão também ter contribuído para os resultados obtidos, salientando-se que o grupo dos enfermeiros trabalhando por turnos eram significativamente mais novos, com menos anos de profissão e tinham menos filhos. A predominância do sexo feminino, caraterística desta classe profissional, que se nota especialmente no grupo dos trabalhadores por turnos, poderá também ter tido um papel determinante nos resultados, se tivermos em conta a literatura consultada, onde nalguns trabalhos foi identificada uma maior motivação para o trabalho noturno por parte dos trabalhadores do sexo feminino, por razões claramente identificadas como de ordem familiar/social. Outras motivações podem ainda ser tidas em conta, tais como de ordem económica e profissional. A recolha de dados efetuada não permitiu, à partida, tirar conclusões sobre outras condicionantes que poderiam influenciar este resultado, tais como os chamdos de "efeito do trabalhador saudável" e "efeito de auto-seleção".

Considera-se, não só curioso como muito interessante, a preponderância e a eficácia do suporte social no sentido de amortecer os efeitos negativos para a saúde mental do trabalho por turnos, nestes enfermeiros, sobrepondo-se nitidamente à necessidade de recurso a estratégias de coping. Pensa-se que não será por acaso que tal acontece, se for tido em conta o

ambiente e a sociedade insular onde estes enfermeiros se encontram inseridos. Com base neste achado, considera-se interessante desenvolver estudos comparativos entre esta população e populações de igual e/ou maiores dimensões do Continente, incluindo a avaliação ponderada dos efeitos do suporte social e das estratégias de coping, nestas circunstâncias.

Tendo em conta os resultados encontrados não se poderá deixar de salientar a importância do suporte social, sendo sempre de aconselhar incentivos, neste sentido, nomeadamente do ponto de vista institucional. Tal poderá, junto com as estratégias de coping, beneficiar grandemente, não só a saúde e bem-estar destes enfermeiros, como também, aumentando a eficácia e rentabilidade do seu trabalho, o que naturalmente irá resultar num ganho na qualidade dos serviços prestados.

Relativamente às limitações deste estudo, considera-se que uma amostra de maiores dimensões permitiria ampliar os resultados e torná-los mais consistentes. Por outro lado o fato da população ser predominantemente feminina, dificulta as conclusões en relação ao sexo masculino. Num futuro, poderia ser interessante fazer um estudo com maior número de participantes o que permitiria fazer comparações entre sexo feminino e masculino. No entanto, a nossa amostra é representativa da população profissional estudada, uma vez que na enfermagem existe prevalência do sexo feminino entre os seus profissionais. Outro ponto limitativo poderá dever-se ao fato das medidas utilizadas na literatura nacional e internacional, sobre esta temática, não serem as mesmas utilizadas no presente estudo, o que dificulta a comparação dos resultados. Por outro lado a literatura que relaciona diretamente o trabalho por turnos com a depressão, ansiedade e stresse, e que os relacione com o trabalho em horário normal é escassa o que apesar de dificultar a interpretação dos nossos resultados, mostra a importância de se efetuarem mais estudos sobre esta temática.

Para futuros estudos poderá ser importante e interessante introduzir a avaliação do stresse profissional e fazer a distinção entre este o stresse geral.

Com efeito, a amostra foi recolhida na Região Autónoma dos Açores, na ilha de São Miguel. Pensamos que no futuro, seria interessante num futuro fazer um estudo comparativo entre a população de enfermeiros da Região Autónoma dos Açores e os enfermeiros de Portugal Continental. Só assim seria possível perceber a influência das caraterísticas geográficas nas dimensões avaliadas.

Uma vez que o trabalho por turnos é necessário e cada vez mais frequente, seria interessante no futuro aprofundar o estudo do impato do trabalho por turnos na saúde psicológica dos enfermeiros, bem como o seu efeito na qualidade de vida destes trabalhadores e dos seus familiares.

BIBLIOGRAFIA

Aguir, V. E. (1992). Horarios de trabajo: repercusiones sobre la salud. *Revista ROL de Enfermeria*, 169, 61-66.

Akinnawo, E.O. (1988). Psychopathology of shift work. Social Behavior and Personality, 17, 103-109.

Al-Hussein, R. Y. & Al-Mteiwty, A. M. (2008). Point prevalence of depression, anxiety and stress among nurses and para-medical staff in teaching hospital in Mosul.

Almeida, L. & Freire, T. (1997). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (1ª ed.). Coimbra: APPORT.

American Psychiatric Association (2006). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.ª edição). Lisboa: Climepsi.

American Psychiatric Association (2002). *Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (4.ª edição). Lisboa: Climepsi.

Antoniazzi, A. S., Bandeira, D. D. & Dell'Aglio D. R. (1998). *O conceito de coping: uma revisão teórica*. Universidade Federal do Rio Grande do Sul: Estudos de Psicologia. (2), 273-294.

Ardekani, Z. Z., Kakooei H., Ayattollahi, S. M. T., Choobineh, A. & Seraji, G. N. (2008). Prevalence of Mental Disorders among Shift Work Hospital Nurses in Shiraz, Iran. *Paquistan Journal of Biological Sciences*, 11, 1605-1609.

Arendt, J. (2010). Shift work: coping with the biological clock. *Occupational Medicine* 60, 10-20.

Atkison, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Dary, B. J., Nolen-Hoeksema, S., Smith, C. *Introdução à psicologia de Hilgard.* Tradução de Daniel Bueno. (13ªed.). Porto Alegre: Artmed, 2002.

Andlauer, P., Reinberg, A., Fourrè, L., Battle, W. & Duverneuil, G. (1979). Amplitude of the oral temperature circadian rhythm and the tolerance to shift-work. *J. Physiol*. 75, 501-512.

Avlund, K., Damsgard, M. T. & Holstein, B. E. (1998). Social Relations and mortality. An eleven year follow-up study of 70-year-old men and woman in Denmark. *Social Science & Medicine,* 5, 635-643.

Backare, G. M. (1985). Shift duty and stress. Coping strategies among nurses in the university college hospital Kampala. *Asian journal of social science and humanities.*

Baptista, A. (2009). "Stress: Aspectos psicobiológicos". In Cruz, J. P.; Jesus, S. N. (Org). "*Bem-estar e Qualidade de Vida, Contributos da Psicologia da Saúde"*: (pp.57). Alcochete. Textiverso.

Baptista, A. (2000). Perturbações do medo e da Ansiedade: Uma perspetiva evolutiva e desenvolvimental. In I. Soares (Ed.) *Psicopatologia do Desenvolvimento: Trajetórias adaptativas ao longo da vida,* 89-141. Coimbra: Quarteto Editora.

Baptista, A., Carvalho, M. & Lory, F. (2005). O medo, a ansiedade e as suas perturbações. *Revista Psicologia*, 19(1/2), 266-277.

Baptista, A. Pereira, A. C., Carvalho, M., Lory, F. & Santos, R. (2001). Aprender a lidar com as dificuldades emocionais. O centro de aconselhamento para estudantes. *Revista de Humanidades e Tecnologias, 4/5*, 227-237.

Bauer, S. (2002). *Da Ansiedade à Depressão – da psicofarmacologia à psicoterapia*. São Paulo: Livro Pleno; Beck, A. T.; Rush, A. J.: Shaw, B. F.: Emery, G. (1979). Cognitive Therapy of Depression. New York: GuilFord Press.

Baum, A., Grunberg, N. & Singer, J. E. (1982). The use of psychological and neuroendocrinological measurements in the study of stress. Health Psychology, 1, 217-23.

Beck, A. T. & Clark, D. A. (1997). An information processing model of anxiety: Automatic and strategic processes. *Behaviour Research and Therapy, 35*, 49-58.

Beck, A. T., Emery, G. & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias.* A cognitive perspective.

Beck, A. Rush, A., Shaw, B. & Emery, G.(1997). Terapia cognitiva da depressão. Porto Alegre: Artmed Editora.

Beck, A. Rusch, A., Shaw, B. & Emery, E. (1979). *Cognitive therapy of depression*. NY: Guilford Press.

Bohle, P. & Tilley, A. J. (1989). The impact of night work on psychological well-being. *Ergonomics*, 32, 1089-1099.

Bowling, A. (1997). Measuring social networks and social support. In: *Measuring Health: A Review of Quality of Life Measurements Scales*(A. Bowling, ed.), 91-109, (2ªEd)., Buckingham: Open University Press.

Brugère, D., Barrit, J., Butat, C.,Cosset, M. & Volkoff, S. (1997). Shiftwork, Age, and Health: An Epidemiologic Investigation. *Int Journal Occup Environ Health*, 3(2), 15-19.

Burch, J. B., Tom, J., Zhai, Y. S., Criswell, L., Leo, E. & Ogoussan, K. (2009). Shiftwork impacts and adaptation among health care workers. *Occup. Med-Oxford*, 59, 159-166.

Campos, R. (2009). *Depressivos somos nós:* Considerações sobre a depressão, personalidade e a dimensão depressiva da personalidade. Coimbra, edições Almedina.

Campos, M. L. P. & Martino, M. M. F. (2004). Aspectos cronobiológicos do ciclo-vigília-sono e níveis de ansiedade dos enfermeiros nos diferentes turnos de trabalho. *Rev Esc Enferm* USP, 38 (4), 415-421.

Carver, C., Scheier, M. & Weintraub, J. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, *2*, 267-283.

Carvalho, M. (2006). A formação profissional. In O professor, 34: 63-71.

Choi, B. C. K. & Pak, A. W. P. (2005). A catalog of biases in questionnaires. Preventing Chronic Disease, 2, A13.

Clancy, J. & McVicar, A. (1995). *Ritmos Circadianos 2: O Trabalho por Turnos e a Saúde*. Nursing (92), Setembro, 24-28.

Clark, L. A. & Watson, D**. (**1991**)**. A tripartite model of anxiety and depression: psychometric evidence and taxonomic implications. *Journal of Abnormal Psychology*, 100,316-336.

Clark, L., Assenheimer, J., Weber, K, Strauss, M. & McCormick, R. (1995). Testing a Tripartite Model: II. Exploring the Symptom Structure of Anxiety and Depression in Student, Adult and Pacient Samples. In: *Journal of Abnormal Psychology*, Vol. 104, No. 1, 15-25.

Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. Psychosomatic Medicine, 38.

Cohen, S., & Lemay, E. P. (2007). Why would social networks be linked to affect and health practices?*Health Psychology, 26*(4), 410-417.

Cole, R. J., Loving, R. T., & Kripke, D. F. (1990). Psychiatric effects of shiftwork. *Occupational Medicine: State of the Art Reviews* 5(2), 301-314. 1990.

Compas, B. E., Connor-Smith, J. K., Saltzman, H., Harding Thomsen, A. & Wadsworth, M. E. (2001). Coping with stress during childhood and adolescence: Problems, progress, and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*, 17, 87 – 127.

Connor-Smith, J. K., Compas, B. E., Wadsworth, M. E., Harding Thomsen, A., & Saltzman, H. (2000). Responses to stress in adolescence: Measurement of coping and involuntary stress responses. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 976 – 992.

Costa G. (2003). Shift work and occupational medicine: an overview. Occupational Medicine. 53: 83-87.

Costa, G. (2001). The 24-hour society: Between myth and reality. Journal *of Human Ergology*, 30, 15-20.

Costa, G. (1997). The problem: shiftwork. *Chronobiology International*, 14 (2), 89-98

Costa, G. (1996). The impact of shift and night work on health. *Applied Ergonomics*, 27, 17-23.

Costa, G. & Sartori, S. (2007). Ageing, working hours and work ability. *Ergonomics 50*, 1914–1930.

Coyne, J. C. & Lazarus, R. S. (1980). Cognitve style, stress perception, and coping. In I. L. Kutash & L. B. Schlesinger (Eds.), Handbook on stress and anxiety. Contemporary knowledge, theory and treatment. 144-158. San Francisco: Jossey Bass.

Cramer, D., Henderson, S., & Scott, R. (1997). Mental health and desired social support: a four-wave panel study. *Journal of Social and Personal Relationships, 14* (6), 761-775.

Cruz, A. (1996). Trabalho por turnos em Enfermagem: contribuição para o estudo de fatores preditivos de tolerância ao trabalho por turnos. Dissertação de Mestrado em Medicina Ocupacional, Universidade de Coimbra, Coimbra.

Cruz, A. (2003). *Trabalho por turnos: Fatores Preditivos de Intolerância*. Coimbra: Quarteto Editora.

Decreto Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto. (Novo Código do Trabalho). In Diário da república I Série. 197 (2003-08-27): 5558-5656.

Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril. *Estatuto da ordem dos Enfermeiros (EOE).*

Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro. *Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE).*

Decreto-Lei nº 437/91 de 8 de Novembro. *Carreira de Enfermagem*. (alterado pelo DL nº 412/98 de 30 de Dezembro e pelo DL nº 411/99 de 15 de Outubro).

De Martino, M. F. & Basto, M. B. (2009). Qualidade do Sono, Cronótipos e Estados Emocionais. O caso de enfermeiros portugueses que trabalham por turnos.

Diong, S. M., Bishop, G. D., Enkelmann, H. C., Tong, E. M. W., Why, Y. P., Ang, J. C. H. & Khader, M. (2005). Anger, stress, coping, social support and health: Modelling the relationships. *Psychology and Health, 20*(4), 467-495.

Dorrian J., Lamond N., Heuvel C. V. Pincombe J., Rogers A. E. & Dawson, D. (2006). A pilot study of the safety implications of Australian nurses' sleep and work hours. *Chronobiol Int*, 23:1149-63.

Due, P., Holstein, B., Lund, R., Modvig, J. & Avlunda, K. (1999). Social Relations: Network, Support and relational strain. *Social Science & Medicine*, 48, 661-673.

Dunst, C. J. & Trivette, C. M. (1990). *Assessment of social support in early intervention programs*. In S. Meisels & Shonkoff (Eds.), Handbook of early intervention, 326-349. NewYork: Cambridge University Press.

Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: a critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844–854.

Eskelinen L., Toikkanen J., Tuomi K., Mauno I., Nygård C. L, Illmarinen J. (1991) Symptoms of mental and physical stress in different categories on municipal work. *Scandinavian Journal of Work and Environmental Health* 17 (1): 82-86.

Estryn-Behar M., Kaminski M., Peigne, E. Bonnet, Vaicher, E, Gozlan, C., Azoulay, S. & Giorgi, M. (1990). Stress at work and mental health status among female hospital workers. *Br. J. Ind. Med*. 4, 20-28.

Everly, G. S. (1989). A Clinical guide to the treatment of the human stress response. New York: Plenum Press.

Firt-Cozens, J. & Moss, F. (1998). Hours, sleep, team work, and stress. *Br. Med J.* 317, 1336.

Fischer, F. M., Moreno, C. R. C., Borges, F. N. S., & Louzada, F. M. (2000). Implementation of 12-hour shifts in a Brazilian petrochemical plant: impact on sleep and alertness. *Chronobiology International, 17*(4), 521-537.

Freese, M. & Semmer, N. (1986). Shiftwork, stress, psychosomatic complaints: a comparison between workers in different shiftwork schedules, non-shiftworkers, and former shift-workers. *Ergonomics*, Vol. 29, No. 1, 99-114.

Folkard, S. (2008). Shift work, safety and aging. Vol.25,No. 2-3, pp-183-198.

Folkard, S. (1996). Effects on performance efficiency. In: Colquhoun PP, Costa G, Folkard S, Knauth P, editors. *Shift work: problems and solutions*. Frankfurt: Peter Lang.

Folkman, S. & Lazarus, R. (1985). If it changes it must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48(1), 150-170.

Foret, J. (2000). Shiftwork and aging. (2000). Cited in: Smith, L. Tanigawa, T. Takahashi, M. Mutou, K. Tachibana, N. Kage, Y. Iso, H. (2005). Shiftwork Locus of Control, Situational and Behavioural Effects on Sleepiness and Fatigue in Shiftworkers. *Industrial Health*, 43, 151–170.

Frasquilho, M. (2009). Stresse. In Filho, H. C. & Borges, C. F. (Coord.). *Stresse, depressão e suicídio – Gestão de Problemas de Saúde em Meio Escolar,* pp. 63-81. Lisboa: Coisas de ler.

Frasquilho, M. (2005). Medicina, Médicos e Pessoas. Compreender o stress para prevenir o burnout. *Acta Med Port* ; 18: 433-444.

Gaudry, E. & Spielberger, C. D. (1971). *Anxiety and educational achievement*. New York: Wiley. Vol.3, 174.

Gomes, A. R., Melo, B., & Cruz, J. F. (2000). Estudo do stress e do *burnout* nos psicólogos portugueses. In J.F. Cruz, A.R. Gomes & B. Melo (Eds.),*Stress e burnout nos psicólogos portugueses*.(pp. 73-130). Braga: SHO -Sistemas Humanos e Organizacionais.

Girton, M. D. (2011). Shiftwork and Symptoms of Anxiety and Depression in Hospital Nurses.

Goodrich, S. (1995). A comparison of depressive symtoms between individuals working traditional and nontraditional hours.

Goodrich, S. & Weaver, K. A. (1998). Differences in depressive symptoms between traditional workers and shift workers. *Psychological Reports*, 83, 571-576.

Gomes, A. R. & Cruz, J. F. (2004). A experiência de stresse e "burnout" em psicólogos portugueses: um estudo sobre as diferenças de género. *Psicologia. Teoria, investigação e prática* , pp. 193-212.

Gordon, N. P., Cleary P. D., Parker, C. E. & Czeisler, C. A. (1986). The Prevalence and Health Impact of Shiftwork. *American Journal of Public Health* . Oct86, Vol. 76(10), 1225-1228. 4p.

Gottlieb, B. H. (1985). Social support and the study of personal relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 2*(3), 351-375.

Graziani, P. & Swendsen, J. (2007). O stress, emoções estratégias de adaptação. Lisboa, 1ªed, Clemepsi Editores.

Haider, M., Kundi, M., & Koller, M. (1981) Methodological issues and problems in shift work research. *New York Spectrum*, 145-163.

Haines V. Y., Marchand A., Rousseau V., & Demers A. (2008). The mediating role of work-to-family conflict in the relationship between shiftwork and depression. *Work and Stress.* 22, 341-356.

Härmä, M. (1993). Individual differences in tolerance to shiftwork: a review. Ergonomics 36, 101-109.

Healy, D., Minors, D. S. & Waterhouse, J. M. (1993). Shiftwork, helplessness and depression. Journal of Affective Disorders.Vol. 29, 17-25.

Henderson N. J. & Burt C. D. B., (1998). An evaluation of the effectiveness of shift work preparation strategies. *New Zealand Journal of Psychology*. 27:13-20.

Horne, J. A. & Ostberg, O. (1976). A self-assessement questionnaire to determine morningness-eveningness in human circadian rhythms. *Int J. Chronobiol*, Vol.4, No. 2, 97-110.

Hupcey, J. E. (1998). Clarifying the social support theory-research linkage. Journal of Advanced Nursing, 27, pp.1231-1241.

Imbernon,E., Warret, G., Roitg, C., Chastang, J. F. & Goldberg, M. (1993). Effects on health and social well-being of an-call shifts. Journal of Occupational Medicine, 35, 1131-1137.

Jamal M. (2004). Burnout, stresse and health of employees on non-standard work schedules: a study of Canadian workers. Stresse and Health. 20:113-119.

Jamal, M. & Baba, V. V. (1997). Shift-work, burnout and well-being: A study of Canadian nurses. *International Journal of Stress Management*, *4*, 197–204.

Kaliterna, L., Larsen, P. Z. & Zganec, N. (2004). Quality of life, life satisfaction and happiness in shift- and non-shiftworkers. *Rev. Saúde Pública*. Vol.38. São Paulo.

Kawada, T. & Suzuki, S. (1992). Factor structure of self rating depression scale by Zung and prevalence of depressive state of night shift workers. *Jap J Ind Health*, 34, 131-136.

Kandolin I. (1993). Burnout of female and male nurses in shift work. *Ergonomics*, 36, 141-147.

Keefe, T. 1988. Stress-Coping Skills: An Ounce of Prevention in Directs Practice. Social Casework: The Journal of Contemporary Social Skill Training, 10: 475-482.

Knutsson, A. (2003). Health disorders of shift workers. Occupational Medicine. 53:103-108.

Kogi, K. (2005). International research needs for improving sleep and health of workers. *Industrial Health, 43*(1), 71-79.

Lader, M. (1984). *Pharmacological methods*. In R. L. Woolfolk, & Paul M. Lehrer (Eds.), Principles and practices of stress management, 306-333. New York: The Guilford Press.

Laux, L & Vossel, G (1982). Theoritical and methodological issues in achievement related stress and anxiety research. In H. W., Krohne & L. Laux (eds.), Achievement, stress and anxiety. Washington, DC; Hemisphere.

Lazarus, R. (1999). *Stress and emotion: a new synthesis*. New York: Springer.

Lazarus, R. S. & Averill, J. R. (1972). Emotions and cognition: With special reference to anxiety. In Spielberger, C. D. (ed.). Anxiety: Current Trends in Theory and Research. Vol. 2. New York : *Academic Press*, 242-283.

Lazarus, R. S. & DeLongis, A. (1983). Psychological stress and copinh in aging. American Psychologist, 38, 245-254.

Lazarus, R. & Folkman, S. (1991). *Coping and Emotion*, in A. Monat, R. S. Lazarus (Eds.), Stress and Coping, an Antology. New York: Colombia. University Press.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Learthart, S. (2000). Health effects of internal rotation shifts. *Nursing Standard*, 14(4), 34-36.

Lovibond, P. & Lovibond, S. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the depression anxiety stresse scales (DASS) with the Beck depression and anxiety inventories [versao electronica]. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 335-343.

Lutgendorf, S. K., Weinrib, A. Z., Penedo, F., Russell, D., DeGeest, K., Costanzo, E. S., Henderson, P. J., Sephton, S. E., Rohleder, N., Lucci, J. A., Cole, S., Sood, A. K., &

Lubaroff, D. M. (2008). Interleukin6, cortisol, and depressive symptoms in ovarian cancer patients. *Journal of Clinical Oncology, 26*(29), 4820-4827.

May, R. (1980). O significado da ansiedade.Rio de Janeiro. Zahar.

Machado, R. & Lima, M. (1998). Ameaça de desemprego. Stress e estratégias de coping em diferentes culturas organizacionais: um estudo no sector bancário. *Psicologia*, 12, 63-83.

Martinez, M. A. R. & Oliveira, L. R. (1997). Trabalho em turnos nas empresas de Botucatu, São Paulo: estudo descritivo. *Cadernos de Saúde Pública, 13* (2), 639-649.

Martins, P. & Martins, A. (1999). O regime de horário de trabalho e a vida social e doméstica: satisfação e estratégias de coping. – Um estudo numa amostra de enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3, XVII, 529-546.

Matsukura, T. S., Marturano, E. M. & Oishi, J. (2002). O questionário de suporte social (SSQ): Estudos de adaptação para o português. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, No. 1, vol. 5.

Mendes, A. C. (2002). *Stresse e imunidade: Contribuição para o estudo dos fatores pessoais nas alterações imunitárias relacionadas com o stresse*. Coimbra: Formasau.

Monk, T. H. (1989). Shift work and safety. Professional Safety, 34 (4), 26-30.

Monk, T. H. (1988). Coping with the stress of shift work. Work and Stress, 2, 169-172.

Moore, R. Y. (2006). Biological rhythms and sleep. In: Lee-chiang, T. Sleep: a comprehensive handbook. New Jersey: Edições Wiley-Liss.

Nachreiner, F. (1998). Individual and social determinants of shiftwork tolerance, *Scandinavian Journal of Work*, Environment and Health, 24(suppl 3), 35–42.

Nakayama, K., Yamaguch, K., Maruyama, S., & Morimot, K. (1997). Effects of shiftwork on lifestyle and mental health status of employes of a major Japonese electrical manufacturer. *Environ Health Prev Med*, 2(1): 16–20.

Nicholson, P. J. & D'Auriat, D. A. P. (1999). Shift work; health, the working time regulations and health assessments. Procter & Gamble UK, Newcastle upon Tyne UK; The Royal Hospitals NHS Trust, St. Bartholomew's Hospital, London, UK.

Nicolas, M. F., Pallesen, S., Moen, B. E., Bjorvatn, B. (2013). Associations between night work and anxiety, depression, insomnia, sleepiness and fatigue in a sample of Norwegian nurses.

OE - Ordem dos Enfermeiros (2009). Dados Estatísticos 2000-2008.

OIT - Organização Internacional do Trabalho (1990). Convenção nº 171 - Trabalho nocturno.

OIT - Organização Internacional do Trabalho (1990). Recomendação nº 178 - Medidas de protecção da saúde dos trabalhadores nocturnos.

Olsson, K., Kandolin, I. & Kauppinen-Toropainen, K. (1990). Stress and coping strategies of three-shift workers. *Trav. Hum*. 53, 175–188.

OMS - Organização Mundial de Saúde. (2007). CID-10: Classificação Internacional de Doenças (CID-10) Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas relacionados com a Saúde. (10ª revisão). Porto Alegre: Artes Médicas.

O'Reilly, P. (1988). Methodological issues in social support and social network research. Social Science and Medicine, 26; 863-873.

Parkes, K. R. (2002) Shift work and age as interactive predictors of body mass index among offshore workers. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 28: 1, 64-71.

Pati, A. K., Chandrawanshi, A. & Reinberg, A. (2001). Shift work: Consequences and management. *Current Science*, vol. 81, (1), 32-52.

Pereira, A. (2006). *SPSS – Guia prático de utilização. Análise de dados para as ciências sociais e psicologia* (6ª ed.). Lisboa: Edicões Silabo.

Pereira, M. (2008). *Stresse, coping e desenvolvimento: questões conceptuais e dificuldades metedológicas*. *Psychologica*, 48, 175-195.

Pisarski, A., Bohle, P. & Callan V. J. (2002). Short communication: Extended shifts in ambulance work: influences on health. *Stress and Health*. 18:119-126.

Pisarski A., Bohle, P. & Callan V. J. (1998). Effects of coping strategies, social support and work–nonwork conflict on shift worker's health. *Scand J Work Environ Health*; 24(Suppl. 3):141–145.

Pisarski, A., Lawrence, S., Bohle, P. & Brook, C. (2008). Organizational influences on the work life conflict and health of shiftworkers. Applied Ergonomics, 39, 580–588.

Pinto, P. P. & Mello, B. C. (2001). Distúrbios decorrentes do trabalho em turnos e nocturnos.

Poissonnet, C. M. & Verón M. (2000). Health effects of work schedules in health care professions. *Jounal of Clinical Nursing*, 9, 13-23.

Queirós, A., & Silva, C., (2000). Trabalho por turnos, diferenças individuais e ritmos circadianos cardiovasculares. Revista de Psicologia: Teoria, Investigação e Prática, nº2, vol. 5, pp. 313-328.

Rajaratnam, S. M. & Arendt, J. (2001). Health in a 24-hour society. Lancet, 358, 999-1005. In: Parkes, K. R. (2005) *Shiftwork and health*. University of Oxford, UK.

Reiberg, A. (1994). Os Ritmos biológicos. Lisboa: Instituto Piaget.

Ribeiro J. L., Honrado A. & Leal I. (2004a) Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stresse (EAD. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 229-239.

Ribeiro, J. L. (2005). *O importante é a saúde. Estudo de adaptação de uma técnica de avaliação do estado de saúde - Sf-36*. Fundação Merck Sharp & Dohme.

Ribeiro, J. L.(1999). *Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS)*. Análise Psicológica, 3, XVII, 547-558.

Ribeiro, J. & Rodrigues, A. (2004*). Questões acerca do Coping: A propósito do estudo de adaptação do Brief Cope.* Psicologia, Saúde & Doenças, 5 (1), 3-15.

Rosmond, R., Lapidus L., & Bjorntorp, P. (1998) A cross-sectional study of self reported work conditions and psychiatric health in native Swedes and immigrants. *Occup. Med*. Vol. 48, No. 5, pp. 309-314, 1998.

Ruggiero, J. S. (2003), Correlates of fatigue in critical care nurses. *Res. Nurs. Health*, 26: 434–444.

Santos, C. S. V. B., Pais-Ribeiro, J., & Lopes (2003). Estudo de adaptação da Escala de Satisfação com o Suporte Social (ESSS) a pessoas com diagnóstico de doença oncológica. *Psicologia, Saúde e Doenças, 4(2*), 185-204.

Santos, R .J. C. (2003). Trabalho por turnos e capacidade laboral: variáveis psicológicas e cronobiológicas. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental e Sistémica. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Scott, A. J. (1994).Chronobiological considerations in shiftworker sleep and performance and shiftwork scheduling. Special Issue: State-dependent cognitive functioning: II. Human Performance, 7 (3), 207-233.

Scott, A. J., Monk T. H., & Brink, L. L. (1997). Shiftwork as a risk factor for depression: a Pilot Study. Int J Occup Environ Health. 3 suppl 2:S2–S9.

Selye H. (1956). *The stresse of life*. New York: McGraw-Hill.

Selvi,Y., Özdemir, G. P., Özdemir, O., Aydin, A., & Beşiroğlu, L.(2010). Influence of Night Shift Work on Psychologic State and Quality of Life in Health Workers. Düşünen *Adam The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 23:238-243.

Semmer, N., & Frese, M. (1986). Shift work, stress, and psychosomatic complains: a comparison between workers in different shiftwork schedules, non-shiftworkers, and former shiftworkers. Ergonomics, 1986.

Serafino, E. (1994). Health psychology: Biopsychosocial interactions(2ªed.). New York: Wiley.

Serra, A. V. (2011). *O Stress na vida de todos os dias.* (3ª ed.). Coimbra. Coimbra: Dinalivro Distribuidora Nacional de Livros, Lda.

Serra, A. V. (1988). *Um estudo sobre coping: O inventário de resolução de problema*. Psiquiatria Clinica, Nº. 9, pp.301-326.

Sherbourne, C. D., & Stewart, A. L. (1991). The MOS Social Support Survey. *Social Science & Medicine, 32*(6), 705-714.

Sheu, S., Lin, H., & Hwang, S. (2002). Perceived stress and physio-psycho-social status of nursing students during their initial period of clinical practice: The effect of coping behaviours. International Journal of Nursing Studies, 39(165-175).

Silva, C. F. (2000). Ritmos biológicos e trabalho por turnos. *Recursos Humanos Magazine, nº 6.*

Silva. C. F. (2000a). *Distúrbios do Sono do Trabalho por Turnos – Factores Psicológicos e Cronobiológicos.* (1ª ed.). Braga: Edições Centro de Estudos em Educação e Psicologia da Universidade do Minho.

Silva, C. F. (2000b). Ritmos Biológicos e Trabalhos por Turnos. *Recursos Humanos Magazine*. Nº. 6. Extraído de http://www.expressoemprego.pt.

Silva, C. F. (2000c). Fundamentos teóricos e aplicações da cronobiologia. Psicologia- Teoria, Investigação e Prática, 5 (2), 253-265,Braga: Universidade do Minho, 253-265.

Silva, C. F. (1994). Distúrbios do sono em trabalhadores por turnos: factores psicológicos e cronobiológicos. Dissertação de Doutoramento em Psicologia Clínica. Coimbra: Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Silva, C. F., Pereira, A. P., Matos, P. M., Silvério, J. M., Parente, S. M., Domingos, M. C., et al. (1996). Manual Sinais Vitais: *Introdução às Cronociências*. 1ª ed. Coimbra: Formasau.

Silva, C. F. & De Martino, M. (2009). Aspectos do ciclo vigília-sono e estados emocionais em enfermeiros dos diferentes turnos de trabalho.

Silva, C. F. & Silvério, J. M. (2000). Editorial. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5 (2): 180-181.

Silva, I. S. (2007). Adaptação ao trabalho por turnos. Tese de Doutoramento. Braga: Universidade do Minho.

Silva, I. S. (1999). *Trabalho por turnos: efeitos nos estados de humor, ritmicidade biológica e social*. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica. Braga: Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia.

Silva, I. S. (2000d). Sistemas de turnos: que contributos da cronopsicologia para a sua concepção?. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*, 5 (2), 389-410.

Silvério, J. M. & Silva, C. F. (1997). A saúde do profissional de saúde: Contributos das cronociências. 2º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Publicação Ispa: Artes gráficas.

Singer, J. K. & Lord, D. (1984). The role of social support in coping with chronic or life-threatning illness. In Baum, A.; Taylor, S.; Singer, J., (ed.) lit. - Handbook of psychology and health. New Jersey : Laurence Erlbaum Associates, 269-278.

Skipper, J., Jung, F., & Coffey, L. (1990). Nurses and shift work: Effects on physical health and mental depression. *Journal of Advanced Nursing*, 15, 835-842.

Smith, L & Folkard, S. (1993). The perceptions and feelings of shiftworkers partners. Ergonomics, 36 (1-3), pp. 299-305.

Spelten, E. (1993). The relationship between coping strategies and CHQ scores in Nurses. *Ergonomics,* 26(1):227-232.

Spielberger, C. D. (1985). *Anxiety, cognition and affect: A state trait perspective*. In A. Tuma & J. D. Maser (Eds.), Anxiety and the anxiety disorders. Hillsdale, NJ: Earlbaum.

Spielberger, C. D. (1966). *Theory and research on anxiety*. In C .D. Spielberger (Ed.), Anxiety and behaviour (3-20). New York: Academic.

Spielberger, C. D. (1979). *Understanding stress and anxiety.* New York: *Harper & Row.*

Srivastava, U. (2010). Shift Work Related to Stresse, Health and Mood States: A Study of Dairy Workers. *Journal of Health Management.*

Stroebe, W. & Stroebe, M. S. (1999). *Psicologia social e saúde.* Lisboa: Instituto Piaget. (Obra original publicada em inglês em 1995).

Sugisawa A., Uehata T., Seltiya E., et al. (1994). Mental health and its related factors among middle aged male workers: an eighteen month follow up study. Sangyo Igaku; 36:91-101.

Taylor, E., Briner, R. B., & Folkard, S. (1997). Model of shiftwork and health: an examination of the influence of stress on shiftwork theory. *Hum. Factors* 39, 67–82.

Telles-Correia, D. & Barbosa, A. (2009). Ansiedade e depressao em medicina – Modelos teóricos e avaliação [versao electronica]. *Acta Médica Portuguesa*, 22, 89-98.

Tepas, D. I. (1982). Work/ Sleep Time Schedules and Performance. Webb, W. B., ed., New York: Wiley, 175-200.

Underwood, P. (2000). Social Support. The promise and the reality. In V. H. RICE (ed). Handbook of stress, coping and health; Implications for Nursing research, theory and practice. London: Sage Publications, Inc., 367-391.

Vidacek, S., Vidacek, R. B. & Kaliterna, L. (1995). Individual differences in circadian rhythm and short-term tolerance to shift work. A follow-up study. Ergonomics, 36, 17-123.

Waidelle, R. M. (1996). El trabajo en turnos nocturnos: uma revisíon. Revista de Psiquiatria, vol.12, No2, pp. 67-73, Chile.

Watson, D., Weber, K., Assenheimer, J. S., Clark, L. A., Strauss, M. E. & McCormick, R. A. (1995). Testing a trirpartite model: I. Evaluating the convergent and discriminate validity of anxiety and depression symptom scales. In: *Journal of Abnormal Psychology*, Vol.104, No.1, 3-14.

Williams, C. (2008). Work-life balance of shift workers. *Perspectives*, 5-16.

Winwood, P. C., Winefield, A. H. & Lushington, K. (2006). Work-related fatigue and recovery the contribution of age, domestic responsibilities and shiftwork. Adv. Nurs., 56(4):438-49.

Yasukouchi, H., Wada, S., Urasaki, E. & Yokota, A. (1995). Effects of night work on cognitive function in young and elderly subjects with specific reference to the 68 auditory P300. *Journal of University of Occupational and Environmental Health*, 17(4), 229-246.

APÊNDICES

APÊNDICE I

Ex.mo Senhor
Presidente do Conselho de Administração do
Hospital do Divino Espírito Santo de P.Delgada, EPE
Dr. Armando Ademar Anahory

Lisboa, Maio de 2012

c/c Ex.ª Sr.ª Enfermeira Diretora do Hospital do Divino E. Santo de P.Delgada, EPE

Assunto: Pedido de autorização para estudo, no Hospital Divino E. Santo, sobre o estudo intitulado: "Ansiedade, depressão, stresse, estratégias de coping e suporte social em enfermeiros que trabalham por turnos e em horário fixo diurno.

Ex.º Sr. Presidente,

Sou estudante do 2º ano do Mestrado de Psicologia Clínica e da Saúde, da Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.

No âmbito da minha Dissertação de Mestrado, sob orientação do Prof. Doutor Américo Baptista, pretendo realizar um estudo com objetivo geral de analisar a ansiedade, depressão, stresse, estratégias de coping e suporte social em enfermeiros que trabalham por turnos e em horário fixo diurno.

Venho, deste modo, solicitar a V.ª Ex.ª autorização para realizar este estudo no Hospital do Divino Espírito Santo.

Junto remeto, em anexo, o meu projeto de investigação para V.ª apreciação. Mais acrescentaria que, em prévio contaco com a Ex.ª Sr.ª Enfermeira Supervisora do V. Hospital, esta teve a amabilidade de se disponibilizar, caso seja concedida a V.ª aprovação, para providenciar a distribuição e a recolha dos instrumentos de colheita de dados.

Grata pela V.ª atenção,

Com os Melhores Cumprimentos,

Ana Carolina Pacheco

APÊNDICE II

Ex.ma Senhora
Enf.ª Cândida Benevides
M.I. Enfermeira Diretora do Hospital do
Divino Espírito Santo de Ponta Delgada, EPE

Lisboa, Maio de 2012

Assunto: Pedido de autorização, dirigido ao Ex.º Sr. Presidente do Conselho de Adiministração do Hospital do Divino E. Santo de P.Delgada-EPE, para efetuar, neste Hospital, estudo sobre a ansiedade, depressão, stresse, estratégias de coping e suporte social em enfermeiros que trabalham por turnos e em horário fixo diurno.

.

Ex.ª Sr.ª Enfermeira Diretora,

Para V. conhecimento e parecer, junto envio o pedido de autorização, dirigido ao Ex.º Sr. Presidente do Conselho de Adiministração do Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada - EPE, para efetuar, neste Hospital, um estudo sobre a ansiedade, depressão, stresse, estratégias de coping e suporte social em enfermeiros que trabalham por turnos e em horário fixo diurno, assim como a cópia de projeto em apreço.

.

Grata pela V.ª atenção,

Com os Melhores Cumprimentos,

Ana Carolina Pacheco

APÊNDICE III

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO

Caro(a) participante,

Queremos solicitar a sua colaboração para o presente estudo intitulado "Ansiedade, depressão, stresse, estratégias de coping e suporte social em enfermeiros que trabalham por turnos e em regime de horário fixo diurno".

Desta forma, pedimos-lhe que leia atentamente todas as questões que lhe vão ser colocadas. Não existem respostas certas nem erradas. Responda apenas de forma a refletir as suas opiniões pessoais.

A participação é anónima e confidencial, sendo os dados obtidos destinados apenas para tratamento estatístico, pelo que pedimos que não escreva o seu nome neste questionário.

A sua participação nesta investigação é voluntária. Se, a qualquer momento do preenchimento deste questionário não quiser continuar, sinta-se à vontade para desistir.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

APÊNDICE IV

DADOS DEMOGRÁFICOS

1) Sexo:

Masculino ____
Feminino ____

2) Estado Civil:

Solteiro/a ___
Casado/a ou União de facto ____
Divorciado/a ____
Viúvo/a ____

3) Idade: _____ anos

4) Qual a sua Etnia:

a) Asiática/ Ocidental ____
b) Negra/ Negróide ____
c) Branca/ Caucasiana ____
d) Outra _____ Qual? _____

5) Religião:

a) Católica ____
b) Muçulmana ____
c) Judaica ____
d) Agnóstico ____
e) Ateu ____
f) Outra _____ Qual? _____

6) Vive com a sua família:

Sim ____
Não ____

7) Pessoas no Agregado Familiar: _____

8) Filhos: _____

9) Anos de profissão: _____

10) Turnos nocturnos:

Sim ____

Não ____

11) Número de turnos nocturnos por semana: ____

ANEXOS

ANEXO A

ESCALA DE COPING (COPE)

Versão Original: Carver, Scheir, & Weintraub, 1989.
Versão Portuguesa: Lory & Baptista, 1997.

Estamos interessados em saber como as pessoas reagem quando são confrontadas com acontecimentos difíceis ou stressantes nas suas vidas. Há inúmeras formas de tentar lidar com o stress. Com este questionário pedimos-lhe que indique o que normalmente faz e sente, quando experiência acontecimentos stressantes. Obviamente, diferentes acontecimentos geram diferentes respostas, mas pense acerca do que usualmente faz quando está sob grande stress.

Responda depois a cada uma das seguintes questões assinalando com uma cruz por cima do número, usando a escala que se segue. Por favor tente responder a cada item sem deixar que a resposta a um item influencie a resposta a outros. Pense bem antes de responder e seja o mais honesto possível. Responda a todos os items. Não existem respostas "certas" nem "erradas", por isso escolha a resposta que melhor se adequar a si - não o que pensa que a "maioria das pessoas" diria ou faria. Indique o que habitualmente faz quando experiência um acontecimento stressante.

1 = Normalmente **nunca** faço isto
2 = Normalmente faço **um pouco** isto
3 = Normalmente faço isto de forma **moderada**
4 = Normalmente faço **sempre** isto

1.	Tento crescer como pessoa em resultado dessa experiência.....	1	2	3	4
2.	Dedico-me ao trabalho ou a outras actividades de substituição para tirar essas coisas da minha cabeça.....	1	2	3	4
3.	Fico aborrecido e expresso as minhas emoções.....	1	2	3	4
4.	Tento pedir conselho a alguém acerca do que fazer.....	1	2	3	4
5.	Concentro os meus esforços na tentativa de fazer algo acerca disso.....	1	2	3	4
6.	Digo para mim mesmo "isto não é real".....	1	2	3	4
7.	Tenho confiança em Deus.....	1	2	3	4
8.	Rio-me com a situação.....	1	2	3	4
9.	Admito que não consigo lidar com isso, e desisto de tentar.....	1	2	3	4
10.	Impeço-me de fazer algo demasiado rápido.....	1	2	3	4

11.	Partilho os meus sentimentos com outra pessoa.....	1	2	3	4
12.	Recorro ao álcool ou a drogas para me sentir melhor.....	1	2	3	4
13.	Habituo-me à ideia do que aconteceu.....	1	2	3	4
14.	Falo com alguém para saber mais acerca da situação.....	1	2	3	4
15.	Tento manter-me distraído com outros pensamentos ou actividades.....	1	2	3	4
16.	Penso demoradamente noutras coisas.....	1	2	3	4
17.	Fico perturbado e não consigo pensar noutra coisa.....	1	2	3	4
18.	Procuro a ajuda de Deus.....	1	2	3	4
19.	Elaboro um plano de acção.....	1	2	3	4
20.	Conto piadas a esse propósito.....	1	2	3	4
21.	Aceito que isso me aconteceu e que não pode ser alterado.....	1	2	3	4
22.	Espero por fazer algo até que a situação o permita.....	1	2	3	4
23.	Tento obter algum suporte emocional de amigos ou familiares.....	1	2	3	4
24.	Desisto simplesmente de tentar alcançar o meu objectivo.....	1	2	3	4
25.	Faço algo adicional para tentar desembaraçar-me do problema.....	1	2	3	4
26.	Tento descontrair-me bebendo álcool ou tomando drogas.....	1	2	3	4
27.	Recuso-me a acreditar que isso aconteceu.....	1	2	3	4
28.	Expresso os meus sentimentos.....	1	2	3	4
29.	Tento ver as coisas de uma forma diferente, de modo a que me pareçam mais positivas.....	1	2	3	4
30.	Falo com alguém que possa fazer algo concreto acerca do problema.....	1	2	3	4
31.	Durmo mais do que o habitual.....	1	2	3	4
32.	Tento arranjar uma estratégia acerca do que fazer.....	1	2	3	4
33.	Concentro-me na forma de lidar com o problema e, se necessário, deixo outras coisas para segundoplano.....	1	2	3	4
34.	Procuro simpatia e compreensão de alguém.....	1	2	3	4
35.	Bebo álcool ou tomo drogas, de modo a pensar menos nisso.....	1	2	3	4
36.	Brinco com isso.....	1	2	3	4
37.	Desisto de tentar conseguir o que quero.....	1	2	3	4
38.	Vejo algo de bom no que está a acontecer.....	1	2	3	4
39.	Penso sobre a melhor forma de ultrapassar o problema.....	1	2	3	4
40.	Finjo que isso não aconteceu realmente.....	1	2	3	4
41.	Asseguro-me de que não torno as coisas piores agindo demasiado cedo.....	1	2	3	4
42.	Esforço-me por prevenir que outras coisas não interfiram com os meus esforços de lidar com isso.....	1	2	3	4
43.	Vou ao cinema ou vejo televisão para pensar menos nisso.....	1	2	3	4
44.	Aceito o facto de isso ter realmente acontecido.....	1	2	3	4
45.	Pergunto a pessoas que tiveram experiências semelhantes sobre o que elas fizeram.....	1	2	3	4
46.	Sinto um enorme mal-estar emocional e expresso frequentemente esses sentimentos.....	1	2	3	4

47.	Tomo acções directas para contornar o problema.....	1	2	3	4
48.	Tento arranjar conforto na minha religião.....	1	2	3	4
49.	Esforço-me por esperar pelo momento certo para fazer qualquer coisa.....	1	2	3	4
50.	Gozo com a situação.....	1	2	3	4
51.	Reduzo a quantidade de esforço que ponho para resolver o problema.....	1	2	3	4
52.	Falo com alguém sobre o que sinto.....	1	2	3	4
53.	Uso álcool ou drogas para me ajudar a ultrapassar.....	1	2	3	4
54.	Aprendo a viver com isso.....	1	2	3	4
55.	Ponho de lado outras actividades para melhor me concentrar nesta.....	1	2	3	4
56.	Penso bastante sobre os passos a tomar.....	1	2	3	4
57.	Actuo como se nada tivesse acontecido.....	1	2	3	4
58.	Faço, passo a passo, o que tem que ser feito.....	1	2	3	4
59.	Aprendo algo com a experiência.....	1	2	3	4
60.	Rezo mais do que o habitual.....	1	2	3	4

ANEXO B

ESCALA DE SATISFAÇÃO SOCIAL (ESSS)

Versão validada por: Pais Ribeiro, (1999).

A seguir vai encontrar várias afirmações, seguidas de cinco letras. Marque um círculo à volta da letra que melhor qualifica a sua forma de pensar. Por exemplo, na primeira afirmação, se você pensa quase sempre que por vezes se sente só no mundo e sem apoio, deverá assinalar a letra **A**, se acha que nunca pensa isso deverá marcar a letra **E**.

	Concordo totalmente	**Concordo na maior parte**	**Não concordo nem discordo**	**Discordo na maior parte**	**Discordo totalmente**
1-Por vezes sinto-me só no mundo e sem apoio	A	B	C	D	E
2-Não saio com amigos tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
3-Os amigos não me procuram tantas vezes quantas eu gostaria	A	B	C	D	E
4-Quando preciso de desabafar com alguém encontro facilmente amigos com quem o fazer	A	B	C	D	E
5-Mesmo nas situações mais embaraçosas, se precisar de apoio de emergência tenho várias pessoas a quem posso recorrer	A	B	C	D	E
6-Às vezes sinto falta de alguém verdadeiramente íntimo que me compreenda e com quem possa desabafar sobre coisas íntimas	A	B	C	D	E
7-Sinto falta de actividades sociais que me satisfaçam	A	B	C	D	E
8-Gostava de participar mais em actividades de organizações (p.ex. clubes desportivos, escuteiros, partidos políticos, etc.)	A	B	C	D	E
9-Estou satisfeito com a forma como me relaciono com a minha família	A	B	C	D	E
10-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com a minha	A	B	C	D	E

família					
11-Estou satisfeito com o que faço em conjunto com a minha família	A	B	C	D	E
12-Estou satisfeito com a quantidade de amigos que tenho	A	B	C	D	E
13-Estou satisfeito com a quantidade de tempo que passo com os meus amigos	A	B	C	D	E
14-Estou satisfeito com as actividades e coisas que faço com o meu grupo de amigos	A	B	C	D	E
15-Estou satisfeito com o tipo de amigos que tenho	A	B	C	D	E

Anexo C

ESCALA DE ANSIEDADE, DEPRESSÃO E STRESS (DASS-42)

Versão original: Lovibond & Lovibond, 1995.
Versão Portuguesa:Tradução: Baptista, Santos, Silva & Baptista, 1999.

Instruções: Para cada uma das frases que vai ler seguidamente assinale com uma cruz o número que melhor indica até que ponto cada uma das frases se aplicou a si DURANTE A ÚLTIMA SEMANA.

Não existem respostas certas ou erradas. Responda de acordo com a seguinte escala:

0- Não se aplicou nada a mim	1- Aplicou-se a mim algumas vezes	2- Aplicou-se a mim muitas vezes	3- Aplicou-se a mim a maior parte do tempo

1	Fiquei perturbado com facilidade por coisas triviais do dia a dia	**0**	**1**	**2**	**3**
2	Senti a minha boca seca	**0**	**1**	**2**	**3**
3	Não consegui sentir nenhum sentimento positivo…….	**0**	**1**	**2**	**3**
4	Senti dificuldades em respirar (por exemplo respirar de modo excessivamente rápido ou falta de ar na ausência de exercício físico)	**0**	**1**	**2**	**3**
5	Não consegui fazer nada	**0**	**1**	**2**	**3**
6	Reagi em demasia a determinadas situações…….	**0**	**1**	**2**	**3**
7	Senti-me a fraquejar (por exemplo sem forças nas pernas)	**0**	**1**	**2**	**3**
8	Senti dificuldade em me relaxar	**0**	**1**	**2**	**3**
9	Estive em situações que me provocaram tanta ansiedade que fiquei aliviado quando consegui sair delas	**0**	**1**	**2**	**3**
10	Senti que não tinha nada a esperar do futuro……	**0**	**1**	**2**	**3**
11	Fiquei perturbado com facilidade	**0**	**1**	**2**	**3**
12	Senti que estava a utilizar muita energia nervosa ……	**0**	**1**	**2**	**3**
13	Senti-me triste e deprimido	**0**	**1**	**2**	**3**
14	Senti-me impaciente quando me faziam esperar (por exemplo nos elevadores, semáforos ou em qualquer outra situação em que tive de esperar)	**0**	**1**	**2**	**3**
15	Tive sensações de desmaio	**0**	**1**	**2**	**3**

16	Senti que tinha perdido interesse praticamente em tudo	**0**	**1**	**2**	**3**
17	Senti que não tinha muito valor como pessoa	**0**	**1**	**2**	**3**
18	Senti que estava demasiado susceptível ou irritável ……	**0**	**1**	**2**	**3**
19	Tive suores intensos (por exemplo mãos suadas) que não foram provocados por temperatura elevada ou por exercício físico	**0**	**1**	**2**	**3**
20	Senti-me aterrorizado sem ter uma boa razão para isso…….....	**0**	**1**	**2**	**3**
21	Senti que não vale a pena viver	**0**	**1**	**2**	**3**
22	Tive dificuldade em me acalmar…….....	**0**	**1**	**2**	**3**
23	Tive dificuldades em engolir ……	**0**	**1**	**2**	**3**
24	Não consegui ter prazer nas coisas que fiz …….....	**0**	**1**	**2**	**3**
25	Senti alterações no meu coração sem fazer exercício físico (aumentos no ritmo cardíaco ou falha de batimentos)…….....	**0**	**1**	**2**	**3**
26	Senti-me desanimado e triste	**0**	**1**	**2**	**3**
27	Senti-me muito irritável …….....	**0**	**1**	**2**	**3**
28	Senti-me quase a entrar em pânico …….....	**0**	**1**	**2**	**3**
29	Senti dificuldade em me acalmar depois de algo que me perturbou	**0**	**1**	**2**	**3**
30	Tive medo de não conseguir enfrentar tarefas simples porque não estou familiarizado com elas …….	**0**	**1**	**2**	**3**
31	Não fui capaz de ter entusiasmo por nada ……	**0**	**1**	**2**	**3**
32	Tive dificuldade em tolerar ser interrompido no que estava a fazer	**0**	**1**	**2**	**3**
33	Estive num estado de tensão nervosa …….....	**0**	**1**	**2**	**3**
34	Senti tremores (por exemplo nas mãos) ...……	**0**	**1**	**2**	**3**
35	Estive intolerante em relação ao que me impediu de terminar o que estava a fazer….	**0**	**1**	**2**	**3**
36	Senti-me aterrorizado . …….	**0**	**1**	**2**	**3**
37	Não consegui ver nada no futuro para ter esperança .....….	**0**	**1**	**2**	**3**
38	Senti que a vida não tinha sentido .....….	**0**	**1**	**2**	**3**
39	Senti-me agitado	**0**	**1**	**2**	**3**
40	Preocupei-me com situações em que podia entrar em pânico e fazer figura ridícula...	**0**	**1**	**2**	**3**
41	Senti tremores (por exemplo nas mãos)	**0**	**1**	**2**	**3**
42	Tive muita dificuldade em ter iniciativa para fazer coisas……	**0**	**1**	**2**	**3**