AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DO SONO, DOR, ESTRESSE E NÍVEL DE ATIVIDADE FÍSICA DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Assessment of sleep quality, pain, stress and physical activity level of health professionals in a university hospital

ISSN: 2178-7514

Vol. 13 | Nº. 2 | Ano 2021

Gabriela Brito Marcelino¹, Bárbara Araújo Roriz¹, Paulo Adriano Schwingel², Tarcísio Fulgêncio Alves da Silva², Paula Andreatta Maduro³, Fabrício Cieslak⁴, Marco Aurélio de Valois Correia junior⁵, Fabrício Olinda de Souza Mesquita³

RESUMO

O Objetivo: o presente estudo debruça-se sobre a perspectiva de compreender e descrever a qualidade do sono, dor, estresse e nível de atividade física de profissionais enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas empregados em um hospital universitário de atenção terciária localizado no Nordeste brasileiro. Métodos: Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e analítico do tipo transversal. Foram aplicados os seguintes questionários: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index- IQSP), Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (Nordic Musculoskeletal Questionnaire - QNSO), Depression Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21) e Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire - IPAQ). Resultados: Os segmentos mais acometidos por sintomas osteomioarticulares foram as costas e a região do pescoço. Diferentemente dos plantonistas diurnos, percebe-se que 100% dos profissionais plantonistas noturnos apresentam um grau normal/mínimo de estresse. Conclusão: profissionais da área da saúde apresentam uma prevalência maior de dor musculoesquelética. As regiões anatômicas mais acometidas são o pescoço, a parte superior das costas e a parte inferior das costas. Os profissionais não apresentaram escores elevados que os caracterizem com algum transtorno do sono ou com uma qualidade de sono ruim, tendo em sua maioria uma qualidade de sono regular.

Palavras-chave: Saúde do Trabalhador; Pessoal de Saúde; Indicadores de Qualidade de Vida; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Objectives: the present study focuses on the perspective of describing the quality of sleep, pain, stress and physical activity level of professional nurses, nursing technicians and physiotherapists employed in a tertiary care university hospital located in Northeastern Brazil. Methods: This is a cross-sectional, descriptive and analytical epidemiological study. The following questionnaires were applied: Pittsburgh Sleep Quality Index (Pittsburgh Sleep Quality Index - IQSP), Nordic Musculoskeletal Questionnaire (Nordic Musculoskeletal Questionnaire - QNSO), Depression Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21) and Questionnaire International Physical Activity Questionnaire - IPAQ. Results: The segments most affected by musculoskeletal symptoms were the upper and lower parts of the back and the neck region. Differently from the day shift attendants, it is clear that 100% of night shift professionals have a normal / minimal degree of stress. Conclusion: health professionals have a higher prevalence of musculoskeletal pain. The anatomical regions most affected are the neck, the upper back and the lower back. The professionals did not present high scores that characterize them with some sleep disorder or with a poor quality of sleep, mostly having a regular quality of sleep.

Keywords: Occupational Health; Health Personnel; Indicators of Quality of Life; Quality of Life.

1Faculdade São Francisco de Juazeiro (FASJ), Juazeiro, BA, Brasil

2Universidade de Pernambuco (UPE), Petrolina, PE, Brasil

3Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco (HU-UNIVASF), Petrolina, PE, Brasil

4 Universidade Federal do Paraná (UFPR), Curitiba, PR, Brasil

5 Universidade de Pernambuco (UPE), Recife, PE, Brasil

Autor de correspondência

Fabrício Olinda de Souza Mesquita.

Email: fabricao.souza@ebserh.gov.br

INTRODUÇÃO

O ambiente de trabalho hospitalar é um serviço que necessita funcionar 24 horas por dia, desta forma fazem-se necessários que os profissionais da área de saúde trabalhem em sistema de turnos para garantir à assistência integral aos pacientes e familiares^(1,2). As equipes de profissionais que trabalham com esquema de turnos estão divididas em várias categorias como os médicos, enfermeiros e outras que desenvolvem principalmente atividades em serviços essenciais⁽²⁾. O trabalho em turnos tem efeitos adversos que interferem na saúde e bem-estar dos trabalhadores, à medida que ocorre uma divergência entre o ritmo normal do organismo e os ritmos circadianos^(1,2).

O sono relaciona-se diretamente com o estado de saúde e, conseqüentemente, com a qualidade de vida^(2,3). Apesar de o sono ser um estado comportamental e fundamental na manutenção fisiológica do organismo, a restrição de sono tem se tornado mais comum nas sociedades industrializadas, devido à demanda do trabalho ao longo das 24 horas do dia. O sono é de suma importância na preservação da memória, na visão binocular, na termorregulação, na conservação e restauração da energia e restauração do metabolismo energético cerebral⁽²⁾. A alteração do padrão de sono do indivíduo pode ter como conseqüências fadiga, cansaço, tensão, diminuição no rendimento intelectual, sintomas de depressão, ansiedade, sonolência diurna,

dores musculares e irritabilidade, efeitos que são intensificados com a quantidade de noites mal dormidas, podendo se reduzir ou até desaparecer após noites bem dormidas^(2,4).

Em conseqüência do trabalho, é comum o profissional descuidar-se da sua vida pessoal. Diante dessa falta de equilíbrio ocorre a ansiedade, que é caracterizada por um estado emocional inerente à psique humana, aos quais as pessoas encaram diariamente^(3,5). As denominações “estresse” e “ansiedade” são muitas vezes confundidas. O estresse ou, mais corretamente, um fator de estresse, é a pressão externa que é exercida sobre o indivíduo e a ansiedade resposta subjetiva a esse fator estressante⁽⁵⁾.

O profissional da área da saúde é atingido diretamente por conviver e trabalhar com doenças e os sentimentos que nelas estão envolvidos, que se dão através de processos desgastantes e estressantes⁽⁶⁾. Assim, torna-se necessários mecanismos de defesa, conscientes ou não, para que a doença e o sofrimento do próximo não interfiram na saúde psíquica e física^(3,6). Entretanto, nem sempre estes mecanismos são suficientes para o enfrentamento dessas situações e o trabalhador de saúde pode sofrer algumas mudanças em especial do humor, o qual pode ser indício de depressão ou um humor mais irritável e Síndrome de Burnout⁽⁷⁾.

Síndrome de Burnout, não tem uma definição precisa, mas existe um entendimento em considerar que surge no indivíduo como um feedback ao estresse laboral⁽⁸⁾. Ela fica definida

como esgotamento profissional, uma síndrome psicológica resultante da tensão emocional crônica no trabalho^(6,8,9). Essa patologia é decorrente de exaustão, desapontamento e ausência de interesse pela atividade de trabalho que aparece nas profissões que trabalham em comunicação direta com pessoas⁽⁸⁾.

A depressão é caracterizada por humor geralmente depressivo, tristeza, perda de interesse ou prazer, perda ou ganho de peso significativo, insônia (no início, na metade ou no final do sono) ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, indecisão ou capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se e pensamentos de morte recorrentes, vale ressaltar que a prevalência de sintomas depressivos é elevada entre os profissionais da saúde^(7,10). Uma das formas de minimizar os efeitos da depressão e do Burnout é através da atividade física associada a novos hábitos de vidas, proporcionando uma maior autoconfiança^(11,12). Os benefícios da atividade física são evidenciados através da redução significativa dos sintomas de ansiedade, melhora da autoconfiança, favorecendo e motivando a novos hábitos de vida em indivíduos que apresentem sintomas depressivos e depressão diagnosticada⁽¹¹⁾.

Diante disso, o presente estudo debruça-se sobre a perspectiva de descrever a qualidade do sono, dor, estresse e nível de atividade física de profissionais enfermeiros, técnicos em

enfermagem e fisioterapeutas empregados em um hospital universitário de atenção terciária localizado no Nordeste brasileiro.

MATERIAIS E MÉTODOS

Trata-se de um estudo epidemiológico descritivo e analítico do tipo transversal. Realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal do Vale do São Francisco na cidade de Petrolina-PE, Brasil. A pesquisa foi executada através de questionários aplicados aos profissionais enfermeiros, técnicos em enfermagem e fisioterapeutas durante o mês de outubro de 2019.

Os critérios de elegibilidade foram: ter idade mínima de 18 anos, trabalhar como enfermeiro, técnico em enfermagem ou fisioterapeuta e apresentar vínculo empregatício com a instituição onde a pesquisa foi realizada por, no mínimo, seis meses. Foram excluídos os participantes que não responderam todos os questionários.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal do Vale do São Francisco (CAAE:15858419.0.0000.5196). Todos os participantes assinaram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) e as diretrizes da Declaração de Helsinque foram respeitadas.

Instrumentos utilizados

Após consentimento dos participantes, foi aplicado um questionário semiestruturado desenvolvido pelos pesquisadores com o intuito de obter informações sociodemográficas dos profissionais envolvidos no estudo. Para isso, foram avaliadas questões relativas ao tempo passado desde a formação profissional, à carga horária de trabalho, à existência de outro vínculo empregatício e o turno trabalhado. Também foi avaliado se o participante era tabagista ou etilista.

Após isso, os seguintes questionários foram aplicados: Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index- IQSP), Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (Nordic Musculoskeletal Questionnaire - QNSO), Depression Anxiety and Stress Scale – Short Form (DASS-21) e Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire - IPAQ).

Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index - IQSP)

O Índice de Qualidade de Sono de Pittsburgh (Pittsburgh Sleep Quality Index - IQSP) é um instrumento autoaplicável usado para avaliação da qualidade do sono do mês. Foi desenvolvido por Buysse e colaboradores em 1989 e validado no Brasil em população adulta, por Bertolazi et al.⁽¹³⁾. Sendo composto por 19 questões em auto relato e cinco questões

direcionadas ao cônjuge ou acompanhante de quarto. As últimas cinco questões são úteis apenas para a prática clínica, não contribuindo para a pontuação total do índice.

As 19 questões são classificadas em sete componentes, graduados em escores de zero (nenhuma dificuldade) a três (dificuldade grave). Os componentes analisados no PSQI são: qualidade subjetiva do sono, latência do sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, alterações do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna do sono⁽¹⁴⁾.

Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (Nordic Musculoskeletal Questionnaire - QNSO)

O Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (Nordic Musculoskeletal Questionnaire - QNSO) para sintomas osteomusculares validado para a população brasileira, é um instrumento que compreende escolhas múltiplas ou binárias quanto à ocorrência de sintomas nas diversas regiões anatômicas⁽¹⁵⁾. O respondente deverá relatar a ocorrência dos sintomas considerando os 12 meses e os sete dias precedentes à entrevista⁽¹⁶⁾.

Depression Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21)

Depression Anxiety and Stress Scale - Short Form (DASS-21) tem como objetivo medir e diferenciar, ao máximo, os sintomas de ansiedade e depressão. A escala é baseada

no modelo tripartido em que os sintomas de ansiedade e depressão se agrupam em três estruturas básicas. Uma primeira (a), definida pela presença de afeto negativo, como humor deprimido, insônia, desconforto e irritabilidade, que são sintomas inespecíficos e estão incluídos tanto na depressão como na ansiedade; a segunda (b) engloba fatores que constituem estruturas que representam sintomas específicos para depressão (anedonia, ausência de afeto positivo); por fim, a última (c) estrutura refere-se aos sintomas específicos de ansiedade (tensão somática e hiperatividade).

Originalmente, a DASS foi construída e avaliada para população adulta, consistindo em 42 itens que refletem sintomas emocionais negativos. Tanto em sua versão original de 42 itens quanto em sua versão breve de 21 itens a DASS, é uma medida válida e confiável de depressão, ansiedade e tensão/estresse em populações clínica e não clínica de adultos, de várias culturas e etnias⁽¹⁷⁾.

Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ)

O Questionário Internacional de Atividade Física (International Physical Activity Questionnaire – IPAQ), é validado em 12 países e 14 centros de pesquisa. O IPAQ é um questionário no qual permite presumir o tempo semanal gasto em atividades físicas, sejam elas de intensidade moderada e vigorosa, em diferentes contextos do dia a dia, como: trabalho,

transporte, tarefas domésticas e lazer, e ainda o tempo gasto em atividades passivas, realizadas na posição sentada⁽¹⁸⁾. No qual se pode caracterizar o indivíduo como muito ativo, ativo, irregularmente ativo, irregularmente ativo A, irregularmente ativo B e sedentário⁽¹⁹⁾.

Análise estatística

Os dados foram processados e analisados no software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS®) versão 22.0 para Windows®. A análise estatística foi descritiva seguida da inferencial. Nas análises as variáveis contínuas foram apresentadas como média $\pm$ desvio padrão, após verificação da normalidade com o teste de Kolmogorov-Smirnov, enquanto as variáveis categóricas estão apresentadas em frequências absoluta e relativa. Possíveis associações foram estabelecidas pelo teste qui quadrado (X²) de Pearson, com todas as análises sendo bicaudais e valores de P exatos ao nível de significância de 5%.

RESULTADOS

Ao todo, as respostas de 56 profissionais foram incluídas em nosso estudo. As tabelas 1 e 2 mostram a caracterização sociodemográfica e ocupacional dos participantes do estudo e o nível de atividade física de acordo com o IPAQ.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e ocupacional (N = 56)

Variáveis	n (%)
Sexo	
Feminino	44 (78,6%)
Masculino	12 (21,4%)
Cargo	
Enfermeiro	12 (21,42%)
Técnico em Enfermagem	41 (73,21%)
Fisioterapeuta	3 (3,57%)
Setor	
Vermelha	38 (67,9%)
Amarela	18 (32,1%)
Outro vínculo	
Sim	14 (25%)
Não	42 (75%)
Tabagista	
Sim	1 (1,8%)
Não	55 (98,2%)
Etilista	
Sim	20 (35,7%)
Não	36 (64,3%)
IPAQ	
Muito ativo	12 (21,4%)
Ativo	37 (66,1%)
Irregularmente ativo	7 (12,5%)

IPAQ: International Physical Activity Questionnaire.

Tabela 2. Caracterização da amostra (N = 56)

Variáveis	Média	±	DP
Idade (anos)	38,8	±	7,4
Tempo de formado (meses)	155,3	±	72,7
Tempo de trabalho (meses)	138,2	±	73,3
Horas de trabalho semanais (horas)	40,5	±	12,9

DP: desvio padrão

No que concerne à prevalência de sintomas osteomioarticulares, pode-se notar que nos últimos 12 meses os segmentos mais acometidos foram as partes superiores e inferiores das costas e a região do pescoço (Tabela 3).

Tabela 3. Prevalência dos sintomas osteomioarticulares (N = 56)

Região corporal	Presença de sintomatologia dolorosa			
	Sim		Não	
	1 ano n (%)	7 dias n (%)	1 ano n (%)	7 dias n (%)
Pescoço	29 (51,78%)	11 (19,64%)	27 (48,21%)	45 (80,35%)
Ombro	27 (48,21%)	11 (19,64%)	29 (51,78%)	45 (80,35%)
Parte superior das costas	32 (57,14%)	14 (25,0%)	24 (42,85%)	42 (75,0%)
Cotovelos	8 (14,28%)	2 (3,57%)	48 (85,71%)	54 (96,42%)
Punhos e mãos	27 (48,21%)	6 (10,71%)	29 (51,78%)	50 (89,28%)
Parte inferior das costas	31 (55,35%)	18 (32,14%)	25 (44,64%)	38 (67,85%)
Quadril e coxas	24 (42,85%)	8 (14,28%)	32 (57,14%)	48 (85,71%)
Joelhos	17 (30,35%)	8 (14,28%)	39 (69,64%)	48 (85,71%)
Tornozelos e pés	25 (44,64%)	14 (25%)	31 (55,35%)	45 (75%)

A tabela 4 apresenta a distribuição da sono entre os profissionais da área da saúde. ansiedade, depressão, estresse e qualidade de

Tabela 4. Domínios da DASS-21 e Escore da escala de Pittsburgh (N = 56)

Variáveis	n (%)
Escore DASS – Estresse	
Normal/Mínimo	50 (89,3%)
Moderado	4 (7,1%)
Grave/Muito Grave	2 (3,6%)
Escore DASS – Ansiedade	
Normal/Mínimo	44 (78,6%)
Moderado	7 (12,5%)
Grave/Muito Grave	5 (8,9%)
Escore DASS – Depressão	
Normal/Mínimo	50 (89,3%)
Moderado	5 (8,9%)
Grave/Muito Grave	1 (1,8%)
Escore Pittsburgh – Qualidade do Sono	
Boa	7 (12,5%)
Regular	34 (60,7%)
Presença de distúrbio do sono	15 (26,8%)

DASS: Depression Anxiety and Stress Scale.

Analisando a associação entre o plantão 100% dos profissionais plantonistas noturnos noturno, estresse, ansiedade, depressão e apresentam um grau normal/mínimo de estresse, qualidade do sono dos profissionais de ambos o que difere do resultado dos profissionais que os sexos e de todos os setores, identifica-se que atuam no turno diurno (Tabela 5).

Tabela 5. Associação do plantão noturno com os domínios da DASS-21 e do escore da escala de Pittsburgh (N = 56)

Variáveis	Plantão Noturno		p-valor
	Sim (n = 30)	Não (n = 26)	
	n (%)	n (%)	
Escore DASS – Estresse			
Normal/Mínimo	30 (100,0)	20 (76,9)	0,021
Moderado	0 (-)	4 (15,4)	
Grave/Muito Grave	0 (-)	2 (7,7)	
Escore DASS – Ansiedade			
Normal/Mínimo	25 (83,3)	19 (73,1)	0,644
Moderado	4 (15,4)	3 (10,0)	
Grave/Muito Grave	2 (6,7)	3 (11,5)	
Escore DASS – Depressão			
Normal/Mínimo	29 (96,7)	21 (80,8)	0,149
Moderado	5 (8,9)	4 (15,4)	
Grave/Muito Grave	0 (-)	1 (3,8)	
Escore Pittsburgh – Qualidade do Sono			
Boa	3 (10,0)	4 (15,4)	0,749
Regular	18 (60,0)	16 (61,5)	
Presença de distúrbio do sono	9 (30,0)	6 (23,1)	

DASS: Depression Anxiety and Stress Scale.

DISCUSSÃO

Os resultados demonstraram que mais da metade dos profissionais que participaram do estudo relataram dor nos 12 meses antecedentes nos seguintes segmentos corporais: pescoço (51,8%), parte superior (57,1%) e inferior das costas (55,4%). Estes achados corroboram com estudo realizado por Maciel Júnior et al.⁽²⁰⁾. Neste estudo, obteve-se como resultado das queixas de dores musculares: região lombar e joelhos (17,4%) cada; cervical e ombros (13,2%) cada; região torácica (11,1%); punho e mão (9,7%); tornozelo e pé (8,3%); coxa (7,6%) e cotovelo (2%). A dor no segmento lombar foi uma das mais prevalentes neste estudo, juntamente com outras áreas que foram os ombros e a cervical⁽²⁰⁾. Assim como em nossa pesquisa, esse resultado pode ser explicado pela própria característica do trabalho da equipe de enfermagem, sendo esta responsável pela maior parte dos cuidados diretos ao paciente^(2,20). Considera-se que as atividades relacionadas diretamente aos pacientes são muitas vezes acompanhadas por posturas estáticas; inclinação anterior de tronco e levantamento assimétrico de cargas, o que justifica o maior grau de acometimento nesses segmentos⁽²⁾.

Um dos fatores que podem justificar um percentual não tão alto de presença de dores nos últimos sete dias seja a prática de atividade física e ginástica laboral o que corresponde a 66,1% caracterizando-os como ativos. Pois, de acordo com um estudo realizado por Barbosa et al.⁽²¹⁾,

com 1.191 trabalhadores da saúde, empregou-se um questionário autoaplicado. O questionário foi organizado em blocos de questões, dentre eles atividades domésticas e hábitos de vida, qualidade de vida, aspectos relacionados à saúde. Foi possível identificar que a prevalência de distúrbios musculoesqueléticos e fatores de risco foram maiores nos trabalhadores que não praticavam atividade física⁽²¹⁾. Uma explicação para a maior proporção de profissionais ativos pode estar ligada as atividades que são desenvolvidas durante suas rotinas de trabalho nos escores do IPAQ⁽²⁰⁾. Nas suas rotinas de trabalho, os profissionais de saúde são responsáveis pelo deslocamento de pacientes, cuidados com higiene pessoal, administração de fármacos e transporte de diferentes equipamentos e pela realização de ginástica laboral⁽²²⁾. Essas atividades necessitam de um maior gasto energético, pois requerem que esses profissionais percorram grandes distâncias dentro do ambiente hospitalar, seja caminhando, subindo e descendo escadas, bem como realizando atividades vigorosas que exigem força física, como a transferência de pacientes e tarefa de banho no leito⁽²⁰⁾. Essas atividades associadas à ginástica laboral reduzem o aparecimento de desconfortos musculares, maximizando o bem estar físico e psicológico dos trabalhadores^(2,20,22).

A faixa etária em que se concentrou a maior parte dos profissionais foi entre 21 e 52 anos (Tabela 2), caracterizando como um grupo relativamente jovem e com um tempo de formação bastante significativo, tendo alguma

experiência de trabalho. A média da idade dos profissionais estudados se aproximou da idade observada por Dilélio et al.⁽²³⁾, população-alvo do estudo foi constituída por todos os trabalhadores lotados em 240 UBS da zona urbana de 41 municípios com mais de 100 mil habitantes de sete estados das regiões Sul (Rio Grande do Sul, Santa Catarina) e Nordeste (Alagoas, Paraíba, Pernambuco, Piauí, Rio Grande do Norte) que foram divididos nas seguintes categorias se as seguintes categorias: médicos; profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem); outros profissionais de nível superior (odontólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas e outros); outros trabalhadores de nível médio (técnicos e auxiliares de higiene bucal e auxiliares administrativos), nos quais os profissionais de saúde do Norte e Nordeste do Brasil mostraram idade média de 37,8 anos⁽²³⁾.

Podemos atribuir esse não aparecimento de distúrbios do sono a idade média dos empregados que participaram do estudo, pois ficou evidenciado que a população de estudo é jovem. E segundo Geib et al.⁽²⁴⁾, o processo de envelhecimento acarreta modificações na quantidade e qualidade do sono, no qual a população mais afetada são adultos acima de 65 anos de idade. Essas modificações no padrão de sono elas interferem no balanço homeostático, com repercussões sobre a função psicológica, sistema imunológico, performance, resposta comportamental, humor e habilidade de adaptação⁽²⁴⁾.

Conforme as Tabelas 4 e 5 obtivemos um resultado interessante enquanto a relação ao escore da DASS do domínio estresse, 7,7% dos profissionais diurnos foram caracterizados com um nível de estresse grave/muito grave. Enquanto profissionais do turno noturno não apresentaram nível de estresse grave/muito grave. Conforme um estudo realizado por Silveira et al.⁽²⁵⁾, com 13 profissionais de enfermagem de um hospital universitário do sul do Brasil por meio de entrevista, fica evidenciado que os profissionais de enfermagem diurnos apresentam uma rotina mais intensa, diária e complexa do trabalho hospitalar, destina-se pouco tempo ao toque, à escuta e à conversa com os pacientes⁽²⁵⁾. Este fato causa angústia e sofrimento aos trabalhadores, pois sentem que não estão realizando seu trabalho como deveriam, resultando em um fator de estresse. Mas para os profissionais que atuam no turno noturno, o horário favorece o trabalho da equipe, uma vez que o ambiente se apresenta mais tranquilo, com um menor fluxo de pessoas e de questões burocráticas. Isso possibilita que o trabalho da equipe amplie seu foco para a assistência direta ao paciente.

Não foi identificado resultado que caracterizasse a amostra com algum grau de depressão ou ansiedade. Schmidt et al.⁽²⁶⁾, realizaram um estudo no qual eles observaram a incidência de depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem, sendo uma das variáveis analisadas o tipo de instituição hospitalar (pública/filantropica ou privada). Nos

resultados foi possível encontrar que os graus de depressão e ansiedade são mais prevalentes em profissionais que atuam na rede privada, pois, pode ser decorrente das condições de trabalho, comuns na maioria dos hospitais privados e que são consideradas fontes de ansiedade e depressão, tais como, a falta de recursos materiais e humanos, baixos salários, falta de estabilidade no emprego, mudanças repentinas de função, acúmulo de tarefas, entre outros. Alguns desses fatores também estão presentes na maioria dos hospitais públicos e filantrópicos, porém os profissionais que atuam nessas instituições possuem estabilidade em seus empregos e os desligamentos por demissão são praticamente inexistentes, o que pode justificar a menor ocorrência de sintomas de ansiedade e depressão entre eles⁽²⁶⁾.

Segundo a avaliação do índice de qualidade de sono dos profissionais da saúde por meio da Escala de Pittsburgh, foi observado que a qualidade de sono desses profissionais se caracteriza como regular o que pode ser associado ao fato da amostra em sua maior parte ser caracterizada como indivíduos fisicamente ativos. De acordo com uma elegante revisão de literatura conduzida por Martins e Tufik⁽²⁷⁾, o exercício físico eleva a temperatura corporal, criando uma condição capaz de facilitar “o disparo” do início do sono, por estimular os processos de dissipação de calor que são controlados pelo hipotálamo, bem como os mecanismos indutores do sono dessa mesma região. Ambas teorias dizem que a condição para

a atividade anabólica durante o sono é favorecida após alta atividade catabólica durante o período de vigília. Dessa forma, o exercício pode facilitar o sono por reduzir as reservas energéticas corporais, o que aumentaria a necessidade de sono⁽²⁷⁾.

Como possível limitação dessa pesquisa podemos citar que a amostra foi por voluntariedade, mesmo assim atingimos aproximadamente 60% dos profissionais que atuam na emergência. De acordo com os dados coletados, fica evidenciada a necessidade de mais pesquisas sobre a temática, especialmente utilizando outras categorias profissionais e diferentes setores.

CONCLUSÃO

Os resultados desse estudo destacam que profissionais da área da saúde apresentam uma prevalência de dor musculoesquelética entre moderada e alta, sendo as regiões anatômicas mais acometidas o pescoço e as partes superior e inferior das costas. Aproximadamente um terço da população estudada apresentou risco para qualidade de sono ruim. Além disso, foi possível constatar que as equipes de saúde, atuantes nos diferentes setores e turnos pesquisados, apresentaram diferenças quanto ao nível de estresse, de ansiedade e de depressão, apesar de apenas 12,5% dos pesquisados relatarem ser irregularmente ativos. Por fim, fica nítida a presença de estresse grave/muito grave nos profissionais que atuam no turno diurno.

REFERÊNCIAS

1. MENDES SS, MARTINO MMF DE. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2012;46(6):1471–6.
2. SOUZA HS DE, MENDES ÁN. Outsourcing and “dismantling” of steady jobs at hospitals. *Rev da Esc Enferm da USP*. 2016;50(2):286–94.
3. MARTINEZ MC, FISCHER FM. Fatores psicossociais no trabalho hospitalar: situações vivenciadas para desgaste no trabalho e desequilíbrio entre esforço e recompensa. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2019;44.
4. MÜLLER MR, GUIMARÃES SS. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. *Estud Psicol*. 2007;24(4):519–28.
5. OLIVEIRA V, PEREIRA T. Ansiedade, depressão e burnout em enfermeiros - Impacto do trabalho por turnos. *Rev Enferm Ref*. 2012;III Série(nº 7):43–54.
6. MOREIRA H DE A, SOUZA KN DE, YAMAGUCHI MU. Síndrome de Burnout em médicos: uma revisão sistemática. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2018;12;43.
7. DE VARGAS D, PAULA A, DIAS V. Artigo Original Endereço para correspondência: Prevalência de depressão em trabalhadores de enfermagem de Unidade de Terapia Intensiva: estudo em hospitais de uma cidade do noroeste do Estado São Paulo. 2011;19(5).
8. ALVARES MEM, THOMAZ EBAF, LAMY ZC, NINA RV DE AH, PEREIRA MUL, GARCIA JBS. Burnout syndrome among healthcare professionals in intensive care units: a cross-sectional population-based study. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020;32(2).
9. VIDOTTI V, RIBEIRO RP, GALDINO MJQ, MARTINS JT. Burnout Syndrome and shift work among the nursing staff. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2018 Aug 9;26.
10. SILVA GGJ, SOUZA MLP DE, GOULART JÚNIOR E, CANÊO LC, LUNARDELLI MCF. Considerações sobre o transtorno depressivo no trabalho. *Rev Bras Saúde Ocup*. 2009;34(119):79–87.
11. ANGELO DL, ZILBERMAN ML. O impacto de um programa de atividade física no tratamento de jogadores patológicos. Universidade de São Paulo; 2011.
12. FERREIRA E DA R, BESSAS JCO, ASSIS ACS DE, FONSECA IM DE CA, MARTINS CD, EZEQUIEL GLM, et al. Relação entre sintomas de depressão, índice de massa corporal e prática de atividade física dos alunos do centro universitário UNA, Belo Horizonte. *Brazilian J Dev*. 2020;6(9):70033–45.
13. PASSOS MHP, SILVA HA, PITANGUI ACR, OLIVEIRA VMA, LIMA AS, ARAÚJO RC. Reliability and validity of the Brazilian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in adolescents. *J Pediatr (Rio J)*. 2017;93(2):200–6.
14. ARAUJO PAB DE, STIES SW, WITTKOPF PG, NETTO AS, GONZÁLES AI, LIMA DP, et al. Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh para uso na reabilitação cardiopulmonar e metabólica. *Rev Bras Med do Esporte*. 2015 Dec;21(6):472–5.
15. LIMA JÚNIOR JP DE, SILVA TFA DA. Analysis of musculoskeletal disorders symptoms in professors of the University of Pernambuco – Petrolina Campus. *Rev Dor*. 2014;15(4).
16. DICKINSON CE, CAMPION K, FOSTER AF, NEWMAN SJ, O’ROURKE AM, THOMAS PG. Questionnaire development: an examination of the Nordic Musculoskeletal questionnaire. *Appl Ergon*. 1992;23(3):197–201.
17. PATIAS ND, MACHADO WDL, BANDEIRA DR, DELL’AGLIO DD. Depression Anxiety and Stress Scale (DASS-21) - Short Form: Adaptação e Validação para Adolescentes Brasileiros. *Psico-USF*. 2016;21(3):459–69.
18. BENEDETTI TRB, ANTUNES P DE C, RODRIGUEZ-ÁÑEZ CR, MAZO GZ, PETROSKI ÉL. Reprodutibilidade e validade do Questionário Internacional de Atividade Física (IPAQ) em homens idosos. *Rev Bras Med do Esporte*. 2007;13(1):11–6.
19. COUTINHO A, BEGA A, FARIAS K, DE AZEVEDO M, MATSUDO V, REGINA DE OLIVEIRA B. Nível de atividade física e comportamento sedentário de profissionais de podologia brasileiros. *Rev IBERO-AMERICANA Podol*. 2020;31;2(1):152.
20. MACIEL JÚNIOR EG, TROMBINI-SOUZA F, MADURO PA, MESQUITA FOS, SILVA TFA DA. Self-reported musculoskeletal disorders by the nursing team in a university hospital. *Brazilian J Pain*. 2019;2(2).
21. BARBOSA REC, ASSUNÇÃO AA, ARAÚJO TM DE. Distúrbios musculoesqueléticos em trabalhadores do setor saúde de Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(8):1569–80.
22. SANTOS EC DOS, ANDRADE RD, LOPES SGR, VALGAS C. Prevalence of musculoskeletal pain in nursing professionals working in orthopedic setting. *Rev Dor*. 2017;18(4).
23. DILELIO AS, FACCHINI LA, TOMASI E, SILVA SM, THUMÉ E, PICCINI RX, et al. Prevalência de transtornos psiquiátricos menores em trabalhadores da atenção primária à saúde das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Cad Saude Publica*. 2012;28(3):503–14.
24. GEIB LTC, CATALDO NETO A, WAINBERG R, NUNES ML. Sono e envelhecimento. *Rev Psiquiatr do Rio Gd do Sul*. 2003;25(3):453–65.
25. SILVEIRA M, CAMPOGOGARA S, BECK CLC, COSTA VZ DA, DALMOLIN GL, ARBOIT ÉL. Trabalho noturno e seus significados para enfermagem de unidade de cuidados intensivos [Night work and its meanings for intensive care unit nursing] [Trabajo nocturno y sus significados para el equipo de enfermería de unidade de cuidados intensivos]. *Rev Enferm UERJ*. 2016;18;24(6).
26. SCHMIDT DRC, DANTAS RAS, MARZIALE MHP. Ansiedade e depressão entre profissionais de enfermagem que atuam em blocos cirúrgicos. *Rev da Esc Enferm da USP [Internet]*. 2011;45(2):487–93.
27. MARTINS PJF, MELLO MT DE, TUFIK S. Exercício e sono. *Rev Bras Med do Esporte*. 2001;7(1):28–36.

OBSERVAÇÃO: Os autores declaram não existir conflitos de interesse de qualquer natureza.