

Agradecimentos

Àqueles que tornaram possível a concretização deste estudo expresso aqui os meus mais sinceros agradecimentos.

À instituição em estudo, pela paciência e pelo indispensável contributo.

À Professora Doutora Odete Amaral pelo apoio na conceção do estudo e nas decisões relativamente às opções metodológicas, sempre presentes.

Resumo

Introdução: O trabalho em espaços confinados apresenta um conjunto de fatores de risco que colocam em causa a segurança e a saúde do trabalhador. No presente estudo os objetivos foram: verificar a influência dos fatores sociodemográficos e dos hábitos dos trabalhadores *offshore* na sintomatologia depressiva e na prevalência da insónia; verificar se a prevalência de depressão dos trabalhadores *offshore* influencia a prevalência de insónia

Metodologia: Realizou-se um estudo transversal analítico. De um universo de 120 trabalhadores a amostra final ficou constituída por 102 trabalhadores (99,0% do género masculino, com idades entre os 26 e os 59 e com uma média de 39,13 anos). Os dados foram recolhidos através de um questionário auto-aplicado constituído por questões sociodemográficas e profissionais dos trabalhadores, hábitos de sono e sintomas de insónia avaliados através dos critérios da DSM-IV e o inventário depressivo de Beck (Beck et al, 1961) para avaliar a sintomatologia depressiva.

Resultados: Existe relação estatisticamente significativa entre a prevalência de depressão e prevalência de insónia. Quem tem depressão apresenta uma percentagem significativamente superior de prevalência de insónia, em comparação com quem não tem depressão (92,3% vs 20,7%). Os fatores sociodemográficos têm influência na sintomatologia depressiva e na prevalência de insónia.

Conclusão: Podemos concluir que os trabalhadores solteiros/separados, sem residência, com sistemas de rotação mais alargados e sem prática de atividade física têm mais sintomatologia depressiva. Os trabalhadores mais jovens e sem residência apresentaram mais perturbações de sono. Foi possível verificar também que os trabalhadores que apresentam sintomatologia depressiva têm maior prevalência de insónia.

Palavras-chave: adulto, *offshore*, sintomatologia depressiva, perturbações de sono, insónia

Abstract

Introduction: Work in confined spaces presents a wide range of risk factors that jeopardize worker safety and health. In the present study we intend to investigate the influence of the environmental context of the offshore workers of an oil platform, regarding the consequences of the confinement in the work in offshore context and also analyze the relation with the depressive symptomatology and the sleep disturbances of the workers.

Methods: An analytical cross-sectional study was carried out. From a universe of 120 workers, the final sample consisted of 102 workers (99.0% male, aged 26 to 59 and an average of 39.13 years). Data were collected through a self-administered questionnaire consisting of sociodemographic and occupational issues of workers, sleep habits and insomnia symptoms assessed using the DSM-IV criteria and the Beck Depressive Inventory (Beck et al, 1961) to evaluate the depressive symptomatology.

Results: There is a statistically significant relationship between the prevalence of depression and the prevalence of insomnia. Those who have depression present a significantly higher percentage of insomnia prevalence compared to those who do not have depression (92.3% vs 20.7%). Socio-demographic factors have an influence on depressive symptomatology and prevalence of insomnia.

Conclusion: We can conclude that single/separated workers, without residence, with wider rotation systems and without physical activity practice have greater depressive symptomatology. Younger workers with no residence reported more sleep disorders. It was also possible to verify that workers with depressive symptomatology have a higher prevalence of insomnia.

Keywords: Adult; offshore, depressive symptoms, insomnia, sleep disorders

Sumário

	Pág.
Introdução	19
PARTE I – Enquadramento teórico	
Introdução	19
Parte I - Enquadramento Teórico	221
1. Plataformas <i>offshore</i>	23
1.1. As exigências do trabalho em <i>offshore</i> e seus efeitos	23
1.2. Depressão e sintomatologia depressiva	23
1.3. Prevalência de depressão	26
1.4. O sono e as suas perturbações.....	26
1.4.1. Classificação das perturbações	26
PARTE II – Metodologia	41
2. Metodologia	43
2.1 Participantes	44
2.2. Variáveis	46
2.3. Instrumento de recolha de dados	48
2.4. Modelo de análise	48
2.5. Procedimento estatístico	49
3. Resultados	51
3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra.....	51
3.2. Caracterização dos hábitos	54
3.3. Análise inferencial	59
4. Discussão	67

Conclusão	73
Referências bibliográficas.....	75
ANEXOS	89
Anexo I- Parecer sobre o estudo.....	91
Anexo II- Pedido de parecer da comissão de ética sobre o estudo	95
Anexo III - Questionário.....	99
Anexo IV – Dados estatísticos.....	111

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Referências que estudaram o impacto de variáveis sociodemográficas e de hábitos com a saúde mental	48
Tabela 2 - Dados sociodemográficos dos elementos da amostra	52
Tabela 3 – Dados associados à atividade em <i>offshore</i>	53
Tabela 4 – Hábitos dos trabalhadores <i>offshore</i> – Consumo de café, álcool e refrigerantes	55
Tabela 5 - Hábitos dos trabalhadores <i>offshore</i> – Fumador, consumo de droga, atividade física, doença e consulta médica	56
Tabela 6 – Padrões de sono em trabalhadores <i>offshore</i>	58
Tabela 7 - Inventário Depressivo de Beck (BDI)	59
Tabela 8 - Influência dos dados sociodemográficos na prevalência de depressão	60
Tabela 9 - Influência dos hábitos dos trabalhadores <i>offshore</i> na prevalência de depressão ...	62
Tabela 10 - Influência dos dados sociodemográficos na prevalência de insónia	63
Tabela 11 - Influência dos hábitos dos trabalhadores <i>offshore</i> na prevalência de insónia.....	64
Tabela 12 - Influência da prevalência de depressão na prevalência de insónia	65
Tabela 13 - Objetivos para a sintomatologia depressiva	67
Tabela 14 - Objetivos para a prevalência de insónia	68

Lista de Figuras

Figura 1 – Tipos de insónia e variáveis causadoras.....	38
Figura 2 – Modelo de análise	48

Lista de Abreviaturas e Siglas

AASM - American Academy of Sleep Medicine

APA - American Psychiatric Association

BDI - Beck Depression Inventory

DGS - Direção Geral de Saúde

DSM - Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

ICD - International Classification of Disorders

ICSD - International Classification of Sleep Disorders

IMC - Índice de Massa Corporal

NIHCE - National Institute for Health and Clinical Excellence

OMS - Organização Mundial de Saúde

WHO - World Health Organizatio

Introdução

O trabalho consiste na base das relações entre os homens (Marx, 1983). É através dele que produzimos a nossa existência e nos desdobramos na ação social em sociedade. Este é um pressuposto que não só valoriza o papel do trabalho em sociedade, mas também alavanca uma postura analítica que visa estudar alguns aspetos sociais e comportamentais do trabalhador para explicar a saúde deste.

A presente investigação pretende estudar as consequências do trabalho realizado em espaços confinados, ou seja, em locais com aberturas limitadas de entrada e saída, com ventilação natural desfavorável, exposto a riscos de contaminação tóxica, química e inflamável. O confinamento do trabalho apresenta-se, neste estudo, como o contexto e circunstância social a partir da qual nos propomos a estudar a sintomatologia depressiva e os problemas/distúrbios de sono. Estas considerações levaram-nos a questionar se a sintomatologia depressiva e os problemas de sono são fenómenos aleatórios ou fortuitos. Serão fenómenos que se explicam apenas por processos biológicos? Ou serão fenómenos que são influenciados pelo perfil social, profissional e comportamental do indivíduo? Todas estas inquietações justificam a investigação realizada em Angola, na plataforma de petróleo da Sonangol *African Installer*, bloco 3, Soyo, Angola. Portanto, e após algumas reuniões e reflexões com o orientador, ficou decidido efetuar o estudo em trabalhadores *Offshore* de uma plataforma petrolífera. Podemos referir que é um tipo de trabalho que acarreta várias consequências para a saúde física e psicológica. O mercado petrolífero é um dos importantes mercados do mundo atual com confinamento de trabalhadores e com o peso de todas as consequências para a saúde. Contudo, perante estes conhecimentos, as evidências científicas não têm acompanhado este crescimento, sendo que não consegui aceder a uma literatura científica diversificada e atualizada sobre trabalhadores *offshore*.

Assim, este estudo tem como objetivos determinar a prevalência de sintomatologia depressiva e sintomas de insónia em adultos a trabalhar em espaço confinado e analisar a relação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais e comportamentais na sintomatologia depressiva e sintomas de insónia num ambiente de trabalho em espaço confinado plataforma Sonangol African Installer bloco 3 Soyo. É neste contexto que se formulam as seguintes questões de investigação, qual a prevalência de sintomatologia depressiva e sintomas de insónia em adultos a exercer funções numa plataforma de petróleo

em espaço confinado? Qual é a associação entre as variáveis sociodemográficas, profissionais e comportamentais na sintomatologia depressiva e sintomas de insónia na amostra?

Na primeira parte foi realizada uma revisão da literatura sobre o Trabalho em *Offshore*, o sono e a sintomatologia depressiva, com uma análise comentada do que já foi escrito sobre os temas de pesquisa de forma a demonstrar os pontos de vista convergentes e divergentes dos autores. Esta parte será um auxiliar para a interpretação dos resultados e para formar uma linha de raciocínio consubstanciada no conhecimento de outros autores, bem como para situar o problema dentro de um quadro de referência teórico. Na segunda parte, referente ao estudo empírico, será demonstrada a forma como a pesquisa foi executada e o desenho metodológico utilizado. Será ainda definida a população-alvo da pesquisa, indicados os instrumentos de recolha de dados e os métodos de análise dos mesmos. Seguidamente serão apresentados os resultados obtidos, análise e discussão dos resultados e conclusões com a identificação das limitações do estudo, traçadas linhas futuras de investigação e apresentadas as referências bibliográficas.

Parte I - Enquadramento Teórico

1. Plataformas *offshore*

O trabalho *offshore*¹ pode ser caracterizado, segundo Leite (2009), como um processo/operação contínuo, ou seja, sem interrupções durante 365 dias do ano, onde apenas o que é substituído e que se revezam de forma ininterrupta é a mão-de-obra. O que diferencia o trabalho *offshore* de outros é o facto de o trabalhador *offshore* estar confinado a um espaço limitado, quando termina o serviço não poderá ir para casa, para junto da família, pois continua confinado durante um certo período de tempo (rotação). Pode-se compreender o termo ‘confinamento’ como uma limitação de espaço e impedimento do desejo de ir e vir, um isolamento social, distanciamento da família principalmente em eventos significativos e simbólicos, ausência de privacidade enquanto embarcado e abstinência sexual forçada (Castro, 2008).

O setor *offshore* apresenta uma quantidade considerável de casos de doenças relacionadas com o trabalho (Morken, Melhum, & Moen, 2007; Thronsdén & Hoivik, 2005). De modo semelhante Silva, Júnior e Ferreira (2007) identificam que estes trabalhadores se apresentam mais vulneráveis em relação a doenças psíquicas e ao stress o que pode influenciar o estado de saúde dos trabalhadores, a vida profissional, pessoal e os custos que acarretam aos trabalhadores e à empresa. Neste setor evidenciam-se duras exigências físicas impostas aos trabalhadores que se intensificam nas plataformas (Booth & Butler, 1992), o que contribui para aumentar o risco de acidentes e incidentes de trabalho. De entre os acidentes da história do setor *offshore*, destacam-se casos de maiores proporções como, por exemplo, os dois desastres na plataforma de Enchova na Bacia de Santos (Brasil). Estes graves acidentes envolvendo plataformas simbolizam o potencial de perigo existente nestas unidades. Deste modo, a procura de alternativas visando a melhoria das condições nos campos da saúde, segurança, psicologia e ergonomia (tanto no que se refere à dimensão física como às dimensões organizacional e psicossocial) tem contribuído para o desenvolvimento de estudos envolvendo plataformas de petróleo. As intervenções em projetos de plataforma têm como objetivo a melhoria das condições de trabalho, segurança, e eficiência operacional (Freitas, Souza, & Machado, 2001).

¹ *offshore* - “afastado da costa” - está também relacionado com a atividade (prospecção, perfuração e exploração) de empresas de exploração petrolífera que operam ao largo da costa).

1.1. As exigências do trabalho em *offshore* e suas consequências

Há evidência científica sobre a necessidade de considerar a ergonomia e as condições do ambiente laboral em plataformas *offshore*. No estudo de Morken et al., (2007) é demonstrado a associação entre fatores de risco relacionados com o trabalho (tais como a utilização manual de materiais e ferramentas, a elevada carga física, os movimentos repetitivos) e os fatores psicossociais e distúrbios músculo-esqueléticos. As principais fontes de exposição a fatores de risco de distúrbios músculo-esqueléticos e desgaste físico são a atuação manual em válvulas, rigidez de manuseio, alturas e restrições à liberdade postural. Em plataformas petrolíferas, observam-se as deslocções em excesso, tanto horizontais quanto verticais (por escadas). De acordo com Garotti (2006) as deslocções em plataforma intensificam-se diante da movimentação entre os módulos, necessidade de procurar ferramentas (localizadas distantes dos locais de trabalho) e da verticalização dos módulos, além da propagação dos dispositivos de um mesmo sistema.

O ruído produzido pelos equipamentos em funcionamento de forma contínua nas plataformas petrolíferas pode provocar a perda de audição (Thronsen & Hoivik, 2005). Segundo Satrun (1998), os efeitos do ruído devem ser minimizados não só pelas consequências no trabalhador devido à exposição, mas também para garantir a minimização dos erros de comunicação para que o trabalhador desempenhe com maior segurança e eficácia as suas funções.

Embora estes condicionamentos físicos sejam importantes para avaliar as consequências do trabalho *offshore*, existem outros problemas que se prendem com a configuração do horário e das escalas de trabalho *offshore*, que apresentam efeitos severos no ritmo biológico e mental do trabalhador (De Souza, 1996). O trabalho por turnos acarreta inúmeras consequências na vida dos trabalhadores, principalmente devido ao caráter contínuo de produção (Alvarez, Figueiredo & Rotenberg, 2010; Ferreira & Iguti, 2003). Em *offshore*, esses efeitos intensificam-se principalmente por 2 motivos – o primeiro devido à elevada carga horária diária, 12 horas de trabalho e 12 horas de descanso (Freitas et., 2001). De acordo com estes autores, a quantidade de horas de trabalho pode atingir as 14 horas ou até mesmo as 17 horas. O segundo motivo está relacionado com as trocas semanais das equipas entre os turnos diurno para noturnos e vice-versa conforme afirma Pessanha (1994) no seu estudo sobre trabalhadores de produção na bacia de Campos, no Brasil. Um aspeto de extrema importância no trabalho *offshore* é que, no final do trabalho, os trabalhadores têm que

permanecer na instalação em que atuam, o que significa ficarem restringidos geralmente por quatro semanas, à plataforma no que se refere às atividades de lazer e sono além de, necessariamente, vivenciarem a interface casa trabalho de forma diferenciada de outros trabalhadores (Parkes, 2007).

O período de dias embarcado no mar (*offshore*) e dias de descanso em terra (*onshore*) designa-se por sistema de rotação. Um estudo realizado em Taiwan demonstrou que o sistema de rotação vigente era o de quatro semanas *offshore* e quatro *onshore* (Chen, Yu & Wong, 2005). De notar que o sistema de rotação que predomina poderá variar. Por exemplo nas plataformas do mar do Norte o setor norueguês tem frequentemente um sistema de rotação de duas semanas *offshore* e quatro semanas *onshore* enquanto no Reino Unido o sistema que predomina é o de duas semanas *offshore* e duas semanas de licença *onshore* (Fossum, Bjorvatn, Waage, & Pallesen, 2013; Nielsen, Tvedt, & Matthiesen, 2013;). Na plataforma *African Installer* bloco 3 Soyo, Angola onde foi efetuado o presente estudo, o sistema de rotação predominante é o de quatro semanas *offshore* e quatro em *onshore*, embora haja outros sistemas dependendo da empresa petrolífera e do tipo de trabalho.

Existem também outros condicionamentos no trabalho *offshore* e que são merecedores de especial menção. Carvalho (2010) dá-nos conta da rutura constante com o ambiente sociofamiliar, do isolamento, do convívio social, a coerção e a pressão hierárquica do trabalho *offshore* e das suas consequências, nomeadamente a diminuição da qualidade do sono, a sensação de angústia, o sentimento de frustração, a perda de perceção temporal, as tensões e outros distúrbios mentais. Estas manifestações requerem um máximo aproveitamento do tempo de descanso e suporte psicológico para enfrentar este tipo de desgaste. Os capítulos que se seguem permitem entender com maior pormenor os mecanismos para este tipo de manifestações.

Os trabalhadores em plataformas *offshore* são constituídos maioritariamente por elementos do género masculino. Ao longo das últimas décadas tem-se vindo a registar a ocupação por parte das mulheres de trabalho tradicionalmente ocupado pelos homens (Parkes, 2007). No entanto, embora se perspetive que num futuro próximo a percentagem de mulheres a trabalharem em plataformas *offshore* possa aumentar, tal ainda não acontece. Como exemplo podemos referir no hemisfério sul, o caso das plataformas *offshore* no Brasil que são constituídas, entre 95-100% por trabalhadores do género masculino (Martins, 2006), e no hemisfério norte, mais especificamente no mar do Norte, no setor do Reino Unido, com os trabalhadores do género feminino a não chegarem aos 5%, embora esta percentagem seja ligeiramente superior no setor norueguês (Fossum et al., 2013; Parkes, 1998).

1.2. Depressão/Sintomatologia depressiva

O termo depressão é bastante divulgado pelos meios científicos e pela imprensa como sendo uma doença da atualidade. A Organização Mundial da Saúde (OMS) afirma que “*a depressão tornar-se-á a doença mais comum do mundo nos próximos 20 anos, afetando maior o número de casos do que o cancro e as doenças cardíacas*”. Atualmente é considerada pela OMS o quinto maior problema de saúde pública no mundo, sendo que nos países pobres há um maior número de casos de depressão, o que pode ser explicado pelo grau mais elevado de stress vivenciado pelas pessoas pobres no dia-a-dia (OMS, 2004).

A depressão pode ser caracterizada por uma lentificação dos processos psíquicos, humor depressivo e/ou irritável (associado à ansiedade e à angústia), redução de energia (desânimo, cansaço fácil), incapacidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer (anedonia), desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos negativos, com perda da capacidade de planejar o futuro e alteração do juízo de realidade (Corrêa, 1995). Em psiquiatria, a depressão é o estado clínico mais frequente, podendo ser caracterizado por uma alteração duradoura do estado de humor, que se acompanha de uma mudança nas perspectivas pessoais e de importantes funções biológicas do indivíduo, resultantes da interação entre a vulnerabilidade genética ou psicológica e os fatores ambientais suscetíveis de potenciar essas vulnerabilidades apresentadas pelo indivíduo (Vaz-Serra, 1996). Hoje em dia, a depressão integra um grupo significativo de perturbações, clinicamente caracterizados por perturbações afetivas ou do humor (Sobocki et al., 2006).

De uma maneira geral, as classificações das doenças baseiam-se na sua etiologia, no processo patológico envolvido ou no tipo de sintomatologia que as caracteriza. Em psiquiatria, a etiologia e os mecanismos biológicos são, muitas vezes, pouco conhecidos e a classificação é baseada na sintomatologia. Na ausência de fatores etiológicos claros, são identificados e valorizados diversos sinais e sintomas, os quais podem ser validados parcialmente por outros critérios, associados, nomeadamente, a fatores genéticos, ao decurso da doença e à resposta ao tratamento (Montgomery, 2000).

Não obstante a importância institucionalizada das grandes classificações de transtornos mentais, nomeadamente do DSM-V (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) da American Psychiatric Association (2015) e do ICD-10 (*International Statistical*

Classification of Diseases and Related Health Problems) da OMS (WHO, 1993), nas últimas décadas foi notória a crescente utilização de critérios operacionais e entrevistas padronizadas. Uma referência exemplar desta abordagem é o Inventário Depressivo de Beck (BDI - *Beck Depression Inventory*), desenvolvido por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) que foi incluído no instrumento de recolha de informação da presente pesquisa e cuja explicação mais detalhada será realizada no capítulo 4.

Para além da exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, os fatores psicológicos e psicossociais também devem ser tidos em conta no dia-a-dia dos trabalhadores. Autores como Dejours (1988) e Gaulejac (2007) debruçaram-se como o trabalho e a sua organização interferem na saúde mental do trabalhador e como podem ser a causa de certos problemas de saúde. Estes autores argumentam que a investigação da relação de trabalho-saúde mental só é possível se houver uma rutura com alguns modelos médicos e psiquiátricos clássicos, e se considerarmos a dimensão organizacional do trabalho, isto é, aquilo que o especifica como ‘relação social’.

Gaulejac (2007) enfatiza a situação de tensão quotidiana do trabalhador que quer manter o seu emprego. Face à ameaça da precarização do trabalho e do desemprego, os trabalhadores vivenciam o medo que conduz a condutas de obediência, de submissão, enfraquecendo a solidariedade e reciprocidade entre os colegas e trabalho, na medida em que o temor pessoal separa e individualiza o sofrimento daqueles que estão na mesma condição.

1.3. Prevalência da depressão/sintomatologia depressiva

A OMS refere como fatores de risco para a depressão na população geral, designadamente no sexo feminino, o estado civil, a idade, o local de residência, a classe social, a história familiar de depressão, o stress crónico e a falta de apoio social (WHO, 2004). Estas circunstâncias de vulnerabilidade a interagir com eventos de vida stressantes, problemas relacionais e sociais que não estão incluídos nos sistemas atuais de diagnóstico (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2009), nomeadamente insegurança no emprego e stress no trabalho podem ser responsáveis por grandes variações na frequência de depressão nas populações (Bauer et al., 2006).

A maioria dos estudos epidemiológicos tem demonstrado que a prevalência de sintomatologia depressiva é superior em indivíduos de sexo feminino (APA, 2002; Kessler et

al., 1994), sendo as diferenças consistentes em todo o ciclo de vida, mas mais evidentes em adultas jovens e na meia-idade. Apesar de mais frequente nas mulheres, os homens apresentam sintomatologia mais grave e frequentemente associada a problemas comportamentais com pior prognóstico (Weissman, et al., 1996). A idade é também um fator de risco comum à sintomatologia depressiva, com uma prevalência da perturbação depressiva major mais elevada entre os 25 e 44 anos, sendo menor para ambos os sexos em idade > 65 anos (APA, 2002). Um outro fator de risco é o estado civil, já que os indivíduos divorciados, separados, viúvos ou solteiros, mostram-se mais vulneráveis à depressão comparativamente com os casados ou em união de facto (WHO, 2004).

A prevalência de sintomatologia depressiva é superior em classes socioeconómicas mais desfavorecidas bem como entre os indivíduos doentes (Burvil, 1995). A insuficiência renal, as cardiopatias, os acidentes vasculares cerebrais, o cancro e a asma, fazem parte de uma extensa lista de patologias às quais está associado um aumento da ocorrência de sintomas depressivos (Fedoroff, Starkstein, Parikh, Price & Robinson, 1991). Existe uma ligação sólida entre os principais eventos stressantes de vida e o aparecimento de depressão clínica em qualquer idade na vida de um indivíduo (WHO, 2004). Em formas e intensidades diferentes, o stress pode desempenhar variados papéis em relação à depressão major. Estima-se que aproximadamente um em cinco indivíduos expostos a eventos de vida stressantes acaba por desenvolver depressão (Monroe & Reid, 2009). O stress laboral é tido como um dos maiores desafios à saúde dos trabalhadores, havendo grupos profissionais com níveis de stresse superiores a outros.

De igual forma Luppino et al. (2010) concluíram, na revisão sistemática da literatura, sobre a relação entre o sobrepeso, a obesidade e a depressão que a obesidade era um fator que potenciava o risco de prevalência de depressão. Já Bjerkeset et al., (2007) associam o aumento do índice de massa corporal (IMC), uma medida de peso que é relativamente independente da altura, e que serve de indicador de saúde, dieta, exercício, balanço energético perturbado e resistência à insulina, a um aumento no risco de prevalência de depressão.

A variabilidade geográfica que se verifica na prevalência de sintomatologia depressiva pode justificar-se por diversos fatores, designadamente, pelas características das amostras, pelas diferentes classificações e pelo uso de diferentes instrumentos para identificar a sintomatologia depressiva (Léger, Guilleminault, Bader, Lévy, & Paillard, 2002; Sobocki et al., 2006). Contudo, vários os estudos epidemiológicos a nível mundial evidenciam uma elevada prevalência de sintomatologia depressiva. Apesar das variações e discrepâncias em termos de resultados encontrados, cerca de um terço da população adulta sofre, em cada ano,

de um episódio classificável como perturbação mental (Kessler, 2008; Wittchen, et al., 2011). Dentro destas, a depressão é a doença que aparece mais frequentemente, podendo apresentar proporções a variar entre quatro e dez por cento (Wittchen, et al., 2011). A nível Europeu, um estudo epidemiológico denominado Depression Research in European Society (Tyllee, 2000), com uma amostra de cerca de 78.000 adultos entrevistados de seis países diferentes, revelou uma prevalência de episódios de depressão nos últimos seis meses anteriores à publicação do estudo de 17% (Kessler, et al., 1994). Atualmente, a incidência da sintomatologia depressiva é preocupante, oscilando entre quatro a vinte novos casos por mil indivíduos por ano (Gusmão, Xavier, Heitor, Bento, & Caldas de Almeida, 2005), sendo previsível que o número de indivíduos com perturbações mentais aumente com o envelhecimento das populações (WHO, 2003). No estudo, European Outcome of Depression International Network (ODIN), mostrou uma prevalência pontual de qualquer tipo de perturbação depressiva de 8,6%, com 6,6% para a depressão major, 1,0% para a distímia e 0,3% para as reações depressivas (Ayuso-Mateos, et al., 2001). Outros estudos realizados na Europa mostram que os distúrbios mentais mais frequentes são a ansiedade com uma prevalência de 14% e os distúrbios do humor com 7,8%, sendo 6,9% para a depressão major (Wittchen, et al., 2011).

De acordo com o estudo World Mental Health Initiative, promovido pela OMS e realizado em 2013, a prevalência destes problemas em Portugal, foi de 23%, ou seja, a terceira mais elevada num conjunto de 30 países analisados, sendo o país com o valor mais expressivo para as perturbações de ansiedade (com uma prevalência de 17%), embora as perturbações de maior gravidade tenham sido as depressivas (Direção Geral de Saúde, 2015).

Portugal em 2011 foi considerado um dos países europeus com maior prevalência de perturbações mentais, destacando-se as perturbações de ansiedade e as perturbações de humor (Wang et al., 2012). Mais recentemente, os dados publicados pela Direção Geral de Saúde em 2013 (DGS, 2013) indicaram resultados idênticos, demonstrando que Portugal é um dos países europeus com maior prevalência de perturbações mentais, sobretudo perturbações de ansiedade (16.5%) e perturbações depressivas (7.9%) (Pinto, Martins, Pinheiro & Oliveira, 2015).

A vivermos numa sociedade do conhecimento, orientada para o trabalho e para a economia do mercado, o “capital mental” das populações é muito valioso, mas também muito vulnerável designadamente à depressão (Cuijpers, Beekman, & Reynolds, 2012). As perturbações depressivas afetam profundamente a qualidade de vida, produtividade profissional e a capacidade de realização dos papéis sociais e familiares (Cuijpers et al., 2012; Fleck, et al., 2002). Mais de metade dos indivíduos com depressão desenvolve uma

perturbação recorrente ou crónica após o primeiro episódio depressivo e correm o risco de passar mais de 20% da sua vida, na condição de deprimidos (Cuijpers et al., 2012). A elevada prevalência em todos os países, associada ocorrência em quase todas as idades e a forma com que afeta o trabalho e a vida dos indivíduos, são algumas das razões apontadas para a depressão estar associada a elevado custos económicos (Wittchen, et al., 2011). De um modo geral, o maior peso das perturbações mentais deve-se principalmente à incapacidade que provoca, ou seja, ao impacto destas sobre o funcionamento diário dos indivíduos, e não devido à mortalidade prematura como acontece com o cancro ou doenças cardiovasculares (WHO, 2008). Segundo o Global Burden Diagnostic, as doenças psiquiátricas emergiram como uma característica altamente responsável pelo estado de saúde das pessoas, representando mais de 15% do peso das doenças nas economias de mercado superior ao peso de, por exemplo, todas as formas de cancro (WHO, 2008).

Sendo a depressão uma doença crónica (Vieth, 2009) o peso global da doença é substancialmente importante uma vez que as perturbações unipolares são a terceira maior causa do impacto da doença medidos em anos de vida com incapacidade e a principal causa de incapacidade. Dada a elevada prevalência e os efeitos das doenças mentais em todos os aspetos da vida e nas relações com o trabalho, a Organização Internacional do Trabalho estima que o custo total (direto e indireto) destas doenças representa para a sociedade cerca de três a quatro por cento da produtividade nos países membros da União Europeia (Liimatainen & Gabriel, 2000). Embora a estimativa dos custos seja variável, não há dúvidas que o encargo económico das doenças mentais é enorme e permite argumentar que o contributo para a pobreza individual, comunitária e social é muito significativo, até porque cerca de 44% a 80% do número de indivíduos com perturbações mentais não recebem tratamento, número este que aumenta para 90%, se falarmos em países em desenvolvimento (WHO, 2003). Nos Estados Unidos da América, em 1990, foram estimados custos diretos e indiretos superiores a quarenta e três mil milhões de dólares (Berto, D'Ilario, Ruffo, Di Virgilio, & Rizzo, 2000; National Institute for Mental Health, 1994). Os doentes com diagnóstico de depressão, seguidos em cuidados de saúde primários podem originar duas vezes mais gastos com a saúde relativamente a outros doentes (Henk, Katzelnick, Kobak, Greist, & Jefferson, 1996; Simon & Von Korff, 1995).

1.4. O sono e suas perturbações

As transformações socioeconómicas ocorridas no último século originaram um enorme impacto ao nível da organização individual do ciclo sono-vigília trazendo repercussões importantes na saúde e na vida das pessoas (indivíduo, família e comunidade). Numa sociedade globalizada, o trabalho exige níveis de competição, passando a ocupar um espaço crescente no dia-a-dia das pessoas, não se circunscrevendo ao meio laboral, invadindo, o tempo de ócio, dentro e fora do espaço familiar, sobretudo devido às novas solicitações e à existência das novas tecnologias. (Duarte, 2008).

A sociedade permanentemente *online* tornou-se regra. Deste modo, e como consequência, o dia prolongou-se para a noite, a noite ficou mais curta e passou a existir fora da sua hora. A fadiga é uma queixa comum, com repercussões negativas da carga excessiva de trabalho sobre o ciclo sono-vigília. Em consequência, as mudanças ocorridas nos hábitos dos cidadãos, pelo menos nos dos países da europa ocidental, têm implicado alterações constantes nos padrões de saúde e de doença dos indivíduos (Duarte, 2008).

Tem-se tornado evidente que as investigações sobre o sono e as suas perturbações são fundamentais para uma melhor compreensão do comportamento adaptativo humano durante a vigília (Gomes, 2005). Existem investigações que enfatizam o papel do sono no comportamento humano, nomeadamente na aprendizagem, na organização da memória e na estabilidade psicoafectiva, bem como em outras funções essenciais relacionadas com o equilíbrio do organismo humano e imprescindíveis na recuperação de todos os gastos durante a vigília. Compreende-se assim, que o ser humano ocupe um terço da sua vida a dormir, fator essencial para a sua sobrevivência (Paiva, 2008).

1.4.1. Classificação das perturbações do sono

Pensando reflexivamente sobre a evolução do conhecimento científico sobre o sono, nomeadamente a fisiologia e a patologia, a sua definição mudou ao longo dos últimos anos. As perturbações do sono estão definidas em três principais sistemas de classificação: o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV) (APA, 2002); a Classificação Internacional dos Distúrbios do Sono (International Classification of Sleep Disorders – ICSD) (American Academy of Sleep Medicine - AASM, 2001) e a Classificação

Internacional de Doenças (International Classification of Diseases – ICD-10) (OMS, 1993). Estas três classificações constituem manuais de referência que convergem, parcialmente, nas classificações das perturbações do sono (Rente & Pimentel, 2004). Salienta-se que o ICD-10 é semelhante ao DSM-IV no que toca a termos e códigos (APA, 2002). Por outro lado, é, também, possível estabelecer uma conexão entre o DSM-IV e a ICSD, ou seja, o DSM-IV descreve a relação com os critérios de diagnóstico para investigação da ICD-10, que por sua vez, apresenta compatibilidade a nível dos diagnósticos e códigos diagnósticos com o manual da ICSD (Azevedo, Ferreira, Silva, Coelho, & Clemente, 1992). No entanto, são manuais diferentes e apresentam pontos divergentes, nomeadamente no que diz respeito, a critérios inclusivos, para efeitos de estudos epidemiológicos, de diagnóstico e de interpretação de resultados sobre as diferentes perturbações do sono.

De todas as perturbações do sono descritas as insónias são as mais frequentes (AASM, 2001; APA, 2002; Kaplan, Sadock, & Grebb, 1997). Assim, as insónias inserem-se nas perturbações do sono referentes às dissónias, podendo ser consideradas primárias do início e/ou da manutenção do sono ou de excessiva sonolência e, podem ainda, ser caracterizadas por uma perturbação na quantidade, na qualidade ou horário do sono (APA, 2002).

O sistema de Classificação Internacional das Perturbações do Sono identifica os seguintes grupos nosológicos: dissónias; parassónias; perturbações do sono associadas a doenças somáticas e mentais e perturbações do sono mal definidas (AASM, 2001). As dissónias são o maior grupo entre as perturbações do sono com trinta e quatro perturbações, organizadas em três grupos:

- Intrínsecas - incluem-se neste grupo as insónias do tipo psicofisiológico, apneia obstrutiva do sono, entre outras.
- Extrínsecas - sendo as perturbações do sono causadas por fatores externos, provocando uma desadequação em relação aos requisitos do sono, outras vezes relacionada com ingestão de álcool, drogas ou outros tipos de estimulantes ambientais;
- Circadianas - todas as perturbações circadianas do sono têm uma base cronobiológica, que surge quando o ritmo do indivíduo está desfasado do ritmo da vida laboral ou social – o doente não consegue dormir quando pode e ocorrem múltiplos episódios de sonolência ou mesmo adormecimento em momentos ditos “inapropriados”. Os exemplos mais comuns são o trabalho por turnos e o jet-lag (AASM, 2001; Rente & Pimentel, 2004).

O DSM-IV-TR (APA, 2002) caracteriza-se por uma classificação psiquiátrica que organiza as perturbações do sono em quatro secções de acordo com a presumível etiologia: perturbações primárias do sono; perturbações do sono relacionadas com outra perturbação mental; perturbações do sono devido a um estado físico geral e perturbação do sono induzida por substâncias (APA, 2002). As perturbações primárias do sono são aquelas em que nenhuma das etiologias referidas (isto é, outra perturbação mental, um estado físico geral, ou uma substância) é responsável. Estão subdivididas em dissónias e parassónias. As dissónias incluem a insónia primária, hipersónia primária, narcolepsia, perturbação do sono relacionada com a respiração, perturbação do ritmo circadiano do sono e dissónia sem outra especificação (APA, 2002). Embora possam utilizar critérios de diagnóstico diferentes, a insónia primária de que fala a DSM-IV-TR é muito semelhante à insónia psicofisiológica proposta pela ICSD, particularmente em termos de ativação e dos fatores condicionantes, definindo como característica essencial a queixa de dificuldade em iniciar ou manter o sono, e a sensação de sono não reparador, durante pelo menos um mês (critério A). Contudo, os momentos temporais para a ICSD baseiam-se nos sintomas ocorrendo no presente, no último mês, no último ano ou ao longo da vida; a perturbação do sono causa mal-estar clinicamente significativo ou dificuldades no funcionamento social, ocupacional ou noutra área importante (critério B); a perturbação do sono não ocorre exclusivamente durante a evolução de outra perturbação do sono (critério C) ou perturbação mental (critério D) e não se deve aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou de um estado físico geral (APA, 2002).

A ICD-10 agrupa as perturbações do sono em categorias diferentes:

- Perturbações do início e da manutenção do sono;
- Sonolência excessiva ou hipersónia;
- Ciclo sono - vigília;
- Apneia do sono;
- Narcolepsia e cataplexia;
- Outras perturbações do sono;
- Perturbações do sono não especificadas (OMS, 1993).

Considerando que a insónia se define pelo sentir repetidamente dificuldade em iniciar e/ou manter o sono (insónia inicial e de manutenção), despertar precoce (insónia terminal) ou sono não reparador (APA, 2002) a insónia pode ser considerada ligeira, média ou grave,

dependendo da duração, frequência e intensidade (AASM, 2001; Rente & Pimentel, 2004). Assim, insónia ligeira associa-se a uma queixa quase diária de insuficiente quantidade de sono ou não se sentir descansado após o período de sono habitual, sendo acompanhada por pouca ou nenhuma evidência de comprometimento funcional social ou ocupacional; insónia moderada é caracterizada pela mesma sintomatologia da insónia leve, contudo a queixa é diária e origina média ou moderada evidência de comprometimento funcional, social ou ocupacional; sendo que a insónia severa também apresenta a mesma sintomatologia da anterior, acompanhada de grave prejuízo na funcionalidade diurna (AASM, 2001). A gravidade da insónia está muitas vezes associada a sensações de falta de descanso, irritabilidade, ansiedade e fadiga ao longo do dia, agravando-se no sentido da insónia ligeira para a insónia severa (AASM, 2001).

O presente estudo incide num dos problemas de sono em particular que é a insónia. Este problema é definido pelo *International Classification of Sleep Disorders, version 2* (ICSD-2), como uma alteração, duração, consolidação ou qualidade do sono, que se traduz em alterações diárias do bem-estar. Trata-se de uma situação que não limita apenas ao período em que se presume ocorrer o sono (geralmente durante a noite), mas generalizada às vinte e quatro horas do dia. A queixa mais habitual da insónia é a dificuldade em iniciar ou manter o sono, que implica longos períodos de vigília noturna e, conseqüentemente, reduzida quantidade de sono noturno (Alves, 2005).

Os indivíduos com perturbações de sono evidenciam sinais clínicos do problema, nomeadamente dificuldades cognitivas, alterações da motivação, do desempenho, da atenção, da concentração, do estado de humor, elevados níveis de fadiga/cansaço e sonolência diurna (AASM, 2001). Muitos dos problemas do sono associam-se a comportamentos de risco e à falta de resposta ou a resposta inadequada às pressões e desafios do dia-a-dia, decorrentes da interação com contextos sociais cada vez mais latos e mais complexos exigidos às sociedades contemporâneas. Assim, consideram-se os problemas do sono, como um importante e prioritário problema de saúde pública (Ohayon & Partinen, 2002) cuja prevalência tem vindo a aumentar, de tal forma que esta temática assume atenção particular em numerosos países, entre os quais Portugal, (Amaral, 2013; Duarte, 2008; Roth, Roehrs, Silva, e Chase, 1999).

Um dos aspetos considerados nas pesquisas sobre o sono, foi quantificar as necessidades diárias de sono com vista a um adequado funcionamento durante o dia, do indivíduo. No entanto, parece existir uma insuficiência informativa acerca das noções relativas ao ritmo sono-vigília e das regras de higiene de sono (Gomes, 2005), comprovando a conceção generalizada de que o tempo dedicado ao sono é considerado uma perda de tempo

(Lavie, 1998). Desta maneira, parece existir uma tendência a reduzi-lo em prol de atividades supostamente prioritárias, tais como o trabalho (Gomes, 2005). Alguns especialistas alertam para a forma como algumas pessoas negligenciam, de forma advertida, o sono, sobretudo nas sociedades ditas desenvolvidas, afirmando mesmo que se tornou vulgar a redução do tempo de sono, com menosprezo pelos possíveis efeitos que lhe estão associados (Gomes, 2005; Lavie, 1998).

Embora os estudos e as reflexões sobre o sono e a vigília remontem à antiguidade, a sua investigação baseada em pressupostos científicos propriamente ditos, apenas surgiu no início do século XX. Este adiamento deveu-se a vários motivos, entre os quais a conceção passiva do sono e a ausência de instrumentos e métodos objetivos para o seu estudo (Gomes, 2005). Assim, a partir da segunda metade do século XX, e segundo Lavie (1998), deu-se uma autêntica revolução no estudo científico do sono. Sendo este autor, é um fenómeno complexo, uma vez que durante o sono são executados e desenvolvidos vários processos biológicos, que no seu conjunto são essenciais à sobrevivência do Homem. Uma definição simples não explica o seu real significado, sendo necessário considerar um vasto conjunto de variáveis (Lavie, 1998). Neste sentido, Gomes (2005) considerou as seguintes premissas, para melhor entendermos a sua essência:

- O sono é considerado uma função vital básica;
- O sono é um estado reversível, podendo suceder o sono à vigília e vice-versa;
- O sono é um fenómeno cíclico, pois sono e vigília alternam-se, de forma cíclica e de modo periódico e regular em ciclos de vinte e quatro horas;
- Durante o sono há ausência, quase total, de movimento;
- O sono implica uma ampliação do limiar para responder a estímulos ambientais/externos;
- Durante o sono existe uma atividade psicológica designada por “sonho”;
- Durante o sono ocorrem modificações na atividade cerebral e noutras dimensões psicofisiológicas.

O ciclo sono-vigília dos adultos é um ritmo circadiano, ou seja, é um ciclo que se completa num período de vinte e quatro horas na presença de sinais ambientais que o sincronizem, sendo que, na ausência desses sinais, passa a expressar a ritmicidade endógena que, no caso, é de aproximadamente vinte e cinco horas (Rente & Pimentel, 2004). Desta

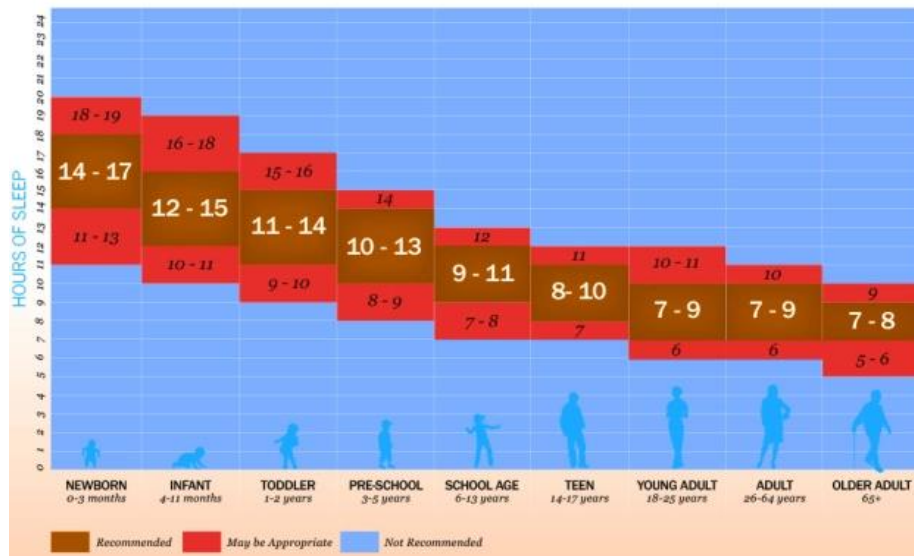
forma, facilmente se compreende a possibilidade de existir uma grande variedade de padrões de ciclo sono-vigília nos seres humanos, devendo-se, estas diferenças, a características individuais e ambientais.

Assim, é expectável que o número médio de horas necessárias de sono, bem como a estrutura do próprio sono ao longo do ciclo de vida, também varie desde o nascimento até à morte (Rente & Pimentel, 2004).

Vários autores consideram que a duração normal do sono no adulto jovem, deve ser de sete horas. Contudo, na realidade não se sabe quantas horas de sono são necessárias dado que as mesmas são uma característica individual, determinada geneticamente (Paiva, 2008) e influenciada por diversos fatores ambientais, nomeadamente os hábitos de vida. No que respeita à duração do sono, poderá ocorrer uma certa variabilidade individual. No entanto, cerca de 90% dos indivíduos saudáveis dormem entre sete e oito horas por noite, 5% precisam dormir menos de seis, e outros 5% precisam de dormir entre nove e dez horas (Paiva, 2008).

Segundo a *National Sleep Foundation* simultaneamente com um painel de peritos, em 2015 emitiu novas recomendações para a duração de sono aconselhada para os grupos etários (National Sleep Foundation. (2015). Então, um recém - nascido (0-3 meses) é recomendado um período de sono entre as 14 e as 17 horas, o lactente (4-11 meses) entre as 12 e as 15 horas, dos 1 aos 2 anos entre as 11 e as 14 horas, as crianças entre os 3-5 anos entre 10 e 13 horas, a criança em idade escolar (6-13 anos) entre 9-11 horas; o adolescente (14-17 anos) é recomendado um número de horas entre as 8-10 horas; o adulto jovem (18-25 anos) e o adulto (26-64 anos) entre as 7-9 horas, e por fim o idoso (≥ 65 anos) um período de sono recomendável de 7 a 8 horas (Cf. Figura 1).

Figura 1 - Número de horas de sono recomendadas ao longo do ciclo vital



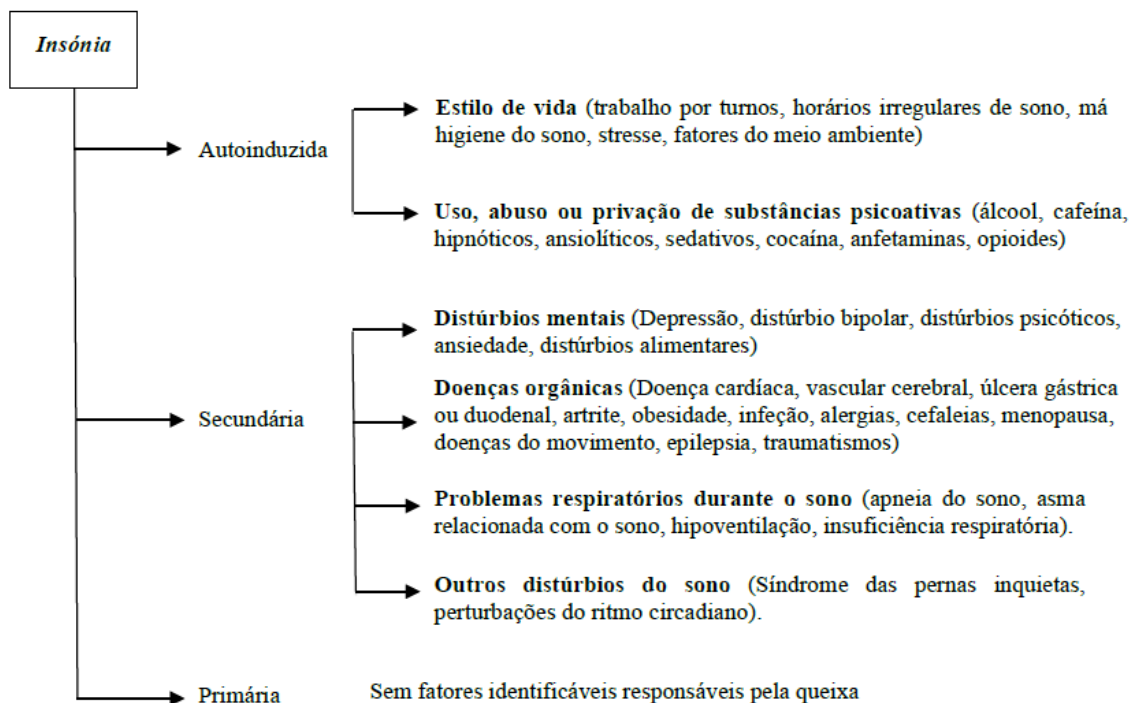
Fonte: National Sleep Foundation. (2015). Recommends new sleep times. Recuperado de <https://sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>

Estudos epidemiológicos têm evidenciado elevadas prevalências de perturbações do sono em diferentes populações e grupos etários. Estima-se que cerca de um terço da população mundial sofra de uma qualquer forma de perturbação do sono (Ohayon & Roth, 2001; Doghramji, 2004). De todas as perturbações do sono, a insónia, representando pelo menos 50% dos casos (Doghramji, 2004), é a mais frequente a nível mundial (Roth, et al., 2002).

Nos diversos estudos epidemiológicos realizados para avaliar a prevalência da insónia, tem-se registado grande variabilidade nas estimativas da prevalência, associada, em parte, à definição utilizada para estudar a insónia (Roth, 2007; Walsh, 2004). Num artigo de revisão, Ohayon e Partinen (2002), categorizaram os dados da prevalência da insónia em mais de quarenta estudos epidemiológicos e verificaram que quanto mais restritivos os critérios de diagnóstico, menor a prevalência. Assim, quando a definição de sintomas da insónia inclui consequências diurnas, estima-se que a prevalência possa variar entre 8 a 12% em adultos (Ohayon, 2002), sendo que as consequências diurnas são maiores em indivíduos com idades inferiores aos 65 anos (Léger & Bayon, 2010). Contudo, se estiverem presentes os critérios definidos pela DSM-IV, incluindo a persistência de sintomas de insónia, no período de pelo menos um mês, e excluindo a presença de outra perturbação do sono, perturbação mental, ou

efeitos fisiológicos diretos de uma substância ou condição médica, estima-se que a prevalência seja de aproximadamente 6% (Ohayon, 1997), sendo que outros estudos apontam para prevalências ainda mais baixas, a variarem entre os 4,4% e os 6,4% (Ohayon, 2002; Walsh, 2004). Dada a importância reconhecida dos problemas de sono (e mais especificamente da insônia), é necessário descortinar quais as variáveis associadas com a insônia para poder estabelecer alguns enunciados relativos à sua explicação para a presente investigação (ver Figura 2).

Figura 2 – Tipos de insônia e fatores de risco



Fonte: Ohayon MM. Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep Med* 2002; 6:97-111.

Segundo Gomes, Tavares, Pereira, e Azevedo (2008), as variáveis associadas às perturbações do sono podem ser classificadas em três grandes grupos: as *orgânicas*, onde se incluem as patologias físicas de que são exemplo a dor, e as patologias respiratórias, endócrinas e renais; as *comportamentais*, englobando os comportamentos alimentares, o exercício físico e o consumo de drogas sociais, tais como cafeína, tabaco e álcool e as *ambientais*, que contemplam o nível de ruído, a temperatura, a luminosidade e o tipo de

colchão. Os estilos de vida, como os horários sociais (trabalho e repouso), são também apontados por diversos investigadores, como fatores associados à qualidade do sono (Gomes, Tavares, Pereira, & Azevedo, 2008).

À semelhança da depressão e problemas de saúde mental, existem também estudos que têm demonstrado que a prevalência de insónia é estruturada pelo perfil sociodemográfico e pelos hábitos dos indivíduos (Chen et al., 2005; Ohayon & Segales, 2010). Nesses estudos é visível que a prevalência de insónia seja superior em indivíduos com menor nível de escolaridade, separados ou divorciados, com doenças médicas, sem prática de exercício físico regular, fumadores, trabalhadores por turno e naqueles que apresentam depressão, ansiedade ou abuso de substâncias.

A insónia pode ser uma deficiência primária em si mesma ou um sintoma de outras doenças. Quando crónica, é frequentemente associada a uma série de condições de saúde adversas (National Institute of Health, 2005). São numerosos os fatores apontados como fatores de risco para a insónia. As variáveis sociodemográficas, o género, a idade, o estado civil, e o estatuto socioeconómico, constituem importantes condições para a doença (Ohayon, 2002), sendo que, o género e a idade são os mais referenciados, com estimativas de prevalência de insónia duas vezes superiores nas mulheres (12% vs. 6,3%) (Léger & Bayon, 2010) e nos idosos (Roth, 2007). A agregação familiar, associada a fatores de natureza genética e/ou ambiental tem sido referida em alguns estudos (Bastien & Morin, 2000; Dauvilliers, et al., 2005). Os estilos de vida (Ohayon, 2002), determinadas características do trabalho (Roth, 2007), os elevados níveis de stresse no trabalho, o burnout (Carlotto & Palazzo, 2006), o uso ou privação de substâncias psicoativas como o tabaco, o álcool e estupefacientes (Ohayon, 2002), e outras variáveis relacionadas com a doença física e mental, nomeadamente a dor, a ansiedade e a depressão, têm sido reportados como fatores de risco (Taylor, Lichstein, Durrence, Riedel, & Bush, 2005).

A insónia, por causa da sua elevada prevalência e risco de cronicidade, está associada a uma significativa perda de qualidade de vida, uma vez que prejudica a segurança pessoal e degrada o desempenho social e profissional de milhões de pessoas em todo o mundo (Royal College of Physicians, 2011).

Desta maneira, as perturbações do sono, nomeadamente a insónia, apesar de serem problemas individuais, com redução das capacidades mentais, cognitivas e físicas, estabelecendo uma relação importante na capacidade de realização das atividades do quotidiano (Léger et al., 2001; Léger et al., 2002), também são universais, com grande

impacto socioeconómico, pela elevada morbidade e comorbidade (coexistência com uma ou mais condições médicas ou psiquiátricas) (Ohayon, 2009) e grande proporção de gastos com a saúde, devido a custos diretos (medicamentos, internamentos, entre outros), a custos indiretos (absentismo, diminuição da eficiência/qualidade, menor produtividade no trabalho (Bolge, Doan, Kannan, & Baran, 2009), aumento de riscos de acidentes (Metlaine, Léger, & Choudat, 2005; Roth, 2009) e a custos intangíveis associados, designadamente à pior qualidade de vida e à sintomatologia depressiva que lhe pode estar associada (Paiva, 2008; Roth, 2007). Contudo, é difícil fazer uma avaliação real dos custos associados à insónia, uma vez que a escassa informação em relação ao uso dos serviços de saúde e o grau de sobreposição de insónia com doenças somáticas e psiquiátricas é elevado (Léger & Bayon, 2010). Apesar de grande diversidade nas estimativas dos custos associados à insónia, parece ser consensual que estes são muitíssimo avultados (Roth, 2009). Assim, os custos diretos anuais associados à insónia nos Estados Unidos da América têm sido estimados em milhares de milhões de dólares, por si só ou em associação com determinadas comorbidades (ex. dor crónica, condições neurológicas, diabetes e doenças cardiovasculares) e perturbações de natureza psiquiátrica, designadamente a ansiedade e a depressão, que levam também a aumentos do uso dos serviços de saúde (Taylor, Lichstein, & Durrence, 2003). Foi ainda demonstrado que o mínimo de consultas médicas e o uso de medicação são mais elevados e a taxa de hospitalização aumenta para cerca do dobro (Léger et al., 2002).

A insónia afeta negativamente o funcionamento diurno, podendo ser o maior preditor de absentismo no trabalho (Leigh, 1991). Indivíduos com insónia apresentam o dobro das faltas, uma maior taxa de acidentes de trabalho, sendo a eficiência e a produtividade do trabalho inferior, com maior ocorrência de erros devido aos problemas de concentração e às dificuldades na realização de certas tarefas (Roth, 2009). As estimativas dos custos situam-se, nos Estados Unidos, entre 92,5 e os 107,5 mil milhões de dólares (Fullerton, 2006) e na Europa nos 35,4 mil milhões de euros (Wittchen, et al., 2011).

PARTE II – Metodologia

2. Metodologia

Foi realizado um estudo do tipo transversal. Esta metodologia permitiu-nos estimar a prevalência dos distúrbios de sono e da sintomatologia depressiva nos trabalhadores da plataforma bloco 3 Soyo, Angola. Concomitantemente permitiu-nos recolher informação sobre os fatores determinantes da insónia.

2.1. Participantes

O espaço amostral foi constituído por 102 trabalhadores *offshore* da plataforma petrolífera African Installer num total de 120 trabalhadores. A amostra apresenta uma média de idades de 39,13 e 99% são do sexo masculino. A seleção da amostra foi feita por conveniência uma vez que foram selecionados os trabalhadores *offshore* desta plataforma que estavam mais ao alcance do investigador.

2.2. Variáveis

No presente estudo as variáveis dependentes são a prevalência de insónia e a sintomatologia depressiva. Relativamente às variáveis independentes, estas são agrupadas em sete grupos:

- Variáveis sociodemográficas e socioeconómicas – sexo, idade, classe IMC, estado civil, habilitações literárias, número de filhos, número de mulheres, número de residências e nacionalidade;
- Variáveis relativas ao trabalho *offshore* – número de anos em plataformas *offshore*, número de anos na plataforma Bloco 3 e sistema de rotação;
- Variáveis relativas aos hábitos dos trabalhadores associados ao consumo de café, álcool e refrigerantes – se tomam ou não café, número de cafés diários, se tomam café após as 20 horas, consumo de álcool em terra, tipo de consumo, quais as bebidas alcoólicas consumidas, consumo de refrigerantes, quais os refrigerantes consumidos e frequência de consumo de refrigerantes;
- Variáveis relativas aos hábitos dos trabalhadores associados ao tabagismo e ao consumo de drogas – se é fumador, número de cigarros diários, idade que

começou a fumar, tempo que deixou de fumar e se alguma vez consumiu drogas;

- Variáveis relativas aos hábitos dos trabalhadores associados à Atividade Física, Doenças e Consultas médicas – se pratica atividade Física, sofre de alguma doença, quais as doenças, se foi consultado por algum médico em terra nos últimos 12 meses, consultas médicas e respetiva especialidade;
- Variáveis relativas à medicação para dormir – se já tomou alguma medicação para dormir, e caso tenha respondido afirmativamente se tomou alguma medicação para dormir nos últimos 12 meses e no último mês e quem receitou ou indicou o medicamento;
- Variáveis associadas ao padrão de sono – se considera o seu sono do último mês agitado de má qualidade ou superficial, qual o tempo que demora a adormecer depois de se deitar, a média de horas que dorme de noite, se sente que precisava de dormir mais do que o que dorme, se costuma acordar cansado, se sente dificuldade em acordar de manhã, qualidade do sono no último mês, dificuldade em manter-se acordado durante o dia, se durante o último mês sentiu sono durante o dia.

Insónia

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3th Edition (DSM-III)* *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition (DSM-IV)* e a Classificação Internacional dos Distúrbios do sono, baseiam-se em períodos temporais diferentes: sintomas que ocorrem no presente, no último mês, no último ano ou ao longo da vida. O DSM-IV define como critérios de insónia, a dificuldade em iniciar ou manter o sono, e a sensação de sono não reparador, por pelo menos um mês. Assim neste estudo as perguntas do questionário eram relativas ao último mês.

No nosso estudo foi adotada uma definição de prevalência de insónia de acordo com a quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, (DSM-IV), que consiste na presença de um ou mais dos seguintes critérios/sintomas: i) dificuldade em adormecer, ii) acordar frequentemente durante a noite e ter dificuldade em voltar a adormecer, iii) acordar muito cedo e não conseguir voltar a adormecer, iv) sono não restaurador, por um período de um mês.

No nosso estudo considerámos pelo menos um dos seguintes critérios para aferir a prevalência de insónia sendo avaliada com base nas últimas 4 semanas que antecederam a inquirição e ocorrendo pelo menos uma vez por semana.

O primeiro critério prende-se com a dificuldade em adormecer no último mês, tendo sido questionado aos elementos da amostra se estes ao longo do último mês têm tido dificuldade em adormecer. Se o trabalhador respondeu “Três ou mais vezes por semana” considera-se que este tem prevalência de insónia segundo este primeiro critério.

O segundo critério está associado com o facto de acordar frequentemente durante a noite e ter dificuldade em voltar a adormecer. Para aferir a prevalência deste critério foram utilizadas duas questões, uma primeira questão onde é questionado ao trabalhador se este, durante o último mês, tem acordado com frequência durante a noite e uma segunda questão onde é questionado se tem dificuldade em voltar a adormecer no caso de este ter respondido afirmativamente na questão anterior. Se o inquirido respondeu “Três ou mais vezes por semana” na primeira questão e “Tem dificuldade” na segunda questão considera-se que este tem prevalência de insónia segundo este segundo critério.

O terceiro critério está associado com o facto de acordar demasiado cedo e ter dificuldade em voltar a adormecer. Tal como no critério anterior foram utilizadas 2 questões, a primeira onde é questionado se acorda demasiado cedo durante o último mês e uma segunda questão onde é questionado se tem dificuldade em voltar a adormecer no caso de este ter respondido afirmativamente na questão anterior. Se o inquirido respondeu “Três ou mais vezes por semana” na primeira questão e “Teve dificuldade” na segunda questão considera-se que este tem prevalência de insónia segundo este terceiro critério.

Por último o quarto critério prende-se com o sono não reparador, i.e., dormir o número de horas suficientes durante a noite, contudo acordar cansado, como se o sono não tivesse sido suficiente e ter dificuldades em levantar-se de manhã. Para aferir este critério foram cruzadas as questões associadas ao número de horas dormidas em média durante a noite, idade e o sentir que precisava dormir mais com a questão acerca do trabalhador sentir acordar cansado e também a questão dificuldade em acordar de manhã. Se após a confirmação que o trabalhador dormiu o número de horas suficientes durante a noite através da análise do número de horas dormidas em média durante a noite, a sua idade e o sentir que precisava dormir mais, o inquirido respondeu que acorda cansado quase ou todos os dias e se ao mesmo tempo respondeu que tem dificuldade em acordar de manhã quase ou todos os dias, considera-se que este tem prevalência de insónia segundo este quarto critério.

Foi ainda criada uma variável associada à prevalência de insónia geral, a partir das quatro variáveis anteriores correspondentes a cada um dos quatro critérios referidos, considerando-se como tendo prevalência de insónia desde que um dos quatro critérios anteriores tenha prevalência de insónia.

Sintomatologia depressiva

A intensidade de depressão foi medida através Inventário Depressivo de Beck (BDI). O BDI foi desenvolvido por Beck et al., (1961). Os seus itens foram derivados da observação clínica de pacientes deprimidos em psicoterapia. Este inclui os sintomas mais específicos da depressão que se encontram nos critérios diagnósticos dos pacientes com depressão e na literatura sobre a depressão. O BDI foi traduzido e adaptado para a população portuguesa por Vaz Serra e Pio Abreu (1973). Trata-se de um questionário composto por 21 itens com 4 a 6 possibilidades de resposta cada (oscilando de 0 a 3 de acordo com a sintomatologia, sendo o valor 3 representativo de maior sintomatologia depressiva), a partir da qual o indivíduo escolhe a possibilidade que melhor descreve o seu estado atual.

Beck et al., (1996), sugeriram os seguintes valores de corte: valores entre 0 e 13 seriam próprios de sintomatologia depressiva “mínima”, valores entre 14 -19 seriam indicadores de sintomatologia “ligeira”, valores entre 20 – 63 revelam depressão “grave”.

Os 21 itens valorizam sintomas cognitivos da depressão nomeadamente: estado de ânimo triste, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, sentimento de culpabilidade, sentimento de punição, ódio a si mesmo, autoacusações, desejos suicidas, crises de choro, irritabilidade, afastamento social, incapacidade de decisão, distorção da imagem corporal, incapacidade de trabalhar, perturbações do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, hipocondria e diminuição da libido (Pais Ribeiro, 2007; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973).

Vaz Serra e Pio Abreu (1973) propõem o ponto de corte de 12 para a identificação da depressão. Diegas e Cardoso (1986) referem por sua vez a utilização dos seguintes pontos de corte: de 0 a 12: ausência de depressão; 12 a 18: depressão leve; de 18 a 24: depressão média; acima de 24: depressão grave.

2.3. Instrumento de recolha de dados

Neste estudo a informação foi recolhida com recurso a um questionário, respondido individualmente por cada trabalhador *offshore* da plataforma petrolífera bloco 3, sendo este constituído por questões de caracterização sociodemográfica da amostra, de hábitos dos inquiridos e questões que permitiram determinar a prevalência dos distúrbios de sono e sintomatologia depressiva através de um inventário de depressão nestes trabalhadores em plataformas *offshore*.

O questionário inicia-se com uma breve introdução onde são explicados os objetivos do estudo e solicitada a participação dos trabalhadores. Nesta introdução é também garantida a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos.

O questionário é constituído por uma primeira secção de caracterização sociodemográfica. Esta secção além de incluir avaliação de variáveis demográficas como o sexo, a idade e o estado civil, inclui também avaliação de variáveis antropométricas peso em quilogramas e altura em metros, autodeclarados, que servem para calcular o índice de massa corporal – IMC (Kg/m^2). Foram ainda recolhidos nesta secção dados relativos às habilitações literárias e a atual situação profissional, nomeadamente tempo de serviço em *offshore* e o sistema de rotação.

A segunda secção é constituída por questões direcionadas à caracterização dos hábitos, nomeadamente os hábitos de sono, as insónias, o tabagismo, exercício físico, o consumo de álcool, refrigerantes e de café e a toma de medicação que são fatores determinantes que podem provocar distúrbios de sono.

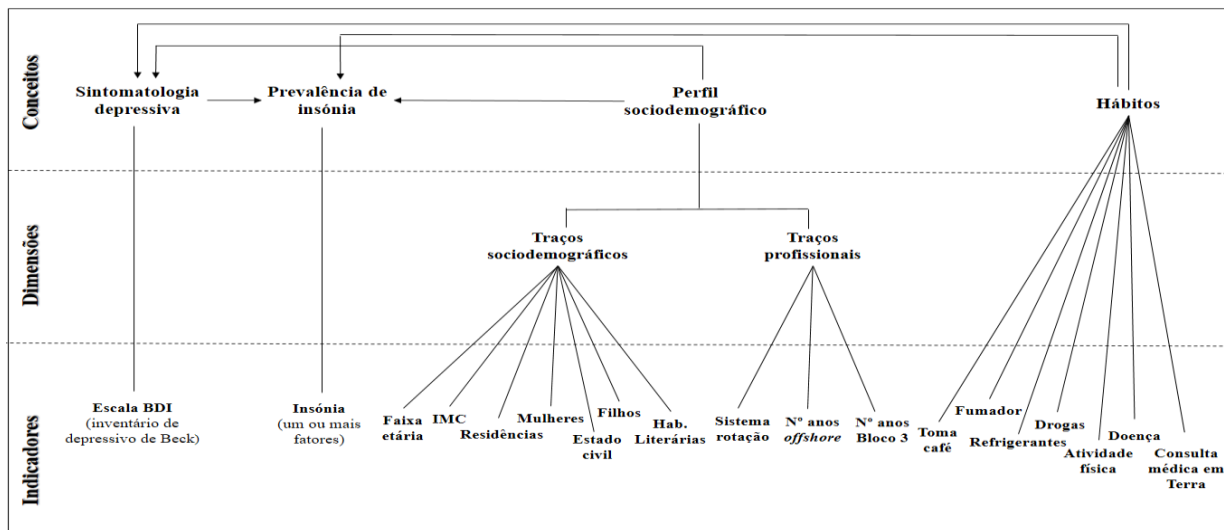
A terceira secção é constituída pelo Inventário Depressivo de Beck (BDI). O BDI foi desenvolvido por Beck *et al* (1961) para avaliar a intensidade de depressão.

Mencione-se que o questionário aplicado neste estudo foi auto-administrado com instruções de preenchimento, a maior parte das suas questões são fechadas para facilitar a codificação e o tratamento quantitativo, e trata-se de um questionário relativamente breve com cerca de 13 minutos de duração. Procedeu-se a um pré-teste com quatro pessoas a fim de avaliar como as questões e as respostas são compreendidas e a fim de evitar incompreensões e equívocos, sendo que não foi necessário realizar qualquer tipo de reajustamento e reformulação de questões.

2.4. Modelo de análise

Com a informação do teor do questionário, e do posicionamento de dependência/independência das variáveis no estudo, cabe agora apresentar o modelo de análise (conceitos, dimensões e indicadores).

Figura 2 – Modelo de análise



Objetivos

Tabela 1 – Referências que estudaram o impacto de variáveis sociodemográficas e de hábitos com a saúde mental

Objetivos	Enunciação	Referências para fundamentação
1	Verificar a influência dos fatores sociodemográficos dos trabalhadores <i>offshore</i> na prevalência de depressão	Kessler (2010), Andrade et al. (2003), Andrade et al. (2002), Gabilondo et al. (2009), WHO (2000), Andrews, Henderson e Hall (2001), Bromet et al. (2011), Ferreira e Ferreira (2014), HSE (2017).
2	Verificar a influência dos hábitos dos trabalhadores <i>offshore</i> na prevalência de depressão	Reichert et al. (2010), Lindeman et al. (2000).
3	Verificar a influência dos fatores sociodemográficos dos trabalhadores <i>offshore</i> na prevalência de insônia	Chen et al. (2005), Timossi, Leite, Osiecki, Cavazza, Cieslak e Osiecki (2014).
4	Verificar a influência dos hábitos dos trabalhadores <i>offshore</i> na prevalência de insônia	Ohayon (2002), Ohayon e Segales (2010), Chen et al. (2005).
5	Verificar se a prevalência de depressão dos trabalhadores <i>offshore</i> influencia a prevalência de insônia	Ohayon (2002)

2.5. Procedimento estatístico

Procedeu-se à análise descritiva da amostra através de tabelas de frequência (no caso das variáveis de natureza qualitativa) e à análise da média e desvio padrão (no caso das variáveis de natureza quantitativa).

Para averiguar se existem diferenças estatisticamente significativas na escala BDI consoante as variáveis sociodemográficas (faixa etária, tempo de trabalho, habilitações literárias, etc.) e conforme as variáveis comportamentais (tomar café, tabagismo, consumo de refrigerantes, consumo de álcool, etc.), perspetivou-se a realização de testes paramétricos para a comparação de grupos, nomeadamente testes t de *student* para comparação de médias de duas amostras independentes² (para comparação de dois grupos independentes) e testes 1-way ANOVA³ (para comparação de três ou mais grupos independentes). Quando não se verificou o pressuposto da normalidade populacional (quer pela rejeição da hipótese de normalidade populacional dos grupos, quer pela impossibilidade de invocar o teorema do limite central⁴), adotaram-se as alternativas não paramétricas dos testes Mann-Whitney⁵ e Kruskal-Wallis⁶.

No que diz respeito à análise da fiabilidade da escala BDI, recorreu-se à análise da sua consistência interna através do cálculo do *alpha* de Cronbach⁷ (Cronbach, 1951).

² Compara os valores médios de uma variável quantitativa em dois grupos independentes, ou seja, aplica-se sempre que se pretenda comparar as médias de uma variável quantitativa em dois grupos diferentes de sujeitos. A hipótese estatística deste teste é dado por:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2; H_1: \mu_1 \neq \mu_2$$

Invocou-se o teorema do limite central, que permite assumir que a distribuição da amostragem da média pode ser aproximada por uma distribuição normal, dispensando-se assim a validação do pressuposto de normalidade populacional para a utilização de testes paramétricos.

³ A hipótese estatística deste teste é dado por:

$$H_0: \mu_1 = \mu_2 = \mu_3; H_1: \mu_i \neq \mu_j \text{ para algum } i \neq j$$

⁴ Para amostras com $n > 30$ - teorema do limite central permite assumir que a distribuição da amostragem da média pode ser aproximada por uma distribuição normal, dispensando-se assim a validação do pressuposto de normalidade populacional para a utilização de testes paramétricos.

⁵ Hipóteses a testar:

$$H_0: \text{As duas amostras são provenientes de uma população com a mesma distribuição } (H_0: \theta_1 = \theta_2)$$

$$H_1: \text{As duas amostras são provenientes de populações com distribuições distintas } (H_1: \theta_1 \neq \theta_2)$$

⁶ A hipótese estatística deste teste é dado por:

$$H_0: \theta_i = \theta_j$$

$$H_1: \theta_i \neq \theta_j \text{ para algum } i \neq j$$

⁷ Medida de consistência interna que permite apurar quão bem um dado conjunto de itens (ou variáveis) está a medir um único construto latente unidimensional. Não havendo regras absolutas, alguns autores como Maroco (2011) apontam os seguintes valores como referência:

< 0,5 – Inaceitável;

0,5 a 0,6 – Pobre;

Para verificar se existe relação entre as variáveis sociodemográficas e comportamentais e a prevalência de insônia, a opção metodológica recaiu sobre a utilização de testes de independência do Qui-quadrado χ^2 ⁸, uma vez que a variável explicativa é de natureza qualitativa. Nos cruzamentos que resultaram em tabelas de contingência 2x2, o teste examinado foi o teste exato de Fischer.

Todos os procedimentos estatísticos foram efetuados com recurso ao *software* IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*), versão 22.0.

0,6 a 0,7 – Questionável;
0,7 a 0,8 – Aceitável;
0,8 a 0,9 – Bom;
> 0,9 – Excelente.

⁸ As hipóteses do teste de Independência do Qui-Quadrado são:

H₀: As duas variáveis são independentes;

H₁: Existe uma relação de dependência entre as duas variáveis.

Este teste pressupõe que nenhuma célula da tabela tenha frequência esperada inferior a um e que não mais de 20% das células tenham frequência esperada inferior a 5 unidades.

3. Resultados

A apresentação dos resultados contempla num estágio inicial, a análise descritiva para caracterizar a amostra em todos os seus indicadores, para que se possa partir para a inferência estatística com o total conhecimento da amostra.

3.1. Caracterização sociodemográfica da amostra

A amostra em estudo, nomeadamente no que se refere às suas características sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, habilitações literárias, número de filhos e mulheres, tempo a trabalhar em *offshore* e no bloco 3, sistema de rotação, nacionalidade e número de residências) é apresentada na Tabela 2. Pela análise podemos verificar que apenas um trabalhador é do sexo feminino, sendo 99,0% do sexo masculino.

No que se refere à idade, os trabalhadores apresentam uma média de 39,13 anos e um desvio padrão de 6,874 anos, oscilando entre os 26 e os 59 anos. Quando enquadrados em quatro classes etárias, relativamente homogéneas, verifica-se que 31,0% dos trabalhadores têm uma idade inferior aos 35 anos, 25,0% encontram-se na faixa entre os 35 e os 39 anos, 26,0% estão na faixa entre os 40 e os 44 anos, e 18,0% têm 45 ou mais anos. De entre os dados antropométricos, o peso dos trabalhadores da amostra oscila entre os 56 e os 108 quilogramas (Kg) com uma média de 85,40 Kg e um desvio padrão de 8,919 Kg. A altura oscila entre os 1,64 metros (m) e os 1,87 m, com uma média de 1,76 m e o desvio padrão de 0,049 m. As variáveis antropométricas, peso em quilogramas e altura em metros, serviram para calcular o índice de massa corporal - IMC (Kg/m^2). Assim foi possível inferir que no que concerne ao índice de massa corporal, este oscila entre os 19,84 e os 33,17 Kg/m^2 , sendo a média de 27,59 Kg/m^2 e o desvio padrão de 2,455 Kg/m^2 . A partir destes valores de IMC constatámos que estes enquadram-se em 3 das classes existentes, sendo que 63,0% se situa na pré-obesidade, 20,0% na obesidade classe 1 e 17,0% dos trabalhadores tem um peso normal.

Os trabalhadores, na sua maioria, são casados (75,0%) ou solteiros (22,0%), sendo os restantes separados (3,0%). No que diz respeito às habilitações literárias, a significativa maioria dos trabalhadores da amostra possui o ensino médio 5^a-12^a (83,0%), existindo 8,0% com o ensino primário. Apenas 7,0% revelaram ter um curso superior e apenas 2,0% dos trabalhadores possuía um curso profissional. Quando inquiridos acerca do seu agregado

familiar, a maioria dos trabalhadores da amostra revelou ter três ou mais filhos (55,0%) ou dois filhos (27,0%). Apenas 11,0% afirmou ter apenas um filho e 7,0% dos trabalhadores indicaram não ter nenhum filho. Ainda no que se refere ao agregado familiar, os trabalhadores foram questionados relativamente ao número de mulheres que tinham, assim constatou-se que apesar de 54,0% ter indicado ter apenas uma mulher e 11,0% ter referido não ter qualquer mulher, um número considerável de trabalhadores indicou ter 2 mulheres (24,0%) ou mesmo 3 ou mais mulheres (11,0%). Quando inquiridos acerca do número de residências que possuem, 47,0% referiu ter uma residência, 33,0% duas residências e 16,0% três ou mais residências. Os trabalhadores em estudo são maioritariamente de nacionalidade angolana (90,0%) existindo, porém 10,0% de trabalhadores de nacionalidade portuguesa.

Tabela 2 - Dados sociodemográficos dos elementos da amostra

	n	%
Sexo	100	
Masculino	99	99
Feminino	1	1
Grupo etário	100	
<35 anos	31	31
35-39 anos	25	25
40-44 anos	26	26
≥ 45anos	18	18
IMC	100	
Peso normal (18,5 – 24,9)	17	17
Pré-obesidade (25,0 – 29,9)	63	63
Obesidade classe 1 (30,0 – 34,9)	20	20
Estado Civil	100	
Solteiro	22	22
Casado	75	75
Separado	3	3
Habilitações Literárias	100	
Ensino primário	8	8
Ensino médio 5 ^a -12 ^a	83	83
Curso profissional	2	2
Ensino Superior	7	7
Número de Filhos	100	
Sem filhos	7	7
1 filho	11	11
2 filhos	27	27
3 ou mais filhos	55	55
Número de Mulheres	100	
Sem mulheres	11	11
1 mulher	54	54
2 mulheres	24	24
3 ou mais mulheres	11	11
Número de residências	100	
Nenhuma residência	4	4
1 residência	47	47
2 residências	33	33
3 ou mais residências	16	16
Nacionalidade	100	
Angolana	90	90
Portuguesa	10	10

De acordo com a Tabela 3, relativamente ao número de anos que estes trabalhadores já exercem a sua profissão em *offshore*, inferiu-se que este oscila entre 1 e 30 anos com uma média de 9,98 anos e um desvio padrão de 5,561 anos. Quando enquadrados em 4 classes, a maioria refere fazê-lo há 10 ou mais anos (51,0%), verificando-se que os restantes já o fazem há 5 a 9 anos (31,0%), há 2 a 4 anos (15,0%) verificando-se que apenas 3,0% o faz há um ano ou menos tempo. No que se refere especificamente à plataforma onde os trabalhadores exercem a sua atividade (bloco 3), o número de anos oscila entre 0,33 anos (4 meses) e 20 anos, com uma média de 5,01 anos e um desvio padrão de 3,814 anos. Quando enquadrados em 4 classes 43,0% fazem-no há 2 a 4 anos e 29,0% há 5 a 9 anos, verificando-se que 16,0% o fazem há um ano ou menos tempo e 12,0% há 10 ou mais anos. O sistema de rotação mais utilizado é o de 4 semanas (76,0%), seguindo-se o de 3 semanas (16,0%). Apenas 6,0% dos trabalhadores têm um sistema de rotação de 5 semanas e 2,0% têm um sistema de rotação de 2 semanas.

Tabela 3 – Dados associados à atividade em *offshore*

	n	%
Número de anos em <i>offshore</i>	100	
1 ou inferior	3	3
2 – 4 anos	15	15
5 – 9 anos	31	31
10 ou mais anos	51	51
Número de anos na plataforma Bloco 3	100	
1 ou inferior	16	16
2 – 4 anos	43	43
5 – 9 anos	29	29
10 ou mais anos	12	12
Sistema de rotação	100	
14 dias (2 semanas)	2	2
21 dias (3 semanas)	16	16
28 dias (4 semanas)	76	76
35 dias (5 semanas)	6	6
Nacionalidade	100	
Angolana	90	90
Portuguesa	10	10
Número de residências	100	
Nenhuma residência	4	4
1 residência	47	47
2 residências	33	33
3 ou mais residências	16	16

3.2. Caracterização dos hábitos

Esta secção diz respeito à caracterização de alguns dos hábitos dos trabalhadores *offshore*, nomeadamente os hábitos de consumo de álcool, refrigerantes e café, tabagismo, exercício físico, se têm problemas de saúde, se foram a algum médico, toma de medicação, bem como os hábitos de sono e insónias.

Segundo a Tabela 4, pode constatar-se que 55,0% tem por hábito tomar café, sendo que destes aproximadamente um terço (34,5%) toma entre um a dois cafés por dia, 29,1% refere tomar 3 cafés, e 36,4% afirmam tomar 4 ou mais cafés diariamente. Apenas 16,4% destes trabalhadores declaram tomar café, todas ou quase todas as noites, e verifica-se que 58,2% dos inquiridos afirma nunca ou raramente tomar café após as 20 horas.

Tabela 4 – Hábitos dos trabalhadores *offshore* – Consumos de bebidas

	n	%
Tomar café	100	
Não toma café	45	45
Toma café	55	55
Cafés diários	55	
1-2 cafés	19	34,5
3 cafés	16	29,1
4 ou mais cafés	20	36,4
Cafés diários - Média 3,42 cafés (desvio padrão 1,84 cafés); Min: 1; Max: 10		
Café após as 20 horas	55	
Nunca	12	21,8
Raramente	20	36,4
Às vezes	14	25,5
Quase todas as noites	5	9,1
Todas as noites	4	7,3
Consumo de álcool em terra	100	
Não	16	16
Sim, ocasionalmente	38	38
Sim, todas as semanas	32	32
Sim, todos os dias	14	14
Tipo de consumo	84	
Bebe pouco	23	27,4
Bebe moderadamente	58	69
Bebe em excesso	3	3,6
Bebidas consumidas	84	
Cerveja	58	69
Vinho	32	38,1
Bebidas brancas	28	33,3
Outras (Capuca/Marula)	3	3,6
Consumo de refrigerantes	100	
Não consomem refrigerantes	25	25
Consumem refrigerantes	75	75
Refrigerantes por semana: Média 2,39 (desvio padrão 0,69); Min: 1; Max: 4		
Refrigerantes consumidos	75	
Coca-cola	50	66,7
Fanta	31	41,3
Blue	35	45,3
Outros (Compal, IceTea, 7UP, RedBull, ...)	10	13,3
Média de refrigerantes semanais	75	
1 refrigerante	8	10,7
2 refrigerantes	31	41,3
3 refrigerantes	35	46,7
4 ou mais refrigerantes	1	1,3

Quando questionados sobre se costumam consumir bebidas alcoólicas quando estão em terra, 84,0% responderam afirmativamente, sendo, no entanto 38,0% um consumo ocasional. Estes trabalhadores indicaram na sua maioria ter um consumo moderado (69,0%) sendo a bebida mais vezes referida a cerveja (69,0%), seguida do vinho (38,1%) e das bebidas brancas (33,3%) (cf. Tabela 5). Cerca de 75,0% dos trabalhadores sob estudo referiram ter por hábito o consumo de refrigerantes, sendo que os mais referidos são a Coca-cola (66,7%), seguida da Blue (45,3%) e da Fanta (41,3%). Estes trabalhadores, na sua grande maioria (89,0%), afirmaram ter uma média de consumo semanal de apenas 2 ou 3 refrigerantes.

No que concerne ao consumo de tabaco apenas 22,0% afirma ser fumador, embora destes apenas 31,8% refira consumir 20 ou mais cigarros diariamente. Dos trabalhadores que têm este hábito, 72,7% declaram ter iniciado o seu consumo antes dos 18 anos. Foi também questionado aos indivíduos da amostra se alguma vez haviam consumido drogas, tendo 37,0% respondido afirmativamente. Relativamente à atividade física, 32,0% dos inquiridos referiu não ter por hábito a sua prática, no entanto 46,0% dos trabalhadores da amostra responderam ter por hábito fazerem-no às vezes, e 22,0% frequentemente (cf. Tabela 5). Apenas 14,0% dos trabalhadores *offshore* inquiridos responderam sofrer de uma doença ou doenças, sendo que a mais referida foi a hipertensão (42,9%). É de salientar que 91,0% dos inquiridos afirmou ter sido consultado por um médico nos últimos 12 meses, sendo a especialidade mais referida a de clínica geral (78,0%)

Tabela 5 - Hábitos dos trabalhadores *offshore* – consumos tabaco e droga, atividade física e clínica

	n	%
Fumador	100	
Não é fumador	78	78
É fumador	22	22
Número de cigarros diários	22	
Menos de 20 cigarros	15	68,2
20 ou mais cigarros	7	31,8
Cigarros diários: Média 15,64 (desvio padrão 8,52); Min: 2; Max: 40		
Idade que começou a fumar	22	
10 aos 12 anos	5	22,7
13 aos 17 anos	11	50
Após os 18 anos	6	27,3
Tempo que deixou de fumar	14	
Há menos de 12 meses	3	21,4
Há 12 a 24 meses	5	35,7
Há mais de 10 anos (12 meses)	6	42,9
Alguma vez consumiu drogas	100	
Nunca consumiu drogas	63	63
Já consumiu drogas	37	37
Pratica atividade física	100	
Não	32	32
Sim, às vezes	46	46
Sim, frequentemente	22	22
Sofre de alguma doença	100	
Não sofre de qualquer doença	86	86
Sofre de doença (s)	14	14
Doenças	14	
Hipertensão	6	42,9
Outra (Ansiedade, Chikungunya, Dentária, Malária e Sinusite)	8	57,1
Consultado em terra nos últimos 12 meses por um médico	100	
Não foi consultado por nenhum médico	9	9
Foi consultado por um médico	91	91
Especialidade da consulta	91	
Medicina interna	5	5,5
Clínica geral	71	78
Medicina dentária	19	20,9

Relativamente à toma de medicamentos para dormir, 25,0% dos inquiridos refere já o ter feito, sendo que destes 72,0% afirma tê-lo feito nos últimos 12 meses. De notar, no entanto, que apenas 24,0% referiu tê-lo feito às vezes no último mês, e apenas 12,0% o fez de forma frequente neste período (cf. Tabela 6). Quando questionados acerca de quem receitou o medicamento para dormir apenas 40,0% referiu que tenha sido um médico, tendo 56,0% afirmado ter sido um familiar/amigo a indicar a medicação administrada. De uma forma geral, 78,0% dos trabalhadores consideram o seu sono do último mês agitado, de má qualidade ou superficial verificando-se, no entanto, que apenas 16,0% dos inquiridos referem este sono ocorrido três ou mais vezes por semana. O tempo que os trabalhadores da amostra alegam demorar a adormecer oscila entre os 5 e os 45 minutos, com uma média de 22,20 minutos e um desvio padrão de 9,701 minutos. Assim, é possível inferir que apenas 31,0% afirmam demorar mais de 30 minutos a adormecer depois de se deitar, com o intervalo mais frequente a ocorrer entre os 15 e os 30 minutos (52,0%). No que concerne o número de horas que referem dormir por noite, este oscila entre as 5 e as 8 horas com a média a situar-se nas 6,35 horas, com um desvio padrão de 0,881 horas. Assim, enquadrando o número de horas que afirmam dormir por noite em 3 classes, concluímos que cerca de 43,0% afirma dormir seis horas por noite e 39,0% sete ou mais horas, com os restantes 18,0% a alegarem dormir menos de 6 horas por noite. Cerca de 32,0% dos inquiridos referiu precisar de dormir mais do que dorme todas ou quase todas as noites, com apenas 23,0% a indicar nunca ou raramente precisar de o fazer.

Quando questionado acerca do seu estado de cansaço quando acordam, 53,0% refere costumar acordar às vezes cansado e 53,0% também afirmam sentir dificuldade em acordar de manhã às vezes. De uma forma geral, os trabalhadores da amostra avaliam medianamente a qualidade geral do seu sono (42,0%) com os restantes trabalhadores da amostra a avaliarem de uma forma relativamente equitativa de uma forma positiva ou negativa. Quando questionados sobre se sentem dificuldades em manterem-se acordados durante o dia, apenas 14,0% refere nunca sentir dificuldades, sendo a resposta mais comum com 48,0% a de sentirem às vezes dificuldade em manterem-se acordados durante o dia. Restringindo ao último mês a questão de se sentirem com sono durante o dia, 86,0% dos inquiridos responderam ter sentido sono durante o dia, embora destes, apenas 23,0% foi de uma forma frequente ou tendo mesmo já adormecido

Tabela 6 – Padrões de sono em trabalhadores *offshore*

	n	%
Considera o seu sono do último mês agitado, de má qualidade ou superficial?	100	
Nunca	20	20
Menos de uma vez por semana	27	27
Uma ou duas vezes por semana	37	37
Três ou mais vezes por semana	16	16
Tempo que demora a adormecer depois de se deitar	100	
Menos de 15m	15	15
15m - 30m	53	53
30m ou mais	32	32
Média de horas que dorme de noite	100	
Menos de 6 horas	18	18
6 horas	43	43
7 ou mais horas	39	39
Sente que precisava de dormir mais do que dorme?	100	
Nunca	7	7
Raramente	12	12
Às vezes	49	49
Quase todas as noites	28	28
Todas as noites	4	4
Costuma acordar cansado?	100	
Nunca	10	10
Raramente	30	30
Às vezes	54	54
Quase todos os dias	6	6
Sente dificuldade em acordar de manhã?	100	
Nunca	5	5
Raramente	17	17
Às vezes	55	55
Quase todos os dias	19	19
Todos os dias	4	4
Como avalia a qualidade geral do seu sono último mês?	100	
Péssimo	2	2
Mau	22	22
Assim/assim	44	44
Bom	29	29
Ótimo	3	3
Sente dificuldade em manter-se acordado durante o dia?	100	
Nunca	14	20
Raramente	27	23
Às vezes	52	48
Frequentemente	7	7
No último mês sentiu sono durante o dia?	100	
Não, nunca	14	14
Sim, às vezes	63	63
Sim, frequentemente	21	21
Sim, até já adormeci	2	2
Medicamento para dormir	100	
Não	75	75
Sim	25	25
Medicamento para dormir (12 meses)	25	
Não	7	28
Sim	18	72
Medicamento para dormir (último mês)	25	
Não	16	64
Sim, às vezes	6	24
Sim, frequentemente	3	12
Quem receitou/ indicou o medicamento para dormir?		
Familiar/amigo	14	56
Farmacêutico	1	4
Médico	10	40

3.3. Análise inferencial

Para os resultados dos testes é importante conhecer como se comporta a variável dependente - Inventário Depressivo de Beck (BDI) e os itens que a compõem na amostra.

Tabela 7 - Inventário Depressivo de Beck (BDI)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
BDI Score Final	100	0	35	6,13	6,47
Incapacidade de decisão	100	0	3	<u>0,70</u>	<u>0,91</u>
Perda de apetite	100	0	3	<u>0,54</u>	<u>0,67</u>
Irritabilidade	100	0	3	0,49	<u>0,92</u>
Alteração do padrão de sono	100	0	3	<u>0,46</u>	<u>0,67</u>
Sentimento de punição	100	0	3	0,42	0,70
Distorção da imagem corporal	100	0	2	0,36	0,73
Hipocondria	100	0	3	0,35	0,61
Factibilidade	100	0	2	0,30	0,50
Afastamento social	100	0	3	0,29	0,67
Choro	100	0	3	0,28	0,75
Pessimismo	100	0	2	0,26	0,53
Insatisfação	100	0	3	0,25	0,56
Autoacusação	100	0	2	0,24	0,59
Incapacidade para trabalhar	100	0	1	0,24	0,43
Diminuição da libido	100	0	2	0,21	0,46
Sentimento de Fracasso	100	0	2	0,20	0,59
Sentimento de Culpabilidade	100	0	3	0,18	0,63
Ódio a si mesmo	100	0	2	0,15	0,41
Humor	100	0	3	0,13	0,49
Perda de peso	100	0	2	0,06	0,31
Desejos suicidas	100	0	1	0,02	0,14

Nota: alpha de Cronbach BDI = 0,844 (boa fiabilidade interna)

Temos um *score* médio de BDI de 6,13 (desvio padrão 6,47). Os itens que mais contribuíram para o aumento desse *score* estão relacionados com a incapacidade de decisão, a perda de apetite, a irritabilidade e a alteração do padrão do sono.

Objetivo 1 – Verificar a influência dos fatores sociodemográficos dos trabalhadores *offshore* na sintomatologia depressiva

Os resultados referentes ao objetivo acima enunciado encontram-se na tabela que se segue (cf. Tabela 8).

Tabela 8 - Influência dos dados sociodemográficos na prevalência de depressão

	n	média	desvio	Teste	Valor teste	p
Grupo etário	100					
<35 anos	31		7,24	KW	3,515	0,319
35-39 anos	25	5,80	9,10			
40-44 anos	26	4,85	3,45			
≥ 45anos	18	5,28	2,68			
Classe IMC	100					
Peso normal (18,5 – 24,9)	17	4,29	4,18	KW	3,175	0,204
Pré-obesidade (25,0 – 29,9)	63	6,19	7,00			
Obesidade classe 1 (30,0 – 34,9)	20	7,50	6,19			
Estado Civil	100					
Solteiro / separado	25	8,68	6,94	MW	656,5	0,025
Casado	75	5,28	6,12			
Habilitações Literárias	100					
Ensino primário	8	6,94	7,56	KW	4,242	0,120
Ensino médio 5 ^a -12 ^a	83	8,19	8,87			
Curso profissional/Ensino Superior	9	4,85	4,11			
Número de Filhos	100					
Sem filhos	7	8,36	7,34	KW	3,806	0,283
1 filho	11	5,78	7,47			
2 filhos	27	5,92	4,57			
3 ou mais filhos	55	6,09	3,21			
Número de Mulheres	100					
Sem mulheres	11	8,36	7,34	KW	3,48	0,323
1 mulher	54	5,78	7,47			
2 mulheres	24	5,92	4,57			
3 ou mais mulheres	11	6,09	3,21			
Número de anos em offshore	100					
1 ou inferior	3	7,29	6,95	KW	4,254	0,917
2 – 4 anos	15	5,97	5,76			
5 – 9 anos	31	5,40	3,95			
10 ou mais anos	51	6,27	8,78			
Número anos na plataforma Bloco 3	100					
1 ou inferior	16	11,06	7,51	KW	9,578	0,023
2 – 4 anos	43	4,37	2,58			
5 – 9 anos	29	7,10	9,06			
10 ou mais anos	12	3,50	2,75			
Sistema de rotação	100					
14 dias (2 sem.) / 21 dias (3 sem.)	18	3,39	3,27	MW	645,5	0,017
28 dias (4 sem.) / 35 dias (5 sem.)	82	6,73	6,84			
Nacionalidade	100					
Angolana	90	6,32	6,58	MW	389	0,184
Portuguesa	10	4,40	5,28			
Número de residências	100					
Nenhuma residência	4	18,50	1,73	KW	17,099	<0,001
1 residência	47	4,19	4,25			
2 residências	33	7,82	8,45			
3 ou mais residências	16	5,25	2,82			

De entre um conjunto vasto de traços sociais e biológicos (faixa etária, composição do agregado familiar, habilitações, estado civil e IMC), somente o estado civil se revelou pertinente para explicar a prevalência de depressão, na medida em que existem diferenças estatisticamente significativas consoante o estado civil, sendo que, os solteiros ou separados têm maior prevalência de depressão.

O número de anos em *offshore* e, mais especificamente, na plataforma *African Installer* bloco 3 Soyo em Angola, é um fator que se pretende aferir se tem influência na prevalência de depressão. Após a aplicação do teste de Kruskal-Wallis foi possível inferir não se apresentarem diferenças estatisticamente significativas quanto à prevalência da depressão no que concerne o número de anos em *offshore*. Já relativamente ao número de anos a laborar no bloco 3, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas com os elementos a laborarem nesta plataforma há um ano ou menos tempo, apresentando uma maior prevalência de depressão.

O sistema de rotação dos trabalhadores foi outro dos fatores a ter em conta na prevalência da depressão. Após a aplicação do teste de Mann-Whitney, foi possível constatar que os trabalhadores em sistemas de rotação superiores (4 ou 5 semanas) apresentaram uma prevalência de depressão superior. A influência do número de residências dos trabalhadores em *offshore* foi outro dos fatores a considerar aquando da aferição da prevalência de depressão. Após aplicação do teste de Kruskal-Wallis foi possível inferir que existem diferenças estatisticamente significativas na prevalência da depressão com os trabalhadores em *offshore* que referiram possuir uma residência, sendo estes, os que acusam uma menor prevalência de depressão.

Objetivo 2 - Verificar a influência dos hábitos dos trabalhadores *offshore* na sintomatologia depressiva

Os resultados referentes ao objetivo acima enunciado encontram-se na tabela que se segue (cf. Tabela 9).

Tabela 9 - Influência dos hábitos dos trabalhadores *offshore* na prevalência de depressão

	n	média	desvio	Teste	Valor	p
Tomar café	100					
Não toma café	45	6,02	5,09	<i>t</i>	de 2,236	0,487
Toma café	55	6,22	7,46			
Consumo de álcool em terra	100					
Não	16	7,56	7,78	MW	2,084	0,992
Sim	84	5,86	6,20			
Consumo de refrigerantes	100					
Não consomem refrigerantes	25	7,36	9,02	MW	865,5	0,568
Consumem refrigerantes	75	5,72	5,38			
Fumador	100					
Não é fumador	78	5,68	5,43	<i>t</i>	de -1,135	0,178
É fumador	22	7,73	9,26			
Alguma vez consumiu drogas	100					
Nunca consumiu drogas	63	5,46	5,51	MW	955,5	0,133
Já consumiu drogas	37	7,27	7,79			
Prática atividade física	100					
Não	32	8,63	8,67	1-way ANOVA	6,387	0,002
Sim, às vezes	46	6,11	5,30			
Sim, frequentemente	22	2,55	1,77			
Sofre de alguma doença	100					
Não sofre de qualquer doença	86	6,29	6,90	MW	1,159	0,251
Sofre de doença (s)	14	5,14	2,45			
Consultado nos últimos 12 meses por	100					
Não foi consultado por nenhum médico	9	11,44	13,49	MW	300,5	0,191
Foi consultado por um médico	91	5,60	5,17			

Apenas a prática de atividade física influencia significativamente a prevalência de depressão nos trabalhadores. Quem não pratica uma atividade física, tem uma média de prevalência de depressão significativamente maior. Os restantes hábitos não têm significância estatística para a explicação da prevalência de depressão, sendo apenas de ressaltar uma maior média de prevalência de depressão para quem consome drogas proibidas.

Objetivo 3 - Verificar a influência dos fatores sociodemográficos dos trabalhadores *offshore* na prevalência de insônia

Os resultados referentes ao objetivo acima enunciado encontram-se na tabela que se segue (cf. Tabela 10).

Tabela 10 - Influência dos dados sociodemográficos na prevalência de insónia

	Prevalência de Insónia			
	n	%	Teste	p
Grupo etário	30			
<35 anos	18	58,1	Qui-Quadrado de Pearson	0,001
35-39 anos	3	12,0		
40-44 anos	6	23,1		
≥ 45anos	3	16,7		
Classe IMC	30			
Peso normal (18,5 – 24,9)	6	35,3	Qui-Quadrado de Pearson	0,054
Pré-obesidade (25,0 – 29,9)	14	22,2		
Obesidade classe 1 (30,0 – 34,9)	10	50,0		
Estado Civil	30			
Solteiro / separado	9	36,0	Exato de Fischer	0,460
Casado	21	28,0		
Habilitações Literárias	30			
Ensino primário	2	25,0	Qui-Quadrado de Pearson	0,596
Ensino médio 5 ^a -12 ^a	24	28,9		
Curso profissional/Ensino Superior	4	44,4		
Número de Filhos	30			
Sem filhos	2	28,6	Qui-Quadrado de Pearson	0,333
1 filho	2	18,2		
2 filhos	11	40,7		
3 ou mais filhos	15	27,3		
Número de Mulheres	30			
Sem mulheres	4	36,4	Qui-Quadrado de Pearson	<0,001
1 mulher	10	18,5		
2 mulheres	15	62,5		
3 ou mais mulheres	1	9,1		
Número de anos em offshore	30			
1 ou inferior	2	66,7	Qui-Quadrado de Pearson	0,361
2 – 4 anos	3	20,0		
5 – 9 anos	13	41,9		
10 ou mais anos	12	23,5		
Número anos na plataforma Bloco 3	30			
1 ou inferior	7	43,8	Qui-Quadrado de Pearson	0,067
2 – 4 anos	15	34,9		
5 – 9 anos	8	27,6		
10 ou mais anos	0	0		
Sistema de rotação	30			
14 dias (2 sem.) / 21 dias (3 sem.)	6	33,3		0,779
28 dias (4 sem.) / 35 dias (5 sem.)	24	29,3		
Nacionalidade	30			
Angolana	28	31,1	Exato de Fischer	0,719
Portuguesa	2	20		
Número de residências	30			
Nenhuma residência	3	75,0	Qui-Quadrado de Pearson	0,048
1 residência	9	19,1		
2 residências	13	39,4		
3 ou mais residências	5	31,2		

A faixa etária, o número de mulheres no agregado familiar e o número de residências são variáveis que influenciam significativamente a prevalência de insónia. Os inquiridos mais jovens são os que têm maior prevalência de insónia. Nos agregados familiares que têm duas mulheres existe maior prevalência de insónia. Existe uma maior prevalência de insónia para os inquiridos que não têm nenhuma residência. Relativamente aos restantes cruzamentos não

se verificou mais nenhuma relação estatisticamente significativa uma vez que o *p-value* do χ^2 é sempre superior a 0,05.

Objetivo 4 - Verificar a influência dos hábitos dos trabalhadores *offshore* na prevalência de insónia

Os resultados referentes ao objetivo acima enunciado encontram-se na tabela que se segue (cf. Tabela 11).

Tabela 11 - Influência dos hábitos dos trabalhadores *offshore* na prevalência de insónia

	Prevalência de insónia			
	n	%	teste	p
Tomar café	30			
Não toma café	15	33,3	Exato de Fischer	0,520
Toma café	15	27,3		
Consumo de álcool em terra	30			
Não	7	43,8	Qui-Quadrado de Pearson	0,236
Sim, ocasionalmente	10	26,3		
Sim, todas as semanas	7	21,9		
Sim, todos os dias	6	42,9		
Consumo de refrigerantes	30			
Não consomem refrigerantes	10	40,0	Exato de Fischer	0,218
Consumem refrigerantes	20	26,7		
Fumador	30			
Não é fumador	27	34,6	Exato de Fischer	0,069
É fumador	3	13,6		
Alguma vez consumiu drogas	30			
Nunca consumiu drogas	19	30,2	Exato de Fischer	1,000
Já consumiu drogas	11	29,7		
Pratica atividade física	30			
Não	11	34,4	Qui-Quadrado de Pearson	0,466
Sim, às vezes	11	23,9		
Sim, frequentemente	8	36,4		
Sofre de alguma doença	30			
Não sofre de qualquer doença	26	30,2	Exato de Fischer	1,000
Sofre de doença (s)	4	28,6		
Consultado em terra nos últimos 12 meses por um médico	30			
Não foi consultado por nenhum médico	2	22,2	Exato de Fischer	0,720
Foi consultado por um médico	28	30,8		

Os hábitos dos trabalhadores não têm relação estatisticamente significativa com a prevalência de insónia, sendo que não existe nenhum cruzamento a ressaltar.

Objetivo 5 – Verificar a influência da sintomatologia depressiva dos trabalhadores *offshore* na prevalência de insónia

Os resultados referentes ao objetivo acima enunciado encontram-se na tabela que se segue (cf. Tabela 12).

Tabela 12 - Influência da prevalência de depressão na prevalência de insônia

	Prevalência de insônia	
	Sim	Não %
Prevalência de depressão	30	
Sem depressão	18	20,7
Com depressão	12	92,3

Existe relação estatisticamente significativa entre a prevalência de depressão e prevalência de insônia. Quem tem depressão apresenta uma percentagem significativamente superior de prevalência de insônia, em comparação com quem não tem depressão (92,3% vs 20,7%).

4. Discussão

Neste capítulo, procuraremos efetuar uma análise dos resultados obtidos fazendo uma retrospectiva, considerando a problemática em estudo, os objetivos de investigação e as hipóteses que foram enunciadas.

Tabela 13 - Objetivos para a sintomatologia depressiva

Objetivos	Observações
1 Verificar a influência dos fatores sociodemográficos dos trabalhadores <i>offshore</i> na sintomatologia depressiva	Os solteiros/separados têm maior sintomatologia depressiva; Quanto menor for o tempo de trabalho na plataforma, maior a sintomatologia depressiva; Trabalhadores sem residência têm maior depressão; Trabalhadores com sistemas de rotação 4/5 semanas têm maior sintomatologia depressiva.
2 Verificar a influência dos hábitos dos trabalhadores <i>offshore</i> na sintomatologia depressiva	De entre um conjunto vasto de indicadores, somente a atividade física é relevante. Quem não pratica atividade física, tem maior sintomatologia depressiva

Segundo os resultados deste estudo, a sintomatologia de depressão tende a ser mais estruturada pelos traços sociais e profissionais dos trabalhadores, sendo estes o estado civil, o tempo de trabalho na plataforma, o número de residências e o sistema de rotação. Muito embora se tenha rejeitado a hipótese de que os hábitos dos trabalhadores *offshore* influenciarem a prevalência a depressão, é necessário fazer a ressalva de que o exercício físico se revelou importante para a sintomatologia depressiva, sendo que a prática de exercício físico diminui a sintomatologia depressiva, como já foi argumentado anteriormente na revisão de literatura.

Tabela 14 - Objetivos para a prevalência de insónia

Objetivos	Observações
3 Verificar a influência dos fatores sociodemográficos dos trabalhadores <i>offshore</i> na prevalência de insónia	Os trabalhadores mais jovens tendem a ter maior prevalência de insónia; Nos agregados familiares com 2 mulheres existe maior percentagem de insónia; Não ter residência significa maior prevalência de insónia;
4 Verificar a influência dos hábitos dos trabalhadores <i>offshore</i> na prevalência de insónia	Não existe nenhuma variável comportamental de hábitos com influência estatisticamente significativa;
5 Verificar se a prevalência de depressão dos trabalhadores <i>offshore</i> influencia a prevalência de insónia	Quem tem depressão apresenta uma muito maior prevalência de insónia.

Em relação à prevalência de insónia, as evidências estatísticas demonstraram que este distúrbio é apenas, em parte, estruturado pelos traços sociais do trabalhador, nomeadamente pela idade (os mais jovens têm maior insónia). Estudos demonstraram também que homens jovens apresentam hábitos de sono não adequados (Timossi, Leite, Osiecki, Cavazza, Cieslak, & Osiecki, 2014).

Quanto a ter ou não residência e o número de mulheres que estão no agregado familiar, existe um facto curioso nesta variável, apenas nos agregados familiares com duas mulheres (e não com menos ou mais mulheres) é que constata uma maior prevalência de insónia. Este facto pode-se explicar pela pouca representação da categoria '3 ou mais mulheres'. Se esta categoria tivesse uma maior frequência absoluta, talvez fosse a que tivesse maior prevalência de insónia.

A sintomatologia depressiva dos trabalhadores *offshore* influencia a sua prevalência de insónia. Confirmou-se indubitavelmente, sendo que quem tem depressão apresenta uma prevalência de insónia notoriamente superior.

No que concerne ao género podemos concluir que a significativa maioria dos trabalhadores são do género masculino. Este facto é corroborado por vários autores que estudam o contexto das instalações *offshore* (Martins, 2006; Parkes, 1998, 2007; Fossum, Bjorvatn, Waage, & Pallesen, 2013; Rodrigues, Fischer, & Brito, 2001; Menezes, Pires, Benedito-Silva, & Tufik, 2004).

Relativamente à idade, os autores Rodrigues, Fischer e Brito (2001) observaram que a idade média dos trabalhadores *offshore* em plataformas na Bacia de Campos no Brasil, era de 37,6 anos, valor médio similar a outros estudos como os de Rodrigues, Fischer e Brito (2001) ou Menezes, Pires, Benedito-Silva e Tufik (2004), o que vai de encontro com o nosso estudo em que a média da idade dos trabalhadores é de 39,13 anos.

Neste estudo a escolaridade predominante dos trabalhadores (83%) situa-se no ensino médio (5^a-12^a), facto que vai de encontro ao estudo de Chen, Yu e Wong (2005), estudo realizado em 5 plataformas *offshore* de uma empresa petrolífera do sul da China, em que 77% dos trabalhadores tinham como habilitações literárias o ensino secundário.

Os ambientes *offshore* estão confinados a um espaço físico reduzido o que tipicamente propicia valores de IMC relativamente elevados (Brancati, Wang, Mead, Liang, & Klag, 1999). No presente estudo, os trabalhadores da plataforma *offshore* têm um IMC situado na pré-obesidade, o que vai de encontro com a tendência observada nos estudos em contextos similares.

Relativamente à situação familiar a maioria dos trabalhadores da amostra têm uma mulher, apesar de se verificar que existe um número significativo de trabalhadores *offshore* com duas mulheres dado que a poligamia é um aspeto cultural que ainda se verifica em Angola, principalmente nas áreas rurais (Grassi & Vivet, 2014; Nielsen, 2008), e 3 ou mais filhos, o que vai de encontro ao que referem Grassi e Vivet (2014). Para os angolanos ter filhos é muito importante, pois confere-lhes um importante estatuto social. De salientar a existência de uma relação entre o número de mulheres e o número de filhos correspondendo um maior número de filhos a um maior número de mulheres. No presente estudo verifica-se uma percentagem significativa de 55% de trabalhadores *offshore* com 3 ou mais filhos. Embora a percentagem mais elevada, 54% seja dos trabalhadores que tem uma mulher, a percentagem dos trabalhadores que tem duas mulheres 24% também é considerável.

Relativamente ao número de anos que os trabalhadores trabalham em plataformas *offshore* infere-se que estes trabalham predominantemente há 10 ou mais anos tal como neste estudo, 51 % dos trabalhadores trabalham há 10 ou mais na atividade offshore e nesta plataforma em específico, entre 2 a 4 anos 43%. Estes dados são relativamente próximos aos de Chen, Yu e Wong (2005) que referem que na sua amostra o tempo médio em *offshore* dos trabalhadores era de 8,24 anos, com um desvio padrão de 7,39 anos.

No que concerne ao sistema de rotação *offshore-onshore*, o sistema de rotação que é predominante é o de 4 semanas, i.e., 4 semanas na plataforma *offshore*, seguida de 4 semanas

de licença (*onshore*). Estes resultados são consistentes com os de Chen, Yu e Wong (2005), em cujo estudo o sistema de rotação vigente é o de 4 semanas *offshore* e 4 *onshore*. De notar que, de um modo geral, quanto maior é o tempo dos trabalhadores em *offshore* em geral, e no Bloco 3 em particular, menor é o seu tempo de rotação.

A maioria dos trabalhadores é de nacionalidade angolana e detém uma residência. De referir que 33,0% da amostra detém duas residências verificando-se uma associação entre o número de mulheres e de filhos e o número de residências, o que vai de encontro ao que referem Grassi e Vivet (2014), referindo-se a que o facto de um homem angolano ter mais de uma mulher e ter muitos filhos é um aspeto cultural significativo no país e que mesmo nas áreas urbanas como Luanda, Benguela e Huambo, é comum, em vez da prática tradicional da poligamia, os homens manterem várias relações com mulheres que vivem em casas diferentes.

No que diz respeito aos hábitos, a maioria dos trabalhadores inquiridos consome álcool ocasionalmente, bebendo moderadamente, e sendo as bebidas mais consumidas a cerveja seguida do vinho. Relativamente ao consumo de álcool em terra verificamos que a maioria consome ocasionalmente, bebendo moderadamente, sendo as bebidas mais consumidas a cerveja seguida do vinho.

Relativamente aos refrigerantes verifica-se que estes são consumidos pela grande maioria dos trabalhadores, recaindo a escolha preferencialmente na Coca-Cola e Blue, embora também se constate que o seu consumo é moderado, correspondendo a uma média de 3 refrigerantes por semana.

Relativamente ao consumo de tabaco verificámos que a maioria é não fumador. De referir que os fumadores referem um consumo inferior a 20 cigarros diários. A maioria começou a fumar entre os 13 e os 17 anos. Importa ainda referir, que a maioria dos trabalhadores nunca consumiu drogas.

No que concerne à saúde verificámos que não praticam uma atividade física regular (o que vai corroborar a pré-obesidade). A grande maioria dos trabalhadores é saudável. De referir que apenas uma percentagem detém hipertensão, e que foram consultados por um médico de clínica geral nos últimos 12 meses em terra.

A maioria dos trabalhadores afirma não tomar medicamentos para dormir. Dos que referiram tomar, estes fizeram-no nos últimos 12 meses, prevalecendo o aconselhamento por familiares/ amigos e não por um médico ou farmacêutico.

No que concerne a se a prevalência de depressão por parte dos trabalhadores *offshore* influencia a sua prevalência de insónia é possível constar que facto se verifica.

O presente estudo vai de encontro ao que Paiva (2008) tem defendido: noites mal dormidas podem originar sonolência, fadiga e falta de vigor, ansiedade e irritabilidade, falta de concentração, confusão, alterações de percepção, alucinações, lapsos e acidentes, e ainda dificuldade de compreensão da linguagem verbal.

Os resultados obtidos neste estudo encontram-se em conformidade com a literatura, onde Talhada (2012) verificou uma forte associação entre a qualidade do sono e a depressão, sendo que a depressão tem influência na qualidade do sono. A presença de má qualidade do sono e de perturbações do sono é indicador de presença de depressão (leve, moderada e grave). A depressão em diferentes graus de severidade encontra-se associada à má qualidade do sono e à presença de perturbações do sono. Harvey (2001) refere que a maioria dos pacientes com depressão apresentam queixas e alterações nos padrões de sono.

É possível verificar que o risco de desenvolver depressão aumenta aquando da presença de insónia ou hipersónia, ou outras perturbações do sono (Roberts et al., 2000). Importa também ressaltar que a presença de queixas associadas ao sono podem funcionar como pródromo das perturbações depressivas (Perlis et al., 1997).

Diversos estudos Harvey (2001), Roberts, Shema, Kaplan e Strawbridge (2000) demonstram que a presença de problemas associados ao sono, aumenta a prevalência ou o risco de sofrer de várias perturbações mentais, como as perturbações depressivas, sendo frequente os despertares noturnos, a redução da duração e o aumento da latência do sono, despertares precoces e redução da eficiência do sono (Lucchesi, Pradella-Hallinan, Lucchesi, & Moraes, 2005), entre outros sintomas.

De acordo com a literatura, a presença de alterações do sono na depressão pode ser explicada através do modelo de fase avançada (Wirz-Justice & Van den Hoofdakker, 1999), em que os processos de sono REM, temperatura corporal e secreção de cortisol, funções biológicas essenciais (Chellappa & Araújo, 2007) ocorrem precocemente na depressão, e estes pacientes apresentam um ciclo sono-vigília inadequado (Wirz-Justice & Van den Hoofdakker, 1999). Outro fator é perda do sono NREM nos pacientes depressivos que aumenta o cansaço subjetivo e a sonolência excessiva. A instabilidade do humor pode ser explicada também através da destabilização dos processos de regulação do sono (Knoblauch et al., 2002).

De salientar ainda que o trabalho *offshore* apresenta riscos eminentes para o desenvolvimento de patologias desencadeadas por diversos fatores, como confinamento,

trabalho noturno, alterações do sono, stress, estilo de vida, exposição a produtos químicos, esforço físico. Estas patologias derivam do estilo de vida, alimentação inadequada, obesidade, fumo, álcool e sedentarismo (Antoniolli, Emmel, Ferreira, Paz, & Kaiser 2015). No presente estudo foi possível mensurar um *score* médio de BDI de 6,13 (desvio padrão 6,47). Os itens que mais contribuíram para o aumento desse score neste estudo estão relacionados com a incapacidade de decisão, perda de apetite, irritabilidade e alteração do padrão do sono.

Puttonen, Härmä e Hublin (2010) afirmam que distúrbios do sono conduzem a consequências negativas, provocando problemas psiquiátricos, déficits cognitivos, problemas de saúde, dificuldade nas relações sociais, acidentes de trânsito, absenteísmo e diminuição da qualidade de vida (Timossi et al., 2014).

Nesse sentido, estudos relatam que as estratégias para prevenção e controlo de fatores de risco cardiovascular em trabalhadores quando centradas em elementos de risco isolados, apresentam resultados inferiores a intervenções multifatoriais que envolvem simultaneamente álcool, sedentarismo, fumo, alimentação e sono (Timossi et al., 2014).

Conclusão

Podemos concluir que os trabalhadores solteiros/separados, sem residência, com sistemas de rotação mais alargados e sem prática de atividade física têm maior sintomatologia depressiva. Relativamente à prevalência de sintomas de insónia, verificou-se uma associação com a sintomatologia depressiva e os trabalhadores mais jovens e sem residência apresentando mais perturbações de sono. Foi possível verificar também que os trabalhadores *offshore* que apresentam sintomatologia depressiva, tem maior prevalência de insónia.

Estes resultados demonstraram que os traços sociais tiveram maior peso explicativo quer para a sintomatologia depressiva quer para a prevalência de insónia. Esta constatação leva à consolidação de um modelo social de saúde e para a adoção de uma nova postura epistemológica na abordagem de problemas de saúde mental e distúrbios de sono, levando em especial conta as determinantes sociais na saúde (em contraste com o modelo biomédico).

Estamos a abrir caminho para o diálogo multidisciplinar com algumas ciências sociais. Anteriormente, os fatores sociais não eram considerados como causas fundamentais de doenças nos estudos epidemiológicos e eram relegados a influências coadjuvantes: os determinantes do estado de saúde eram atribuídos principalmente a processos bioquímicos. Contudo, diante de novos paradigmas, percebe-se a necessidade de considerar o conjunto de fatores influenciadores na análise da saúde. A partir do momento que adotarmos esta postura, os estudos sobre saúde (depressão e distúrbios de sono) começarão a ser analisados como construção social.

Interessante que a idade não revelou ter efeito significativo na depressão, mas teve na prevalência de insónia. Este fator revela-se com um efeito univariado para insónia, uma vez que é em parte explicado pela depressão, e a depressão não é explicada em nada pela idade. Isto para dizer que, as evidências estatísticas dão primazia ao efeito isolado da idade para a insónia, independentemente do efeito da sintomatologia depressiva.

Os hábitos dos trabalhadores não se revelaram importantes para explicar a prevalência de insónia, muito embora a maioria dos trabalhadores tenha manifestado ter por hábito tomar café, mais concretamente 4 ou mais cafés. Este facto leva-nos a questionar o efeito do café no sono. Se no senso comum, o café inibe o sono, poderá ser necessário examinar com maior pormenor esta relação e talvez desconstruí-la.

Referências bibliográficas

- Alvarez, D., Figueiredo, M., & Rotenberg, L. (2010). Scheduling, shifts, and work management in offshore platforms of Campos Basin (Rio de Janeiro) and their relationship with workers' safety and health. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(122), 201-216.
- Alves, J. S. (2005). *Qualidade de sono (BaSIQS), esforço para dormir (GSES) e pensamentos antes de adormecer (GCTI) numa amostra não clínica de adultos* (Tese de Mestrado). Departamento de Educação, Universidade de Aveiro.
- Amaral, O. (2013). Epidemiologia da insónia em adolescentes do diagnóstico de situação à intervenção (Dissertação de Doutoramento). Universidade Nova de Lisboa). Acedido em <https://run.unl.pt/bitstream/10362/14182/1/RUN%20%20Tese%20de%20Doutoramento%20-%20Maria%20Odete%20Amaral.pdf>
- American Academy of Sleep Medicine. (2001). *ICSD: international classification of disorders, revised: diagnostic and coding manual*. American Academy of Sleep Medicine.
- American Psychiatry Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders - DSM-5*. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association. Acedido em <http://www.dsm5.org/>
- American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR: manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais*. 4.^a ed. revisão de texto. Lisboa: Climepsi.
- Andrade, L., Caraveo-anduaga, J. J., Berglund, P., Bijl, R. V., Graaf, R. D., Vollebergh, W.,... & Kawakami, N. (2003). The epidemiology of major depressive episodes: results from the International Consortium of Psychiatric Epidemiology (ICPE) Surveys. *International journal of methods in psychiatric research*, 12(1), 3-21.
- Andrade, L., Walters, E. E., Gentil, V., & Laurenti, R. (2002). Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 37(7), 316-325.
- Andrews, G., Henderson, S., & Hall, W. (2001). Prevalence, comorbidity, disability and service utilisation. *The British Journal of Psychiatry*, 178(2), 145-153.

- Antoniolli, S. A. C., Emmel, S. V., Ferreira, G. E., Paz, P. D. O., & Kaiser, D. E. (2015). Offshore work and the work of nurses on board: an integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(4), 0689-0698.
- Ayuso-Mateos, J. L., Vázquez-Barquero, J. L., Dowrick, C., Lehtinen, V., Dalgard, O. S., Casey, P., ... & Wilkinson, G. (2001). Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN study. *The British Journal of Psychiatry*, 179(4), 308-316.
- Azevedo, M. H. P. (1980). *Efeitos psicológicos do trabalho por turnos em mulheres* (Tese de Doutorado). Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.
- Azevedo, M. H., Ferreira, A. M., Silva, C., Coelho, I., & Clemente, V. (1992). A classificação internacional dos distúrbios do sono. Manual de diagnóstico e codificação. *Médice*, 13, 17-20.
- Bardin, L. (1994). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bastien, C. H., & Morin, C. M. (2000). Familial incidence of insomnia. *Journal of Sleep Research*, 9(1), 49-54.
- Bauer, J., Stamm, A., Virnich, K., Wissing, K., Müller, U., Wirsching, M., & Schaarschmidt, U. (2006). Correlation between burnout syndrome and psychological and psychosomatic symptoms among teachers. *International archives of occupational and environmental health*, 79(3), 199-204.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & ERBAUGH, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.
- Berto, P., D'Ilario, D., Ruffo, P., Virgilio, R. D., & Rizzo, F. (2000). Depression: cost-of-illness studies in the international literature, a review. *The journal of mental health policy and economics*, 3(1), 3-10.
- Bjerkåsholmen, B., & Pagenhart, A. (1997). *The Working Environment and Man-Machine*. Houston: Offshore Technology Conference.
- Bjerkeset, O., Romundstad, P., Evans, J., & Gunnell, D. (2007). Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. *American journal of epidemiology*, 167(2), 193-202.
- Bolge, S. C., Doan, J. F., Kannan, H., & Baran, R. W. (2009). Association of insomnia with quality of life, work productivity, and activity impairment. *Quality of life Research*, 18(4), 415.

- Booth, M., & Butler, J. (1992). A new approach to permit to work systems offshore. *Safety Science*, 15, 309-320.
- Brancati, F. L., Wang, N. Y., Mead, L. A., Liang, K. Y., & Klag, M. J. (1999). Body weight patterns from 20 to 49 years of age and subsequent risk for diabetes mellitus: the Johns Hopkins Precursors Study. *Archives of internal medicine*, 159(9), 957-963.
- Bromet, E., Andrade, L. H., Hwang, I., Sampson, N. A., Alonso, J., De Girolamo, G., ... & Karam, A. N. (2011). Cross-national epidemiology of DSM-IV major depressive episode. *BMC medicine*, 9(1), 90.
- Burvil, P. W. (1995). Recent progress in the epidemiology of major depression. *Epidemiologic Reviews*, 17(1), 21-31.
- Campos, A. (2010). *Número de portugueses com insónia diminuiu*. Acedido em <http://publico.pt/sociedade/noticia/numero-deportugueses->
- Carlotto, M. S., & Palazzo, L. D. S. (2006). Factors associated with burnout's syndrome: an epidemiological study of teachers. *Cadernos de saude publica*, 22(5), 1017-1026.
- Carvalho, M. M. (2010). *Vida e trabalho marítimos embarcados do setor offshore*. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fiocruz.
- Castro, A. C., & Nunes D. K. P. (2008). *Análise Crítica do Gerenciamento de Stress em Plataformas Marítimas*. In Anais do XXVIII Encontro Nacional de Engenharia de Produção. Rio de Janeiro.
- Chen, Y. Y., Kawachi, I., Subramanian, S. V., Acevedo-Garcia, D., & Lee, Y. J. (2005). Can social factors explain sex differences in insomnia? Findings from a national survey in Taiwan. *Journal of Epidemiology & Community Health*, 59(6), 488-494. Cockerham, W. C. (2007). *Social Causes of Health and Disease*. Cambridge (U.K.): Polity Press.
- Corrêa, A. C. (1995). A fenomenologia das depressões: da nosologia psiquiátrica clássica aos conceitos atuais. *Psiquiatr. biol*, 3(3), 61-72.
- Cronbach, L. J. (1951). Coefficient alpha and the internal structure of tests. *psychometrika*, 16(3), 297-334.
- Cuijpers, P., Beekman, A. T., & Reynolds, C. F. (2012). Preventing depression: a global priority. *Jama*, 307(10), 1033-1034.
- Da Silva Júnior, D. I., & Ferreira, M. C. (2009). A predição do burnout em trabalhadores offshore-oil. *Estudos*, 36(1), 75-93.

- Dauvilliers, Y., Morin, C., Cervena, K., Carlander, B., Touchon, J., Besset, A., & Billiard, M. (2005). Family studies in insomnia. *Journal of psychosomatic research*, 58(3), 271-278.
- De Almeida Fleck, M. P., da Silva Lima, A. F. B., Louzada, S., Schestasky, G., Henriques, A., Borges, V. R., & Camey, S. (2002). Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 431-438.
- De Souza, A. (1996). Perfil do Homem Off-shore: Aspectos Relevantes nas Relações no Trabalho e Familiares. *Caderno de Pesquisas em Administração*, 3, 1-8.
- Dejours, C. (1998). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. 3ª ed. São Paulo: Cortez Editora.
- Diegas, M. C. T., & Cardoso, R. M. (1986). Escalas de auto-avaliação da depressão (Beck e Zung): Estudos de correlação. (Self-evaluating scales of depression (Beck and Zung): correlation studies). *Psiquiatria Clínica*, 7,141–145.
- Doghramji, P. P. (2004). Recognizing sleep disorders in a primary care setting. *J Clin Psychiatry*, 65(Suppl 16), 23-6.
- Duarte, J. C. (2011). *Privação do sono, rendimento escolar e equilíbrio psicoafectivo na adolescência* (Tese de Doutorado). Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Duarte, F., Andrade, R., Maia, N., Garotti, L., & Jackson, M. (2007). Ergonomic intervention in petroleum platforms in Brazil: action strategies and the role of the ergonomist. In *Proceedings of the Ergonomics for a Future Conference–NES*(pp. 1-6).
- Fedoroff, J. P., Starkstein, S. E, Parikh, R. M., Price, T. R., & Robinson, R. G. (1991). Are depressive symptoms nonspecific in patients with acute stroke?. *The American journal of psychiatry*, 148(9), 1172.
- Ferreira, P., & Coelho, R. (1996). Insónia. *Perspect Prat Med*, 1(4), 16-17.
- Ferreira, M. M., & Ferreira, C. (2014). Carga mental e carga psíquica em profissionais de enfermagem. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (SPE1), 47-52.
- Ferreira, L., & Iguti, A. (2003). *O Trabalho dos Petroleiros: Perigoso, Complexo, Contínuo e Coletivo*. 2 ed. São Paulo: FUNDACENTRO.

- Fortin, M. (2003). *O processo de Investigação: da Concepção à Realização*. Loures: Lusociência.
- Fossum, I. N., Bjorvatn, B., Waage, S., & Pallesen, S. (2013). Effects of shift and night work in the offshore petroleum industry: a systematic review. *Industrial health*, 51(5), 530-544.
- Freitas, C. M. D., Souza, C. A. V. D., Machado, J. M. H., & Porto, M. F. D. S. (2001). Work-related accidents on offshore oil drilling platforms in the Campos Basin, Rio de Janeiro, Brazil. *Cadernos de saude publica*, 17(1), 117-130.
- Fullerton, D. S. (2006). The economic impact of insomnia in managed care: a clearer picture emerges. *The American journal of managed care*, 12(8 Suppl), S246-52.
- Gabilondo, A., Rojas-Farreras, S., Vilagut, G., Haro, J. M., Fernández, A., Pinto-Meza, A., & Alonso, J. (2010). Epidemiology of major depressive episode in a southern European country: results from the ESEMeD-Spain project. *Journal of affective disorders*, 120(1), 76-85.
- Garotti, L. D. V. (2006). *O trabalho em produção contínua: uma abordagem ergonômica na indústria do petróleo* (Tese de Mestrado). Universidade de São Paulo.
- Gaulejac, V. (2007). *Gestão como doença social: ideologia, poder gerencialista e fragmentação social*. São Paulo: Ideias & Letras.
- Gomes, A. (2005). *Sono, sucesso académico e bem-estar em estudantes universitários* (Tese de doutoramento). Departamento de Ciências da Educação, Universidade de Aveiro.
- Gomes, A., Tavares, J., Pereira, A., & Azevedo, M. (2008). *Sono no ensino superior: diagnóstico e intervenção*. In Actas do 7º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde. Porto: Universidade do Porto.
- Grassi, M., & Vivet, J. (2014). Fathering and Conjugalinity in Transnational Patchwork Families: the Angola/Portugal case. *TL Network e-Working Papers*, 1-25.
- Guimarães, R. B., Pickenhayn, J. A., & Lima, S. C. (2014). *Geografia e Saúde sem Fronteiras*. Uberlândia: Assis Editora.
- Gusmão, R. M., Xavier, M., Heitor, M. J., Bento, A., & de Almeida, J. C. (2005). Depressive disorder burden: global epidemiological issues and information needs in Portugal. *Acta Médica Portuguesa*, 18(2), 129-46.

- Harvey, A. G. (2001). Insomnia: symptom or diagnosis?. *Clinical psychology review*, 21(7), 1037-1059.
- Henk, H. J., Katzelnick, D. J., Kobak, K. A., Greist, J. H., & Jefferson, J. W. (1996). Medical costs attributed to depression among patients with a history of high medical expenses in a health maintenance organization. *Archives of general psychiatry*, 53(10), 899-904.
- HSE. (2017). *Work related Stress, Anxiety and Depression Statistics in Great Britain 2016*. Acedido em www.hse.gov.uk/statistics/
- Kaplan, H., Sadock, B., & Grebb, J. (1997). *Compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica*. 7.^a ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Kessler, R. C., Birnbaum, H. G., Shahly, V., Bromet, E., Hwang, I., McLaughlin, K. A., ... & Haro, J. M. (2010). Age differences in the prevalence and co-morbidity of DSM-IV major depressive episodes: results from the WHO World Mental Health Survey Initiative. *Depression and anxiety*, 27(4), 351-364.
- Kessler, R. C., McGonagle, K. A., Zhao, S., Nelson, C. B., Hughes, M., Eshleman, S., ... & Kendler, K. S. (1994). Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: results from the National Comorbidity Survey. *Archives of general psychiatry*, 51(1), 8-19.
- Kessler, Ü. (2008). *The world mental health surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders*. New York: Cambridge University Press.
- Kjellen, U. (1996). *Experiences in Use of the NORSOK Standard on Working Environment in Project Work*. Society of Petroleum Engineers.
- Knoblauch, V., Kräuchi, K., Renz, C., Wirz-Justice, A., & Cajochen, C. (2002). Homeostatic control of slow-wave and spindle frequency activity during human sleep: effect of differential sleep pressure and brain topography. *Cerebral Cortex*, 12(10), 1092-1100.
- Lavie, P. (1998). *O mundo encantado do sono*. Lisboa: Climepsi.
- Léger, D., & Bayon, V. (2010). Societal costs of insomnia. *Sleep medicine reviews*, 14(6), 379-389.

- Léger, D., Guilleminault, C., Bader, G., Lévy, E., & Paillard, M. (2002). Medical and socio-professional impact of insomnia. *Sleep*, 25(6), 621-625.
- Léger, D., Scheuermaier, K., Philip, P., Paillard, M., & Guilleminault, C. (2001). SF-36: evaluation of quality of life in severe and mild insomniacs compared with good sleepers. *Psychosomatic medicine*, 63(1), 49-55.
- Leigh, J. P. (1991). Employee and job attributes as predictors of absenteeism in a national sample of workers: the importance of health and dangerous working conditions. *Social Science & Medicine*, 33(2), 127-137.
- Leite, R. M. D. S. C. (2009). Vida e trabalho na indústria de petróleo em alto mar na Bacia de Campos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(6), 2181-2189.
- Liimatainen, M., & Gabriel, P. (2000). *Mental health in the workplace*. Geneva: ILO.
- Lindeman, S., Hämäläinen, J., Isometsä, E., Kaprio, J., Poikolainen, K., Heikkinen, M., & Aro, H. (2000). The 12-month prevalence and risk factors for major depressive episode in Finland: representative sample of 5993 adults. *Acta psychiatrica scandinavica*, 102(3), 178-184.
- Lucchesi, L. M., Pradella-Hallinan, M., Lucchesi, M., & Moraes, W. A. D. S. (2005). Sleep in psychiatric disorders. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27, 27-32.
- Luppino, F. S., de Wit, L. M., Bouvy, P. F., Stijnen, T., Cuijpers, P., Penninx, B. W., & Zitman, F. G. (2010). Overweight, obesity, and depression: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Archives of general psychiatry*, 67(3), 220-229.
- Martins, S. M. R. (2006). *O TRABALHO OFFSHORE: Um estudo sobre as repercussões do confinamento nos trabalhadores das plataformas de petróleo na Bacia de Campos, RJ* (Tese de Mestrado). Universidade Estadual do Norte Fluminense. Acedido em <http://uenf.br/posgraduacao/politicas-sociais/wp-content/uploads/sites/11/2015/06/SALVADOR-MARCOS-RIBEIRO-MARTINS.pdf>
- Marx, K. (1983). *Contribuição à crítica da economia política*. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes.
- Metlaine, A., Leger, D., & Choudat, D. (2005). Socioeconomic impact of insomnia in working populations. *Industrial Health*, 43(1), 11-19.
- Monroe, S. M., & Reid, M. W. (2009). Life stress and major depression. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 68-72.

- Montgomery, S. (2000). *Ansiedade e depressão*. Lisboa: Climepsi.
- Morken, T., Mehlum, I. S., & Moen, B. E. (2007). Work-related musculoskeletal disorders in Norway's offshore petroleum industry. *Occupational Medicine*, 57(2), 112-117.
- Morken, T., Tveito, T. H., Torp, S., & Bakke, A. (2004). Musculoskeletal disorders in the offshore oil industry. *Tidsskrift for den Norske laegeforening: tidsskrift for praktisk medicin, ny raekke*, 124(20), 2623-2626.
- National Institute for Health and Clinical Excellence (2009). *National Clinical Practice Guideline 90. Depression in adults (update)*. National Institute for Health and Clinical Excellence.
- National Institute for Mental Health. (1994). *Facts about depression*. Rockville: United States Department of Health and Human Services.
- National Institutes of Health. (2005). National Institutes of Health State of the Science Conference statement on Manifestations and Management of Chronic Insomnia in Adults, June 13-15, 2005. *Sleep*, 28(9), 1049.
- National Sleep Foundation (2015). National Sleep Foundation recommends new sleep times. Acedido em <https://sleepfoundation.org/press-release/national-sleep-foundation-recommends-new-sleep-times>
- Nielsen, R. (2008). Women's land rights in post-conflict Angola. *Rural Development Institute Report: Report on Foreign Aid and Development*, 125, 24.
- Nielsen, M. B., Tvedt, S. D., & Matthiesen, S. B. (2013). Prevalence and occupational predictors of psychological distress in the offshore petroleum industry: a prospective study. *International archives of occupational and environmental health*, 86(8), 875-885.
- Ohayon, M. M. (1997). Prevalence of DSM-IV diagnostic criteria of insomnia: distinguishing insomnia related to mental disorders from sleep disorders. *Journal of psychiatric research*, 31(3), 333-346.
- Ohayon, M. M. (2002). Epidemiology of insomnia: what we know and what we still need to learn. *Sleep medicine reviews*, 6(2), 97-111.
- Ohayon, M. M. (2009). Observation of the natural evolution of insomnia in the American general population cohort. *Sleep medicine clinics*, 4(1), 87-92.

- Ohayon, M. M., & Paiva, T. (2005). Global sleep dissatisfaction for the assessment of insomnia severity in the general population of Portugal. *Sleep Medicine*, 6(5), 435-441.
- Ohayon, M. M., & Partinen, M. (2002). Insomnia and global sleep dissatisfaction in Finland. *Journal of sleep research*, 11(4), 339-346.
- Ohayon, M. M., & Roth, T. (2001). What are the contributing factors for insomnia in the general population?. *Journal of psychosomatic research*, 51(6), 745-755.
- Ohayon, M. M., & Sagales, T. (2010). Prevalence of insomnia and sleep characteristics in the general population of Spain. *Sleep medicine*, 11(10), 1010-1018.
- Pagenhart, A., Buset, H., & Thronsen, T. I. (1998). Experience Transfer from Operational Environments to Installation Design: Why, How. In *SPE International Conference on Health, Safety, and Environment in Oil and Gas Exploration and Production*. Society of Petroleum Engineers.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Paiva, T. (2008). *Bom sono, boa vida..* Cruz Quebrada: Oficina do Livro.
- Paiva, T., & Penzel, T. (2011). *Centro de medicina do sono: manual prático*. Lisboa: Lidel.
- Paixão, E., Branco, M. J., & Contreiras, T. (2006). *Uma observação sobre a prevalência de perturbações do sono, em Portugal Continental*.
- Parkes, J. (2007). Reliability as argument. *Educational Measurement: Issues and Practice*, 26(4), 2-10.
- Pessanha, R. (1994). *O trabalho "off-shore": Inovação tecnológica, organização do trabalho e Qualificação do operador de produção na bacia de Campos* (Dissertação de Mestrado). Rio de Janeiro.
- Pinto, J. C., Martins, P., Pinheiro, T. B., Oliveira, A., (2015). Ansiedade, depressão e Stresse: um estudo com jovens adultos e adultos portugueses. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 16(2), 148-163.
- Puttonen, S., Härmä, M., & Hublin, C. (2010). Shift work and cardiovascular disease—pathways from circadian stress to morbidity. *Scandinavian journal of work, environment & health*, 96-108.

- Reichert, C. L., Diogo, C. L., Vieira, J. L., & Dalacorte, R. R. (2011). Physical activity and depressive symptoms in community-dwelling elders from southern Brazil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 33(2), 165-170.
- Reis, F. (2010). *Como elaborar uma dissertação de mestrado segundo Bolonha*. Lisboa: Pactor.
- Rente, P., & Pimentel, T. (2004). *A patologia do sono*. Lisboa: Lidel: edições técnicas, Lda.
- Roberts, R. E., Shema, S. J., Kaplan, G. A., & Strawbridge, W. J. (2000). Sleep complaints and depression in an aging cohort: a prospective perspective. *American Journal of Psychiatry*, 157(1), 81-88.
- Roth, T. (2007). Insomnia: definition, prevalence, etiology, and consequences. *Journal of clinical sleep medicine: JCSM: official publication of the American Academy of Sleep Medicine*, 3(5 Suppl), S7.
- Roth, T. (2009). Comorbid insomnia: current directions and future challenges. *The American journal of managed care*, 15, S6-13.
- Roth, T., Roehrs, J. A., Costa e Silva, J. A., & Cahse, M. H. (1999). Public health and insomnia: consensus statement regarding its status and needs for future actions. *Sleep Medicine Clinics*, 22, 417-20.
- Roth, T., Zammit, G., Kushida, C., Doghramji, K., Mathias, S. D., Wong, J. M., & Buysse, D. J. (2002). A new questionnaire to detect sleep disorders. *Sleep Medicine*, 3(2), 99-108.
- Royal College of Psychiatrists. (2011). *Neurobiological influences on suicide — in 100 words*. Acedido em <http://bjp.rcpsych.org/content/203/4/271>
- Rundmo, T. (1992). Risk perception and safety on offshore petroleum platforms—Part I: Perception of risk. *Safety Science*, 15(1), 39-52.
- Sampaio, J. C. (1998). *Saúde mental e trabalho em petroleiros de plataforma: penosidade, rebeldia e conformismo em petroleiros de produção (onshore/offshore) no Ceará*. Fortaleza: FLACSO/EDUECE.
- Satrun, E. A. (1998). Ergonomics and Petroleum Engineering. In *SPE International Conference on Health, Safety, and Environment in Oil and Gas Exploration and Production*. Society of Petroleum Engineers.
- Simon, G. E., VonKorff, M., & Barlow, W. (1995). Health care costs of primary care patients with recognized depression. *Archives of general psychiatry*, 52(10), 850-856.

- Skepper, N., Straker, L., & Pollock, C. (2000). A case study of the use of ergonomics information in a heavy engineering design process. *International Journal of Industrial Ergonomics*, 26(3), 425-435.
- Sobocki, P., Jönsson, B., Angst, J., & Rehnberg, C. (2006). Cost of depression in Europe. *The journal of mental health policy and economics*, 9(2), 87-98.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., & Durrence, H. H. (2003). Insomnia as a health risk factor. *Behavioral sleep medicine*, 1(4), 227-247.
- Taylor, D. J., Lichstein, K. L., Durrence, H. H., Reidel, B. W., & Bush, A. J. (2005). Epidemiology of insomnia, depression, and anxiety. *Sleep*, 28(11), 1457-1464.
- Timossi, L. D., Leite, N., Osiecki, A. C. V., Cavazza, J. F., Cieslak, F., & Osiecki, R. (2014). Tabagismo, consumo alcoólico e tempo de sono em trabalhadores ativos da indústria do estado do Paraná-Brasil. *Revista de Saúde Pública= Journal of Public Health*, 16(4), 491.
- Thronsden, T., & Hoivik, D. (2005). *Designing for a Healthy Working Environment – Engineering Practices and Tools Used in the Norwegian Petroleum Industry*. Society of Petroleum Engineers.
- Tylee, A. (2000). Depression in Europe: experience from the DEPRES II survey. *European Neuropsychopharmacology*, 10, S445-S448.
- Vaz Serra, A. (1996). *A depressão*. Pathos – monografias de patologia geral. Vaz-Serra, A., & Abreu, J. (1973). Aferição dos quadros clínicos depressivos I: Ensaio de aplicação do “Inventário Depressivo de Beck” a uma amostra portuguesa de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- Vieth, H. (2009). Mental health policies in Europe. The health policy bulletin of the european observatory on health systems and policies. *Euro Observer*, 11(3).
- Walsh, J. K. (2004). Clinical and socioeconomic correlates of insomnia. *Journal of Clinical psychiatry*, 65(8), 13-19.
- Wang, P. S., Aguilar-Gaxiola, S., AlHamzawi, A. O., Alonso, J., Andrade, L. H., Angermeyer, M.,... & Caldas de Almeida, J. M. (2012). *Treated and untreated prevalence of mental disorder worldwide*.

- Weissman, M. M., Bland, R. C., Canino, G. J., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. G., ... & Lépine, J. P. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *Jama*, 276(4), 293-299.
- Westgaard, R. H., & Wulff, I. A. (1991, January). Ergonomic Acceptability Criteria for the Norwegian Offshore Industry. In *SPE Health, Safety and Environment in Oil and Gas Exploration and Production Conference*. Society of Petroleum Engineers.
- Whitehead, M. (1991). *The concepts and principles of equity and health*. Copenhagen: World Health Organization.
- WHO. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e directrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- WHO. (2000). Cross-National comparisons of the prevalences, and correlates of mental disorders. In *Bulletin of the World Health Organization*. 78, 4.
- WHO. (2003). *Depression*. Acedido em de http://www.who.int/mental_health/management/depression/definition/en/
- WHO. (2004). Mental health and substance abuse facts and figures conquering depression. Acedido em http://www.searo.who.int/en/Section1174/Section1199/Section1567/Section1826_8101.htm
- WHO. (2008). *Commission on social determinants of health. closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health: final report: executive summary*. Acedido em: http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_CSDH_08.1_eng.pdf.
- WHO. (2008). *The burden of disease: 2004 update*. Acedido em: http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf.
- Wirz-Justice, A., & Van den Hoofdakker, R. H. (1999). Sleep deprivation in depression: what do we know, where do we go?. *Biological psychiatry*, 46(4), 445-453.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M., Jönsson, B., ... & Fratiglioni, L. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *European Neuropsychopharmacology*, 21(9), 655-679.

Wulff, I. A., Westgaard, R. H., & Rasmussen, B. (1999). Ergonomic criteria in large-scale engineering design—I Management by documentation only? Formal organization vs. designers' perceptions. *Applied Ergonomics*, 30(3), 191-205.

ANEXOS

Anexo I - Parecer sobre o estudo



PARECER
 Nº 28/2015

ASSUNTO: PARECER SOBRE O ESTUDO "SONO E DEPRESSÃO NOS TRABALHADORES OFFSHORE"

Tendo o estudante Eduardo Miguel Xavier Guerra Pereira Coelho sob a orientação do Prof. Doutor Carlos Pereira, solicitado a emissão de parecer sobre o estudo a realizar no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na unidade curricular de Relatório Final da Escola Superior de Saúde de Viseu, a Comissão de Ética da Escola Superior de Saúde de Viseu apresenta o seguinte parecer:

- Considerando que o estudo se reveste de importância para analisar a prevalência de ocorrência de insónia e sintomatologia depressiva e seus factores de risco nos trabalhadores offshore da plataforma Bloco 3 African Installer, recomendamos que com a realização deste trabalho sejam propostas estratégias que respondam à finalidade do trabalho e que os resultados sejam dados a conhecer à comunidade;
- Considerando que a participação no estudo consiste no preenchimento de um questionário de resposta fechada, por parte dos trabalhadores de offshore que se disponibilizem a participar no estudo, deve ser garantido que a sua participação é voluntária, que os dados, uma vez que são considerados sensíveis, sejam anonimizados e garantidos a sua confidencialidade, através da disponibilização e esclarecimento do consentimento informado;
- Considerando que, embora no questionário não existe identificação nominal, existam dados sócio demográficos que podem levar à identificação do trabalhador e, por isso, recomenda-se que a chave desta codificação deva apenas ser conhecida pelo investigador e que seja efetuada a sua destruição após a discussão do trabalho, assim como se exige o cumprimento do segredo profissional por parte do investigador no processo administrativo dos questionários e na sua codificação;

Somos de parecer que este estudo cumpre os requisitos éticos referentes à anonimização e autonomia dos participantes e tem uma adequada metodologia científica para ser realizado.

Viseu, 23 de Setembro de 2015

 Joana Araújo Peres

A relatora

Eduardo Miguel Xavier Guerra Pereira Coelho

A presidente da CE da ESSV

Anexo II - Pedido de parecer da comissão de ética sobre o estudo



Ministério da Educação e Ciência
Instituto Politécnico de Viseu

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE VISEU

Exmo. Sr.
Presidente da Escola Superior de Saúde de Viseu
Professor Doutor Carlos Pereira
Rua D. João Crisóstomo Gomes de Almeida nº 102
3500-813 Viseu

ASSUNTO: PEDIDO DE PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA SOBRE O ESTUDO/INVESTIGAÇÃO

O orientador/docente Carlos Pereira e o estudante Eduardo Miguel Xavier Guerra Pereira Coelho do Curso Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica no âmbito da unidade curricular de Relatório Final vêm solicitar a V. Exa. se digne submeter o pedido do estudo/ investigação sobre o tema "Sono e Depressão nos Trabalhadores de Offshore" à apreciação da Comissão de Ética da ESSV a fim de ser emitido parecer.

Para o efeito junta-se em anexo 1 o modelo "Dados do Projeto de Investigação" e em anexo 2 o instrumento de recolha de dados

Nota: Nos casos de dados pessoais sensíveis, nomeadamente os dados de saúde, dados genéticos, dados da vida privada e/ou dados relativos à raça ou etnia, o tratamento só é permitido quando se verificarem as condições de legitimidade constantes do n.º 2 do art. 7º da Lei nº 57/98 (LPD) pelo que deve fazer prova de ter essa autorização.

Com os melhores cumprimentos,

Data 15 de Setembro de 2015

Pede Deferimento

O orientador/docente

Eduardo Miguel Coelho

O estudante

Anexo III – Questionário

R. D. João Crisóstomo Gomes de Almeida, n.º 102

3500-843 Viseu

Os distúrbios de sono e a sintomatologia depressiva constituem problemas de saúde pública e preocupações constantes da Organização Mundial da Saúde. No âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Viseu e através da unidade curricular Relatório Final encontro-me a realizar o estudo intitulado “Sono e depressão em trabalhadores offshore”. O objetivo principal é estimar a prevalência de sintomatologia depressiva e problemas de sono em trabalhadores de uma plataforma petrolífera em Angola.

O questionário deverá ser preenchido individualmente. Por favor responda ao que lhe é solicitado. Os dados recolhidos serão confidenciais e servirão apenas para tratamento estatístico. Depois de preenchido deve colocar o questionário dentro do envelope que o acompanha e fecha-lo para garantir a confidencialidade das suas respostas.

Gratos pela colaboração

Os Responsáveis pela investigação

(Eduardo Coelho)

QUESTIONÁRIO

A-Dados Sócio Demográficos

1-Sexo

Masculino Feminino

2- Idade: _____ Anos

3- Peso atual: _____ Kg

4-Altura atual: _____ cm

5-Estado civil?

Solteiro Casado/união facto Separado Divorciado Viúvo

6- Quais as suas habilitações literárias?

Ensino primário Ensino Médio 5ª-12ª Ensino Superior Curso

Profissional

7-Agregado Familiar

Nº filhos: _____

Nº mulheres: _____

8- Há quanto tempo se encontra a trabalhar em Offshore: _____ anos?

9-Há quanto tempo se encontra a trabalhar no bloco 3:_____ anos?

10- Sistema de rotação:

1 14 dias (2 semanas)

2 21 dias (3 semanas)

3 28 dias (4 semanas)

4 35 dias (5 semanas)

11-Nacionalidade:

1 Angolana

2 Outra. Qual? _____

12-Quantas residências tem:_____

B-Hábitos

13. Costuma tomar café:

1 Não 2 Sim

13.1 Se respondeu Sim, quantos cafés toma por dia?_____ cafés

13.2 Costuma tomar café depois das 20horas?

1 Nunca 2 Raramente 3 Às vezes 4 Quase todas as noites 5 Todas as Noites

14. Costuma consumir bebidas alcoólicas em terra?

1 Não 2 Sim, ocasionalmente 3 Sim, todas as semanas 4 Sim todos os dias

14.1 Se respondeu sim, no geral considera que:

1 Bebe pouco 2 Bebe moderadamente 3 Bebe em excesso

14.2 Que tipo de bebidas costuma consumir?

1 Cerveja 2 Vinho 3 Bebidas brancas 4 Outras. Quais?

15. Costuma consumir refrigerantes?

1 Não 2 Sim.

15.1. Se respondeu sim, costuma consumir:

1 Coca-cola

2 Fanta

3 Blue

4 Outros.

Quais?

15.3. Com que frequência costuma consumir?

1 Raramente

2 Às vezes

3 Quase todos os dias

4 Todos os dias

16. É fumador?

1 Não 2 Sim

16.1 Se respondeu sim, em média quantos cigarros fuma por dia? _____ cigarros

16.2. Com que idade começou a fumar? _____ anos

16.3 Se é ex-fumador, há quanto tempo deixou de fumar? _____ meses

17. Alguma vez já consumiu drogas proibidas?

1 Não 2 Sim

18. Pratica atividade física?

1 Não 2 Sim, as vezes 3 Sim, frequentemente 4 Sim, sempre

19. Atualmente, sofre de alguma doença?

1 Não

2 Sim.

Se

sim,

qual(ais)? _____

20. Nos últimos 12 meses, foi consultado por um médico (em terra)?

Não Sim.

20.1 Se respondeu sim qual(ais) as especialidades?

Medicina interna

Clínica geral

Cardiologia

Medicina dentária

Outras.

Qual

(ais): _____

21. Já alguma vez tomou algum medicamento para dormir? (se respondeu não passe a pergunta nº23)

Não Sim

22. Nos últimos 12 meses, tomou algum medicamento para dormir?

Não Sim

22.1 No último mês, tomou algum medicamento para dormir?

Sim, sempre Sim, frequentemente Sim as vezes Não

22.2 Se respondeu sim, quem lhe receitou o medicamento para dormir?

Ninguém Familiar/Amigo Farmacêutico Médico Outro

23. No último mês, quando se deitou, sentiu dificuldade em adormecer?

Nunca

Menos de uma vez por semana

Uma ou duas vezes por semana

Três ou mais vezes por semana

24. No último mês, com que frequência acordou durante a noite?

1 Nunca

2 Menos de uma vez por semana

3 Uma ou duas vezes por semana

4 Três ou mais vezes por semana

24.1- Quando aconteceu, teve dificuldade em voltar adormecer?

1 Não 2 Sim

25- No último mês acordou demasiado cedo?

1 Nunca

2 Menos de uma vez por semana

3 Uma ou duas vezes por semana

4 Três ou mais vezes por semana

25.1- Quando aconteceu, teve dificuldade em voltar a adormecer?

1 Não 2 Sim

26-No último mês, acha que o seu sono foi agitado, de má qualidade ou superficial?

1 Nunca

2 Menos de uma vez por semana

3 Uma ou duas vezes por semana

4 Três ou mais vezes por semana

27. Costuma deitar-se todos os dias à mesma hora?

1 Nunca 2 Raramente 3 Às vezes 4 Quase todas as noites 5 Todas as Noites

28. Depois de se deitar, quanto tempo demora, em média, a adormecer? _____ minutos

29. Em média quantas horas dorme por noite? _____ horas

30-Habitualmente sente que precisava de dormir mais do que dorme?

1 Nunca 2 Raramente 3 Às vezes 4 Quase todas as noites 5 Todas as Noites

31-Costuma acordar cansado?

1 Nunca 2 Raramente 3 Às vezes 4 Quase todos os dias 5 Todos os dias

32-Sente dificuldade em levantar-se de manhã?

1 Nunca 2 Raramente 3 Às vezes 4 Quase todos os dias 5 Todos os dias

33-No último mês, como avalia a qualidade geral do seu sono?

1 Ótimo 2 Bom 3 Assim/assim 4 Mau 5 Péssimo

34-Sente dificuldade em manter-se acordado durante o dia?

1 Nunca 2 Raramente 3 Às vezes 4 Frequentemente 5 Sempre

35-No último mês, sentiu sono durante o dia?

1 Não, nunca 2 Sim, às vezes 3 Sim, frequentemente 4 Sim, até já adormeci

C-BDI

As perguntas que se seguem relacionam-se com a maneira como atua ou se sente. Assinale a frase que melhor se aplica a si próprio colocando uma cruz (x) no quadrado respetivo, em cada um dos grupos.

1.Humor

- Não me sinto triste.
- Ando triste.
- Sinto-me triste todo o tempo e não consigo evita-lo.
- Estou tão triste ou infeliz que isso se torna penoso para mim.
- Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo mais suportar.

2.Pessimismo

- Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro.
- Sinto-me com medo do futuro.
- Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.
- Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.

11.Irritabilidade

- Não ando agora mais irritado do que costumava.
- Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.
- Sinto-me, permanente, irritado.
- Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritava anteriormente.

12.Afastamento social

- Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.
- Atualmente, sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.
- Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.

Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.

3.Sentimento de fracasso

Não tenho a sensação de ter fracassado.

Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.

Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.

Quando assinalo a minha vida passada, tudo o que noto são uma quantidade de fracassos.

Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, marido).

4.Insatisfação

Não me sinto contente com nada em especial.

Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo.

Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.

Nunca mais consigo obter satisfação seja com o que for.

Sinto-me descontente com tudo.

5.Sentimento de culpabilidade

Não me sinto culpado de nada em particular.

Sinto grande parte do tempo que não presto ou que não tenho qualquer valor.

Sinto-me bastante culpado.

Agora sinto, permanente, que “não presto” ou que não tenho qualquer valor.

Considero que sou muito “falhado” e não valho absolutamente nada.

6.Sentimento de punição

Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal.

Não sinto que esteja a ser vítima de qualquer castigo.

Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado.

Sinto que mereço ser castigado.

Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.

13.Incapacidade de decisão

Não sou capaz de tomar decisões como antigamente.

Atualmente, sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.

Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda de outras pessoas.

Sinto-me, completamente, incapaz de tomar qualquer decisão.

14.Distorção da imagem corporal

Não acho que tenha pior aspeto do que costumava.

Estou aborrecido porque estou “parecer velho” ou pouco atraente.

Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram menos atraente.

Sinto que sou feio ou que tenho aspeto repulsivo.

15.Incapacidade para trabalhar

Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.

Agora preciso de um esforço maior do que dantes para trabalhar.

Não consigo trabalhar tão bem como costumava.

Tenho de dispensar grande esforço para fazer seja o que for.

Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.

16.Alteração do padrão de sono

Consigo dormir tão bem como dantes.

Acordo mais cansado do que era habitual.

Acordo cerca de uma a duas horas mais cedo do que o costume e custa-me a adormecer.

Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais do que cinco horas.

Quero ser castigado.

7.Ódio a si mesmo

Não me sinto descontente comigo.

Estou desiludido comigo mesmo.

Não gosto de mim.

Estou bastante desgostoso comigo.

Odeio-me.

8.Autoacusação

Não sinto que seja pior do que qualquer outra pessoa.

Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros.

Culpo-me das minhas próprias faltas.

Acuso-me por tudo o que de mal me acontece.

9.Desejos suicidas

Não tenho quaisquer ideias de me fazer mal a mim mesmo.

Tenho ideias de por termo a vida mas não sou capaz de as concretizar.

Sinto que seria melhor morrer.

Creio que seria melhor pra minha família se eu morresse.

Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de por termo à minha vida.

Matar-me ia se tivesse oportunidade.

10.Choro

Atualmente não choro mais do que costumava.

Choro mais do que costumava.

Atualmente passo o tempo a chorar e não consigo para de fazê-lo.

Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer consigo, quando tenho vontade disso.

17.Factibilidade

Não me sinto mais cansado do que habitual.

Fico cansado com mais facilidade do que antigamente.

Fico cansado quando faço seja o que for.

Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer seja com o que for.

18.Perda de apetite

O meu apetite é o mesmo de sempre.

O meu apetite é tão bom como costumava ser.

Atualmente, o meu apetite está muito pior do que anteriormente.

Perdi por completo todo o apetite que tinha.

19.Perda de peso

Não tenho perdido muito peso, se é que ultimamente perdi algum.

Perdi mais de 2,5 kg de peso.

Perdi mais de 5 kg de peso.

Perdi mais do que 7,5 kg de peso.

20.Hipocondria

A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual

Sinto-me preocupado com dores e sofrimentos, ou má disposição do estômago ou prisão de ventre ou, ainda, outras. Sensações físicas desagradáveis, no meu corpo.

Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.

Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.

	<p>21.Diminuição da libido</p> <p><input type="checkbox"/> Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.</p> <p><input type="checkbox"/> Encontro-me menos interessado pela vida sexual do que costuma estar.</p> <p><input type="checkbox"/> Atualmente, sinto-me muito menos interessado pela vida sexual perdi por completo o interesse que tinha pela vida sexual.</p> <p><input type="checkbox"/> Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual.</p>
--	---

Muito Obrigado pela sua colaboração!

Anexo IV – Datos estadísticos

Neste anexo, consta toda a informação técnico-estatística que serviu de base para a construção do relatório de resultados. Podem-se aqui encontrar a análise descritiva das variáveis em estudo, tabelas de frequências, validação de pressupostos e testes de hipóteses.

1. Caracterização da amostra

A informação relevante para variáveis nominais refere-se às frequências simples, à moda e ao gráfico de barras ou diagrama circular.

O quadro de distribuição de frequências distribui os valores da variável estatística em frequências simples e acumuladas, que tanto podem ser absolutas (n) como relativas (%).

As frequências absolutas (F_i) indicam o número de vezes que cada elemento da variável se repete. As frequências relativas exprimem o número de vezes que a categoria da variável qualitativa se verifica face ao total de observações, isto é, As frequências $f_i = \frac{F_i}{N}$ relativas são interpretadas em termos percentuais.

Para as variáveis de natureza quantitativa (ou suscetíveis de tratamento quantitativo) procede-se ao exame de algumas medidas tais como a média, desvio padrão, mínimo, máximo.

Quadro 1 – Prevalência de insónia geral

Insónia Geral (um ou mais sintomas)

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	70	70,0	70,0	70,0
Valid Sim	30	30,0	30,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 2 – Dificuldade em adormecer

Insónia1 - Dificuldade em adormecer

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	83	83,0	83,0	83,0
Valid Sim	17	17,0	17,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 3 – Dificuldade em manter o sono

Insónia2 - Dificuldade em manter o sono

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
--	-----------	---------	---------------	--------------------

	Não	93	93,0	93,0	93,0
Valid	Sim	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Quadro 4 – Dificuldade em acordar demasiado cedo

Insónia3 - Acordar demasiado cedo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Não	90	90,0	90,0	90,0
Valid	Sim	10	10,0	10,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Quadro 5 – Sono não reparador

Insónia4 - Sono não reparador

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Não	94	94,0	94,0	94,0
Valid	Sim	6	6,0	6,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Quadro 6 – Intervalos de confiança (indicadores de insónia)

	95% Confidence Interval of the Difference	
	Lower	Upper
Insónia Geral (um ou mais sintomas)	,21	,39
Insónia1 - Dificuldade em adormecer	,10	,24
Insónia2 - Dificuldade em manter o sono	,02	,12
Insónia3 - Acordar demasiado cedo	,04	,16
Insónia4 - Sono não reparador	,01	,11

Quadro 6 – Distribuição da amostra consoante sexo

Q1-Sexo

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Masculino	99	99,0	99,0	99,0
	Feminino	1	1,0	1,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Quadro 7 – Distribuição da amostra consoante faixa etária

Q2-FaixaEtaria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	<35	31	31,0	31,0	31,0
	35-39	25	25,0	25,0	56,0
	40-44	26	26,0	26,0	82,0
	45 ou mais	18	18,0	18,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Quadro 8 – Distribuição da amostra consoante estado civil

Q5-EstadoCivil

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Solteiro	22	22,0	22,0	22,0
	Casado / União de facto	75	75,0	75,0	97,0
	Separado	3	3,0	3,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Quadro 9 – Distribuição da amostra consoante estado civil

Q6-HabLiterarias

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Ensino primário	8	8,0	8,0	8,0
	Ensino médio - 5ª-12ª	83	83,0	83,0	91,0
	Ensino profissional	2	2,0	2,0	93,0
	Ensino superior	7	7,0	7,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Quadro 10 – Análise descritiva da idade, peso, altura e IMC**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Q2-Idade	100	26	59	39,13	6,874
Q3-Peso	100	56	108	85,40	8,919
Q4-Altura	100	1,64	1,87	1,7585	,04945
IMC	100	19,84	33,17	27,5929	2,45451
Valid N (listwise)	100				

Quadro 11 – Distribuição da amostra consoante nacionalidade**Q11-Nacionalidade**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Angolana	90	90,0	90,0	90,0
Valid Portuguesa	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 12 - Distribuição da amostra segundo classificação IMC**ClasselMC**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Peso normal	17	17,0	17,0	17,0
Valid Pré-obesidade	63	63,0	63,0	80,0
Valid Obesidade classe 1	20	20,0	20,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 13 – Distribuição da amostra consoante nº de filhos**Q7.1-AgregFamiliarFilhos**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 0	7	7,0	7,0	7,0
Valid 1	11	11,0	11,0	18,0
Valid 2	27	27,0	27,0	45,0
Valid 3 ou mais	55	55,0	55,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 14 – Distribuição da amostra consoante nº de mulheres**Q7.2-AgregFamiliarMulheres**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	11	11,0	11,0	11,0
1	54	54,0	54,0	65,0
Valid 2	24	24,0	24,0	89,0
3 ou mais	11	11,0	11,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 15 – Distribuição da amostra consoante número de residências**Q12-NrResidencias**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
0	4	4,0	4,0	4,0
1	47	47,0	47,0	51,0
Valid 2	33	33,0	33,0	84,0
3-4	16	16,0	16,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 16 – Distribuição da amostra consoante tempo de trabalho em *offshore***Q8TempoOffshore_4**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1 ou inferior	3	3,0	3,0	3,0
2-4	15	15,0	15,0	18,0
Valid 5-9	31	31,0	31,0	49,0
10 ou mais	51	51,0	51,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 17 – Distribuição da amostra consoante tempo de trabalho no bloco 3**Q9-TempoBloco3**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 ou inferior	16	16,0	16,0	16,0
2-4	43	43,0	43,0	59,0
5-9	29	29,0	29,0	88,0
10 ou mais	12	12,0	12,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 18 – Distribuição da amostra consoante sistema de rotação**Q10-SistemaRotacao**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 14 dias (2 semanas)	2	2,0	2,0	2,0
21 dias (3 semanas)	16	16,0	16,0	18,0
28 dias (4 semanas)	76	76,0	76,0	94,0
35 dias (5 semanas)	6	6,0	6,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 19 – Costuma tomar café?**Q13-TomaCafe**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	45	45,0	45,0	45,0
Sim	55	55,0	55,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 20 – Se respondeu Sim, quantos cafés toma por dia?**Q13.1-CafesDia**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
1	2	2,0	3,6	3,6
2	17	17,0	30,9	34,5
3	16	16,0	29,1	63,6
4	12	12,0	21,8	85,5
Valid 5	2	2,0	3,6	89,1
6	2	2,0	3,6	92,7
7	2	2,0	3,6	96,4
10	2	2,0	3,6	100,0
Total	55	55,0	100,0	
Missing System	45	45,0		
Total	100	100,0		

Quadro 21 – Análise descritiva (abordagem quantitativa): Se respondeu Sim, quantos cafés toma por dia?

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Q13.1-CafesDia	55	1	10	3,42	1,843
Valid N (listwise)	55				

Quadro 22 – Costuma tomar café depois das 20horas?

Q13.2-CafeApos20horas

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	12	12,0	21,8	21,8
Raramente	20	20,0	36,4	58,2
Às vezes	14	14,0	25,5	83,6
Valid Quase todas as noites	5	5,0	9,1	92,7
Todas as noites	4	4,0	7,3	100,0
Total	55	55,0	100,0	
Missing System	45	45,0		
Total	100	100,0		

Quadro 23 – Costuma consumir bebidas alcoólicas em terra?

Q14-ConsomeAlcoolTerra

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	16	16,0	16,0	16,0
Valid Sim, ocasionalmente	38	38,0	38,0	54,0
Valid Sim, todas as semanas	32	32,0	32,0	86,0
Valid Sim, todos os dias	14	14,0	14,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 24 – Se respondeu sim, no geral considera que:

Q14.1-ConsomeAlcoolTerraTipoConsumo

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Bebe pouco	23	23,0	27,4	27,4
Valid Bebe moderadamente	58	58,0	69,0	96,4
Valid Bebe em excesso	3	3,0	3,6	100,0
Total	84	84,0	100,0	
Missing System	16	16,0		
Total	100	100,0		

Quadro 24 – Que tipo de bebidas costuma consumir? – Cerveja

Q14.2-BebidasAlcoolCerveja

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	58	58,0	100,0	100,0
Missing System	42	42,0		
Total	100	100,0		

Quadro 25 – Que tipo de bebidas costuma consumir? – Vinho

Q14.2-BebidasAlcoolVinho

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Sim	32	32,0	100,0	100,0
Missing System	68	68,0		
Total	100	100,0		

Quadro 26 – Que tipo de bebidas costuma consumir? – Bebidas Brancas**Q14.2-BebidasAlcoolBebidasBrancas**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	28	28,0	100,0	100,0
Missing	System	72	72,0		
Total		100	100,0		

Quadro 27 – Que tipo de bebidas costuma consumir? – Outras**Q14.2-BebidasAlcoolOutras**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	3	3,0	100,0	100,0
Missing	System	97	97,0		
Total		100	100,0		

Quadro 28 – Costuma consumir refrigerantes no mar ou em terra?**Q15-ConsomeRefrigerantes**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
	Não	25	25,0	25,0	25,0
Valid	Sim	75	75,0	75,0	100,0
Total		100	100,0	100,0	

Quadro 29 – Se respondeu sim, costuma consumir: Coca-Cola**Q15.1-ConsomeRefrigerantesCocacola**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	50	50,0	100,0	100,0

Missing	System	50	50,0		
Total		100	100,0		

Quadro 30 – Se respondeu sim, costuma consumir: Fanta

Q15.1-ConsomeRefrigerantesFanta

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	31	31,0	100,0	100,0
Missing	System	69	69,0		
Total		100	100,0		

Quadro 31 – Se respondeu sim, costuma consumir: Blue

Q15.1-ConsomeRefrigerantesBlue

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	34	34,0	100,0	100,0
Missing	System	66	66,0		
Total		100	100,0		

Quadro 32 – Se respondeu sim, costuma consumir: Outros

Q15.1-ConsomeRefrigerantesOutros

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	10	10,0	100,0	100,0
Missing	System	90	90,0		
Total		100	100,0		

Quadro 33 – Análise descritiva do número de refrigerantes por semana

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Q15.3-MediaRefrigerantesSemana	75	1	4	2,39	,695
Valid N (listwise)	75				

Quadro 34 – É fumador?

Q16-Fumador

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	78	78,0	78,0	78,0
Valid Sim	22	22,0	22,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 35 – Análise descritiva do número de cigarros fumados por dia**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Q16.1-CigarrosDia	22	2	40	15,64	8,522
Valid N (listwise)	22				

Quadro 36 – Idade que começou a fumar (Análise descritiva dos anos de idade)**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Q16.2-CigarrosDesdeQuelidade	22	10	24	16,09	3,902
Valid N (listwise)	22				

Quadro 37 – Se é ex-fumador, há quanto tempo deixou de fumar? (Análise descritiva dos meses)**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Q16.3-ExFumadorTempo	14	2	300	84,93	103,264
Valid N (listwise)	14				

Quadro 38 – Alguma vez já consumiu drogas proibidas?**Q17-ConsumiuDrogas**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	63	63,0	63,0	63,0
Valid Sim	37	37,0	37,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 39 – Pratica atividade física?

Q18-PraticaAtivFisica

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	32	32,0	32,0	32,0
	Sim, às vezes	46	46,0	46,0	78,0
	Sim, frequentemente	22	22,0	22,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Quadro 40 – Atualmente, sofre de alguma doença?**Q19.1-SofreDoenca**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	86	86,0	86,0	86,0
	Sim	14	14,0	14,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Quadro 41 – Nos últimos 12 meses, foi consultado por um médico (em terra)?**Q20-Medico12MesesEmTerra**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	9	9,0	9,0	9,0
	Sim	91	91,0	91,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Quadro 42 – Se respondeu sim qual(ais) as especialidades? – Medicina interna**Q20.1-EspecialidMedico12MesesEmTerraMedInterna**

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent

Valid	Sim	5	5,0	100,0	100,0
Missing	System	95	95,0		
Total		100	100,0		

Quadro 43 – Se respondeu sim qual(ais) as especialidades? – Clínica Geral

Q20.1-EspecialidMedico12MesesEmTerraClinicaGeral

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	71	71,0	100,0	100,0
Missing	System	29	29,0		
Total		100	100,0		

Quadro 44 – Se respondeu sim qual(ais) as especialidades? – Medicina Dentária

Q20.1-EspecialidMedico12MesesEmTerraDentaria

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Sim	19	19,0	100,0	100,0
Missing	System	81	81,0		
Total		100	100,0		

Quadro 45 – Já alguma vez tomou algum medicamento para dormir?

Q21-MedicamentoDormir

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	75	75,0	75,0	75,0
	Sim	25	25,0	25,0	100,0
	Total	100	100,0	100,0	

Quadro 46 – Nos últimos 12 meses, tomou algum medicamento para dormir?

Q22-MedicamentoDormir12Meses

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	Não	7	7,0	28,0	28,0
	Sim	18	18,0	72,0	100,0
	Total	25	25,0	100,0	
Missing	System	75	75,0		

Total	100	100,0		
-------	-----	-------	--	--

Quadro 47 – No último mês, tomou algum medicamento para dormir?

Q22.1-MedicamentoDormirUltimoMes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	16	16,0	64,0	64,0
Valid Sim, às vezes	6	6,0	24,0	88,0
Valid Sim, frequentemente	3	3,0	12,0	100,0
Total	25	25,0	100,0	
Missing System	75	75,0		
Total	100	100,0		

Quadro 48 – Se respondeu sim, quem lhe receitou o medicamento para dormir?

Q22.2-MedicamentoDormirQuemReceitou

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Familiar/amigo	14	14,0	56,0	56,0
Valid Farmacêutico	1	1,0	4,0	60,0
Valid Médico	10	10,0	40,0	100,0
Total	25	25,0	100,0	
Missing System	75	75,0		
Total	100	100,0		

Quadro 49 – No último mês, quando se deitou, sentiu dificuldade em adormecer?

Q23-DificuldadeAdormecerUltimoMes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	23	23,0	23,0	23,0
Menos de uma vez por semana	18	18,0	18,0	41,0
Valid Uma ou duas vezes por semana	42	42,0	42,0	83,0
Três ou mais vezes por semana	17	17,0	17,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 50 – No último mês, com que frequência acordou durante a noite?

Q24-FreqAcordarNoiteUltimoMes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	19	19,0	19,0	19,0
Menos de uma vez por semana	37	37,0	37,0	56,0
Valid Uma ou duas vezes por semana	34	34,0	34,0	90,0
Três ou mais vezes por semana	10	10,0	10,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 51 – Quando aconteceu, teve dificuldade em voltar adormecer?

Q24.1-AcordarNoiteDificuldadeVoltarAdormecer

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Não	63	63,0	63,0	63,0
Valid Sim	37	37,0	37,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 52 – No último mês acordou demasiado cedo?**Q25-AcordarDemasiadoCedoUltimoMes**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	17	17,0	17,0	17,0
Menos de uma vez por semana	36	36,0	36,0	53,0
Valid Uma ou duas vezes por semana	34	34,0	34,0	87,0
Três ou mais vezes por semana	13	13,0	13,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 53 – Quando aconteceu, teve dificuldade em voltar a adormecer?**Q25.1-AcordarDemasiadoCedoDificuldadeVoltarAdormecer**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Não	30	30,0	38,0	38,0
Valid Sim	49	49,0	62,0	100,0
Total	79	79,0	100,0	
Missing System	21	21,0		
Total	100	100,0		

Quadro 54 – No último mês, acha que o seu sono foi agitado, de má qualidade ou superficial?**Q26-SonoAgitadoMaQualidadeSuperficialUltimoMes**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	20	20,0	20,0	20,0
Menos de uma vez por semana	27	27,0	27,0	47,0
Valid Uma ou duas vezes por semana	37	37,0	37,0	84,0
Três ou mais vezes por semana	16	16,0	16,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 55 – Costuma deitar-se todos os dias à mesma hora?**Q27-DeitarSempreMesmaHora**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	4	4,0	4,0	4,0
Raramente	19	19,0	19,0	23,0
Às vezes	47	47,0	47,0	70,0
Valid Quase todas as noites	28	28,0	28,0	98,0
Todas as noites	2	2,0	2,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 56 – Depois de se deitar, quanto tempo demora, em média, a adormecer? (Análise descritiva do número de minutos)**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Q28-TempoAAadormecer	100	5	45	22,90	9,189
Valid N (listwise)	100				

Quadro 57– Análise descritiva do número de horas que dorme à noite**Descriptive Statistics**

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
Q29-MediaHorasDormeNoite	100	5,0	8,0	6,350	,8805
Valid N (listwise)	100				

Quadro 58 – Habitualmente sente que precisava de dormir mais do que dorme?**Q30-SentePrecisavaDormirMais**

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid Nunca	7	7,0	7,0	7,0
Raramente	12	12,0	12,0	19,0

Às vezes	49	49,0	49,0	68,0
Quase todas as noites	28	28,0	28,0	96,0
Todas as noites	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 59 – Costuma acordar cansado?

Q31-AcordaCansado

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	10	10,0	10,0	10,0
Raramente	30	30,0	30,0	40,0
Valid Às vezes	54	54,0	54,0	94,0
Quase todos os dias	6	6,0	6,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 60 – Sente dificuldade em levantar-se de manhã?

Q32-DificuldadeLevantarManha

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	5	5,0	5,0	5,0
Raramente	17	17,0	17,0	22,0
Valid Às vezes	55	55,0	55,0	77,0
Quase todos os dias	19	19,0	19,0	96,0
Todos os dias	4	4,0	4,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 61 – No último mês, como avalia a qualidade geral do seu sono?

Q33-QualidadeGeralSonoUltimoMes

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Péssimo	2	2,0	2,0	2,0
Valid Mau	22	22,0	22,0	24,0
Assim/assim	44	44,0	44,0	68,0

Bom	29	29,0	29,0	97,0
Ótimo	3	3,0	3,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 62 – Sente dificuldade em manter-se acordado durante o dia?

Q34-DificuldadeManterAcordadoDia

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Nunca	14	14,0	14,0	14,0
Raramente	27	27,0	27,0	41,0
Valid As vezes	52	52,0	52,0	93,0
Frequentemente	7	7,0	7,0	100,0
Total	100	100,0	100,0	

Quadro 63 – Análise descritiva de todos os itens da escala BDI

Descriptive Statistics

	N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation
BDI1-Humor	100	0	3	,13	,485
BDI2-Pessimismo	100	0	2	,26	,525
BDI3-SentimentoFracasso	100	0	2	,20	,586
BDI4-Insatisfacao	100	0	3	,25	,557
BDI5-SentimentoCulpabilidade	100	0	3	,18	,626
BDI6-SentimentoPunicao	100	0	3	,42	,699
BDI7-Ódio a si mesmo	100	0	2	,15	,411
BDI8-Autoacusação	100	0	2	,24	,588
BDI9-Desejos suicidas	100	0	1	,02	,141
BDI10-Choro	100	0	3	,28	,753
BDI11-Irritabilidade	100	0	3	,49	,916
BDI12-Afastamento social	100	0	3	,29	,671

BDI13-Incapacidade de decisão	100	0	3	,70	,905
BDI14-Distorção da imagem corporal	100	0	2	,36	,732
BDI15-Incapacidade para trabalhar	100	0	1	,24	,429
BDI16-Alteração do padrão de sono	100	0	3	,46	,673
BDI16_2-Alteração do padrão de sono	100	0	3	1,26	1,001
BDI17-Factibilidade	100	0	2	,30	,503
BDI18-Perda de apetite	100	0	3	,54	,673
BDI19-Perda de peso	100	0	2	,06	,312
BDI20-Hipocondria	100	0	3	,35	,609
BDI21-Diminuição da libido	100	0	2	,21	,456
BDI-ScoreFinal	100	0	35	6,13	6,468
Valid N (listwise)	100				

2. Validação do pressuposto de normalidade populacional para a realização de testes paramétricos (variável dependente BDI)

Quadro 64 – Dimensão dos grupos – faixa etária

Case Processing Summary

	Q2-FaixaEtaria	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	<35	31	100,0%	0	0,0%	31	100,0%
	35-39	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%
	40-44	26	100,0%	0	0,0%	26	100,0%
	45 ou mais	18	100,0%	0	0,0%	18	100,0%

Quadro 65 – Testes de aderência à normalidade populacional – faixa etária

Tests of Normality

	Q2-FaixaEtaria	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	<35	,220	31	,001	,842	31	,000
	35-39	,335	25	,000	,526	25	,000

	40-44	,243	26	,000	,849	26	,001
	45 ou mais	,129	18	,200*	,948	18	,398

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste K-W

Quadro 66 – Dimensão dos grupos – classe IMC

Case Processing Summary

	ClasseIMC	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Peso normal	17	100,0%	0	0,0%	17	100,0%
	Pré-obesidade	63	100,0%	0	0,0%	63	100,0%
	Obesidade classe 1	20	100,0%	0	0,0%	20	100,0%

Quadro 67 – Testes de aderência à normalidade populacional – classe IMC

Tests of Normality

	ClasseIMC	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Peso normal	,293	17	,000	,801	17	,002
	Pré-obesidade	,217	63	,000	,728	63	,000
	Obesidade classe 1	,214	20	,017	,806	20	,001

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste K-W

Quadro 68 – Dimensão dos grupos – estado civil

Case Processing Summary

	Q5-EstadoCivil	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Solteiro / Separado	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%
	Casado / União de facto	75	100,0%	0	0,0%	75	100,0%

Quadro 69 – Testes de aderência à normalidade populacional – estado civil

Tests of Normality

	Q5-EstadoCivil	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Solteiro / Separado	,230	25	,001	,849	25	,002
	Casado / União de facto	,205	75	,000	,668	75	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste M-W

Quadro 70 – Dimensão dos grupos – estado civil

Case Processing Summary

	Q6-HabLiterarias	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Ensino primário	8	100,0%	0	0,0%	8	100,0%
	Ensino médio - 5ª-12ª	83	100,0%	0	0,0%	83	100,0%
	Curso profissional / Ensino superior	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%

Quadro 71 – Testes de aderência à normalidade populacional – estado civil

Tests of Normality

	Q6-HabLiterarias	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Ensino primário	,276	8	,072	,822	8	,049
	Ensino médio - 5ª-12ª	,170	83	,000	,845	83	,000
	Curso profissional / Ensino superior	,257	9	,088	,762	9	,007

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste K-W

Quadro 72 – Dimensão dos grupos – nº de filhos do agregado familiar

Case Processing Summary

	Q7.1-AgregFamiliarFilhos	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	0-1	18	100,0%	0	0,0%	18	100,0%

2	27	100,0%	0	0,0%	27	100,0%
3 ou mais	55	100,0%	0	0,0%	55	100,0%

Quadro 73 – Testes de aderência à normalidade populacional – nº de filhos do agregado familiar

Tests of Normality

	Q7.1-AgregFamiliarFilhos	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
	0-1	,268	18	,001	,759	18	,000
BDI-ScoreFinal	2	,278	27	,000	,699	27	,000
	3 ou mais	,182	55	,000	,894	55	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste K-W

Quadro 74 – Dimensão dos grupos – nº de mulheres do agregado familiar

Case Processing Summary

	Q7.2-AgregFamiliarMulheres	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
	0	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%
BDI-ScoreFinal	1	54	100,0%	0	0,0%	54	100,0%
	2	24	100,0%	0	0,0%	24	100,0%
	3 ou mais	11	100,0%	0	0,0%	11	100,0%

Quadro 75 – Testes de aderência à normalidade populacional – nº de mulheres do agregado familiar

Tests of Normality

	Q7.2-AgregFamiliarMulheres	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	0	,269	11	,025	,841	11	,032
	1	,266	54	,000	,673	54	,000

2	,163	24	,100	,880	24	,008
3 ou mais	,197	11	,200	,904	11	,204

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste K-W

Quadro 76 – Dimensão dos grupos – tempo de trabalho em *offshore*

Case Processing Summary

	Q8-TempoOffshore	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	1-4	17	100,0%	0	0,0%	17	100,0%
	5-9	32	100,0%	0	0,0%	32	100,0%
	10-14	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%
	15 ou mais	26	100,0%	0	0,0%	26	100,0%

Quadro 77 – Testes de aderência à normalidade populacional – tempo de trabalho em *offshore*

Tests of Normality

	Q8-TempoOffshore	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	1-4	,221	17	,027	,850	17	,011
	5-9	,254	32	,000	,811	32	,000
	10-14	,187	25	,024	,902	25	,020
	15 ou mais	,333	26	,000	,522	26	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste K-W

Quadro 78 – Dimensão dos grupos – tempo de trabalho no bloco 3

Case Processing Summary

	Q9-TempoBloco3	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	1 ou inferior	16	100,0%	0	0,0%	16	100,0%
	2-4	43	100,0%	0	0,0%	43	100,0%
	5-9	29	100,0%	0	0,0%	29	100,0%
	10 ou mais	12	100,0%	0	0,0%	12	100,0%

Quadro 79 – Testes de aderência à normalidade populacional – tempo de trabalho no bloco 3

Tests of Normality

	Q9-TempoBloco3	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	1 ou inferior	,160	16	,200	,888	16	,052
	2-4	,139	43	,037	,916	43	,004
	5-9	,255	29	,000	,715	29	,000
	10 ou mais	,178	12	,200	,911	12	,220

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste K-W

Quadro 80 – Dimensão dos grupos – sistema de rotação

Case Processing Summary

	Q10-SistemaRotacao	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	2 ou 3 semanas	18	100,0%	0	0,0%	18	100,0%
	4 ou 5 semanas	82	100,0%	0	0,0%	82	100,0%

Quadro 81 – Testes de aderência à normalidade populacional – sistema de rotação

Tests of Normality

	Q10-SistemaRotacao	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	2 ou 3 semanas	,269	18	,001	,800	18	,002

4 ou 5 semanas	,212	82	,000	,781	82	,000
----------------	------	----	------	------	----	------

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste M-W

Quadro 82 – Dimensão dos grupos – nacionalidade

Case Processing Summary

	Q11-Nacionalidade	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Angolana	90	100,0%	0	0,0%	90	100,0%
	Portuguesa	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%

Quadro 83 – Testes de aderência à normalidade populacional – nacionalidade

Tests of Normality

	Q11-Nacionalidade	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Angolana	,209	90	,000	,758	90	,000
	Portuguesa	,330	10	,003	,744	10	,003

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste M-W

Quadro 84 – Dimensão dos grupos – tomar café

Case Processing Summary

	Q13-TomaCafe	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Não	36	80,0%	9	20,0%	45	100,0%
	Sim	48	87,3%	7	12,7%	55	100,0%

Quadro 85 – Testes de aderência à normalidade populacional – tomar café

Tests of Normality

	Q13-TomaCafe	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.

BDI-ScoreFinal	Não	,187	36	,003	,902	36	,004
	Sim	,244	48	,000	,693	48	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Não se viola o pressuposto da normalidade populacional invocando o teorema do limite central⁹. Pode-se utilizar o teste t de *student* para comparação de duas amostras independentes.

Quadro 86 – Dimensão dos grupos – Consumo de álcool

Case Processing Summary

	Q14-ConsomeAlcoolTerra	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Não	16	100,0%	0	0,0%	16	100,0%
	Sim	84	100,0%	0	0,0%	84	100,0%

Quadro 87 – Testes de aderência à normalidade populacional – Consumo de álcool

Tests of Normality

	Q14-ConsomeAlcoolTerra	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Não	,301	16	,000	,793	16	,002
	Sim	,211	84	,000	,714	84	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste M-W

⁹Para amostras com $n > 30$ - teorema do limite central permite assumir que a distribuição da amostragem da média pode ser aproximada por uma distribuição normal, dispensando-se assim a validação do pressuposto de normalidade populacional para a utilização de testes paramétricos.

Quadro 88 – Dimensão dos grupos – Consumo de refrigerantes**Case Processing Summary**

		Q15-ConsomeRefrigerantes		Cases			
				Valid		Missing	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Não	25	100,0%	0	0,0%	25	100,0%
	Sim	75	100,0%	0	0,0%	75	100,0%

Quadro 89 – Testes de aderência à normalidade populacional – Consumo de refrigerantes**Tests of Normality**

		Q15-ConsomeRefrigerantes		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
				Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Não	,312	25	,000	,637	25	,000		
	Sim	,185	75	,000	,844	75	,000		

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste M-W

Quadro 90 – Dimensão dos grupos – tabagismo**Case Processing Summary**

		Q16-Fumador		Cases			
				Valid		Missing	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Não	78	100,0%	0	0,0%	78	100,0%
	Sim	22	100,0%	0	0,0%	22	100,0%

Quadro 91 – Testes de aderência à normalidade populacional – tabagismo**Tests of Normality**

		Q16-Fumador		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
				Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Não	,211	78	,000	,842	78	,000		
	Sim	,309	22	,000	,603	22	,000		

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste M-W

Quadro 92 – Dimensão dos grupos – consumo de drogas proibidas**Case Processing Summary**

		Q17-ConsumiuDrogas		Cases					
				Valid		Missing		Total	
				N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Não	63	100,0%	0	0,0%	63	100,0%		
	Sim	37	100,0%	0	0,0%	37	100,0%		

Quadro 93 – Testes de aderência à normalidade populacional – consumo de drogas proibidas**Tests of Normality**

		Q17-ConsumiuDrogas		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
				Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Não	,224	63	,000	,806	63	,000		
	Sim	,277	37	,000	,693	37	,000		

a. Lilliefors Significance Correction

Não se viola o pressuposto da normalidade populacional invocando o teorema do limite central. Pode-se utilizar o teste t de *student* para comparação de duas amostras independentes.

Quadro 93 – Dimensão dos grupos – prática de atividade física**Case Processing Summary**

		Q18-PraticaAtivFisica		Cases					
				Valid		Missing		Total	
				N	Percent	N	Percent	N	Percent

	Não	32	100,0%	0	0,0%	32	100,0%
BDI-ScoreFinal	Sim, às vezes	46	100,0%	0	0,0%	46	100,0%
	Sim, frequentemente	22	100,0%	0	0,0%	22	100,0%

Quadro 94 – Testes de aderência à normalidade populacional – prática de atividade física

Tests of Normality

	Q18-PraticaAtivFisica	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
	Não	,295	32	,000	,750	32	,000
BDI-ScoreFinal	Sim, às vezes	,139	46	,027	,884	46	,000
	Sim, frequentemente	,121	22	,200	,943	22	,229

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Não se viola o pressuposto da normalidade populacional no grupo 'sim, frequentemente'. Para os restantes grupos pode-se invocar o teorema do limite central. Pode-se utilizar o teste 1-way ANOVA.

Quadro 95 – Dimensão dos grupos – doença

Case Processing Summary

	Q19.1-SofreDoenca	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Não	86	100,0%	0	0,0%	86	100,0%
	Sim	14	100,0%	0	0,0%	14	100,0%

Quadro 96 – Testes de aderência à normalidade populacional – doença

Tests of Normality

	Q19.1-SofreDoenca	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
	Não	,202	86	,000	,770	86	,000
BDI-ScoreFinal	Sim	,180	14	,200	,900	14	,113

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Não se viola o pressuposto da normalidade populacional no grupo do 'sim'. Para o grupo 'não' invoca-se o teorema do limite central. Pode-se utilizar o teste t de *student* para comparação de duas amostras independentes.

Quadro 97 – Dimensão dos grupos – consultado por médico nos últimos 12 meses

Case Processing Summary

	Q20- Medico12MesesEmTerra	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Não	9	100,0%	0	0,0%	9	100,0%
	Sim	91	100,0%	0	0,0%	91	100,0%

Quadro 98 – Testes de aderência à normalidade populacional – consultado por médico nos últimos 12 meses

Tests of Normality

	Q20- Medico12MesesEmTerra	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Não	,379	9	,001	,662	9	,001
	Sim	,193	91	,000	,849	91	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste M-W

Quadro 99 – Dimensão dos grupos – insónia (um ou mais fatores)

Case Processing Summary

	Insónia Geral (um ou mais sintomas)	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Não	70	100,0%	0	0,0%	70	100,0%
	Sim	30	100,0%	0	0,0%	30	100,0%

Quadro 100 – Testes de aderência à normalidade populacional – insônia (um ou mais fatores)**Tests of Normality**

	Insônia Geral (um ou mais sintomas)	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Não	,158	70	,000	,907	70	,000
	Sim	,178	30	,017	,868	30	,002

a. Lilliefors Significance Correction

Invocando o teorema do limite central para ambos os grupos é possível prosseguir com a realização do teste t de *student* para duas amostras independentes.

Quadro 103 – Dimensão dos grupos – Dificuldade em adormecer

	Insônia1 - Dificuldade em adormecer	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Não	83	100,0%	0	0,0%	83	100,0%
	Sim	17	100,0%	0	0,0%	17	100,0%

Quadro 104 – Testes de aderência à normalidade populacional - Dificuldade em adormecer**Tests of Normality**

	Insônia1 - Dificuldade em adormecer	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Não	,204	83	,000	,827	83	,000
	Sim	,310	17	,000	,746	17	,000

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste M-W

Quadro 105 – Dimensão dos grupos – Dificuldade em manter o sono**Case Processing Summary**

	Insônia2 - Dificuldade em manter o sono	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Não	93	100,0%	0	0,0%	93	100,0%
	Sim	7	100,0%	0	0,0%	7	100,0%

Quadro 106 – Testes de aderência à normalidade populacional - Dificuldade em manter o sono

Tests of Normality

	Insônia2 - Dificuldade em manter o sono	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Não	,189	93	,000	,736	93	,000
	Sim	,261	7	,161	,830	7	,081

a. Lilliefors Significance Correction

Não se viola o pressuposto da normalidade populacional no grupo de menor dimensão (referente ao ‘sim’). Como tal, deve-se prosseguir com a realização do teste t de *student* para duas amostras independentes.

Quadro 107 – Dimensão dos grupos – acordar demasiado cedo

Case Processing Summary

	Insônia3 - Acordar demasiado cedo	Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Não	90	100,0%	0	0,0%	90	100,0%
	Sim	10	100,0%	0	0,0%	10	100,0%

Quadro 108 – Testes de aderência à normalidade populacional - acordar demasiado cedo

Tests of Normality

	Insônia3 - Acordar demasiado cedo	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Não	,195	90	,000	,717	90	,000
	Sim	,170	10	,200 [*]	,901	10	,223

*. This is a lower bound of the true significance.

a. Lilliefors Significance Correction

Não se viola o pressuposto da normalidade populacional no grupo de menor dimensão (referente ao ‘sim’). Como tal, deve-se prosseguir com a realização do teste t de *student* para duas amostras independentes.

Quadro 109 – Dimensão dos grupos – sono não reparador**Case Processing Summary**

		Cases					
		Valid		Missing		Total	
		N	Percent	N	Percent	N	Percent
BDI-ScoreFinal	Não	94	100,0%	0	0,0%	94	100,0%
	Sim	6	100,0%	0	0,0%	6	100,0%

Quadro 110 – Testes de aderência à normalidade populacional – sono não reparador**Tests of Normality**

		Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
		Statistic	df	Sig.	Statistic	df	Sig.
BDI-ScoreFinal	Não	,203	94	,000	,742	94	,000
	Sim	,292	6	,119	,766	6	,029

a. Lilliefors Significance Correction

Violação do pressuposto da normalidade populacional – Teste M-W

3. Testes para comparação de grupos (variável dependente – escala BDI)**3.1. Cruzamento com variáveis sociodemográficas****Quadro 111** – BDI consoante faixa etária**Descriptives**

BDI-ScoreFinal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
<35	31	7,97	7,241	1,301	5,31	10,62	0	20
35-39	25	5,80	9,097	1,819	2,05	9,55	0	35
40-44	26	4,85	3,449	,676	3,45	6,24	0	9
45 ou mais	18	5,28	2,675	,630	3,95	6,61	0	9
Total	100	6,13	6,468	,647	4,85	7,41	0	35

Quadro 112 – Teste Kruskal-Wallis

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q2-FaixaEtaria.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,319	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 113 – BDI consoante classe IMC

Descriptives

BDI-ScoreFinal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Peso normal	17	4,29	4,180	1,014	2,15	6,44	0	14
Pré-obesidade	63	6,19	7,000	,882	4,43	7,95	0	35
Obesidade classe 1	20	7,50	6,194	1,385	4,60	10,40	2	20
Total	100	6,13	6,468	,647	4,85	7,41	0	35

Quadro 114 – Teste Kruskal-Wallis

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of ClasseIMC.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,204	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 115 – BDI consoante estado civil

Descriptives

BDI-ScoreFinal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		

Solteiro / Separado	25	8,68	6,939	1,388	5,82	11,54	1	20
Casado / União de facto	75	5,28	6,117	,706	3,87	6,69	0	35
Total	100	6,13	6,468	,647	4,85	7,41	0	35

Quadro 116 – Teste Mann-Whitney

Hypothesis Test Summary

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1 The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q5-EstadoCivil.	Independent Samples Mann-Whitney U Test	,025	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 117 – BDI consoante habilitações literárias

Descriptives

BDI-ScoreFinal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Ensino primário	8	4,13	1,885	,666	2,55	5,70	2	7
Ensino médio - 5ª-12ª	83	5,54	5,218	,573	4,40	6,68	0	20
Curso profissional / Ensino superior	9	13,33	13,019	4,340	3,33	23,34	3	35
Total	100	6,13	6,468	,647	4,85	7,41	0	35

Quadro 118 – Teste Kruskal-Wallis

Hypothesis Test Summary

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1 The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q6-HabLiterarias.	Independent Samples Kruskal-Wallis Test	,120	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 119 – BDI consoante número de filhos do agregado familiar

Descriptives

BDI-ScoreFinal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		

0-1	18	6,94	7,557	1,781	3,19	10,70	0	20
2	27	8,19	8,867	1,706	4,68	11,69	1	35
3 ou mais	55	4,85	4,107	,554	3,74	5,96	0	16
Total	100	6,13	6,468	,647	4,85	7,41	0	35

Quadro 120 – Teste Kruskal-Wallis

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q7. 1-AgregFamiliarFilhos.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,211	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 121 – BDI consoante número de mulheres do agregado familiar

Descriptives

BDI-ScoreFinal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
0	11	8,36	7,339	2,213	3,43	13,29	1	20
1	54	5,78	7,470	1,017	3,74	7,82	0	35
2	24	5,92	4,568	,932	3,99	7,85	1	16
3 ou mais	11	6,09	3,208	,967	3,94	8,25	2	11
Total	100	6,13	6,468	,647	4,85	7,41	0	35

Quadro 122 – Teste Kruskal-Wallis

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q7. 2-AgregFamiliarMulheres.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,323	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 123 – BDI consoante tempo de trabalho em *offshore*

Descriptives

BDI-ScoreFinal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1-4	17	7,29	6,953	1,686	3,72	10,87	0	20

5-9	32	5,97	5,761	1,018	3,89	8,05	0	20
10-14	25	5,40	3,948	,790	3,77	7,03	0	13
15 ou mais	26	6,27	8,780	1,722	2,72	9,82	0	35
Total	100	6,13	6,468	,647	4,85	7,41	0	35

Quadro 124 – Teste Kruskal-Wallis

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q8-TempoOffshore.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,917	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 125 – BDI consoante tempo de trabalho no bloco 3

Descriptives

BDI-ScoreFinal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
1 ou inferior	16	11,06	7,514	1,879	7,06	15,07	0	20
2-4	43	4,37	2,582	,394	3,58	5,17	1	9
5-9	29	7,10	9,061	1,683	3,66	10,55	0	35
10 ou mais	12	3,50	2,747	,793	1,75	5,25	0	9
Total	100	6,13	6,468	,647	4,85	7,41	0	35

Quadro 126 – Teste Kruskal-Wallis

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q9-TempoBloco3.	Independent-Samples Kruskal-Wallis Test	,023	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 127 – BDI consoante sistema de rotação

Descriptives

BDI-ScoreFinal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean	Minimum	Maximum
--	---	------	----------------	------------	----------------------------------	---------	---------

					Lower Bound	Upper Bound		
2 ou 3 semanas	18	3,39	3,274	,772	1,76	5,02	0	13
4 ou 5 semanas	82	6,73	6,844	,756	5,23	8,24	0	35
Total	100	6,13	6,468	,647	4,85	7,41	0	35

Quadro 128 – Teste Mann-Whitney

Hypothesis Test Summary

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q10-SistemaRotacao.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,018	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 129 – BDI consoante nacionalidade

Descriptives

BDI-ScoreFinal

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error	95% Confidence Interval for Mean		Minimum	Maximum
					Lower Bound	Upper Bound		
Angolana	90	6,32	6,584	,694	4,94	7,70	0	35
Portuguesa	10	4,40	5,275	1,668	,63	8,17	0	14
Total	100	6,13	6,468	,647	4,85	7,41	0	35

Quadro 130 – Teste Mann-Whitney

Hypothesis Test Summary

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q11-Nacionalidade.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,181	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

3.2. Cruzamento com variáveis comportamentais

Quadro 131 – BDI consoante tomar café

Group Statistics

	Q13-TomaCafe	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI-ScoreFinal	Não	45	6,02	5,088	,758
	Sim	55	6,22	7,455	1,005

Quadro 132 – Teste t de *student* para duas amostras independentes**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances	t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
BDI-ScoreFinal	Equal variances assumed	1,151	,286	-,150	98	,881	-,196	1,307
	Equal variances not assumed			-,156	95,140	,877	-,196	1,259

Quadro 132 – BDI consoante consumo de álcool**Group Statistics**

	Q14-ConsomeAlcoolTerra	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI-ScoreFinal	Não	16	7,56	7,780	1,945
	Sim	84	5,86	6,204	,677

Quadro 133 – Teste Mann-Whitney

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q14-ConsumoAlcoolTerra.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,992	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 134 – BDI consoante consumo de refrigerantes

Group Statistics

	Q15-ConsumoRefrigerantes	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI-ScoreFinal	Não	25	7,36	9,018	1,804
	Sim	75	5,72	5,377	,621

Quadro 135 – Teste Mann-Whitney

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q15-ConsumoRefrigerantes.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,565	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 136 – BDI consoante tabagismo

Group Statistics

	Q16-Fumador	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI-ScoreFinal	Não	78	5,68	5,426	,614
	Sim	22	7,73	9,264	1,975

Quadro 137 – Teste Mann-Whitney

Hypothesis Test Summary

Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1 The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q16-Fumador.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,277	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 138 – BDI consoante consumo de drogas

Group Statistics

	Q17-ConsumiuDrogas	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI-ScoreFinal	Não	63	5,46	5,506	,694
	Sim	37	7,27	7,791	1,281

Quadro 139 – Teste t de *student* para duas amostras independentes

Independent Samples Test

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
BDI-ScoreFinal	Equal variances assumed	,787	,377	-1,357	98	,178	-1,810	1,334
	Equal variances not assumed			-1,243	57,351	,219	-1,810	1,457

						tailed)		
BDI-ScoreFinal	Equal variances assumed	4,687	,033	,614	98	,541	1,148	1,870
	Equal variances not assumed			1,159	54,548	,251	1,148	,990

Quadro 144 – BDI consoante consulta no médico nos últimos 12 meses

Group Statistics

	Q20-Medico12MesesEmTerra	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI-ScoreFinal	Não	9	11,44	13,492	4,497
	Sim	91	5,60	5,170	,542

Quadro 145 – Teste Mann-Whitney

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Q20-Medico12MesesEmTerra.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,187	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

3.3. Cruzamento com variáveis de prevalência de insónia

Quadro 146 – BDI consoante insónia geral

Group Statistics

	Insónia Geral (um ou mais sintomas)	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI-ScoreFinal	Não	70	4,13	3,297	,394
	Sim	30	10,80	9,204	1,680

Quadro 147 – Teste t de *student* para duas amostras independentes

Independent Samples Test

	Levene's	t-test for Equality of Means
--	----------	------------------------------

		Test for Equality of Variances						
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
BDI-ScoreFinal	Equal variances assumed	42,209	,000	-5,345	98	,000	-6,671	1,248
	Equal variances not assumed			-3,865	32,235	,001	-6,671	1,726

Quadro 148 – BDI consoante dificuldade em adormecer

Group Statistics

	Insônia1 - Dificuldade em adormecer	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI-ScoreFinal	Não	83	5,30	5,065	,556
	Sim	17	10,18	10,315	2,502

Quadro 149 – Teste Mann-Whitney

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Insônia1 - Dificuldade em adormecer.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,030	Reject the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

Quadro 150 – BDI consoante dificuldade em manter o sono

Group Statistics

	Insônia2 - Dificuldade em manter o sono	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI-ScoreFinal	Não	93	5,72	6,261	,649
	Sim	7	11,57	7,208	2,724

Quadro 151 – Teste t de *student* para duas amostras independentes**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
BDI-ScoreFinal	Equal variances assumed	1,482	,226	-2,361	98	,020	-5,851	2,478
	Equal variances not assumed			-2,089	6,700	,077	-5,851	2,801

Quadro 152 – BDI consoante acordar demasiado cedo**Group Statistics**

	Insónia3 - Acordar demasiado cedo	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI-ScoreFinal	Não	90	5,61	6,303	,664
	Sim	10	10,80	6,356	2,010

Quadro 153 – Teste t de *student* para duas amostras independentes**Independent Samples Test**

		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means				
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference
BDI-ScoreFinal	Equal variances assumed	,657	,420	-2,468	98	,015	-5,189	2,103

Equal variances not assumed			-2,451	11,061	,032	-5,189	2,117
-----------------------------	--	--	--------	--------	------	--------	-------

Quadro 154 – BDI consoante sono não reparador

Group Statistics

	Insónia4 - Sono não reparador	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
BDI-ScoreFinal	Não	94	6,00	6,416	,662
	Sim	6	8,17	7,574	3,092

Quadro 155 – Teste Mann-Whitney

Hypothesis Test Summary

	Null Hypothesis	Test	Sig.	Decision
1	The distribution of BDI-ScoreFinal is the same across categories of Insónia4 - Sono não reparador.	Independent-Samples Mann-Whitney U Test	,743	Retain the null hypothesis.

Asymptotic significances are displayed. The significance level is ,05.

4. Testes de independência do Qui-Quadrado (variável dependente prevalência de insónia)

4.1. Variáveis sociodemográficas

Quadro 156 – Tabela de Contingência: faixa etária

Crosstab

			Insônia Geral (um ou mais sintomas)		Total
			Não	Sim	
Q2-FaixaEtaria	<35	Count	13	18	31
		% within Q2-FaixaEtaria	41,9%	58,1%	100,0%
	35-39	Count	22	3	25
		% within Q2-FaixaEtaria	88,0%	12,0%	100,0%
	40-44	Count	20	6	26
		% within Q2-FaixaEtaria	76,9%	23,1%	100,0%
	45 ou mais	Count	15	3	18
		% within Q2-FaixaEtaria	83,3%	16,7%	100,0%
Total	Count	70	30	100	
	% within Q2-FaixaEtaria	70,0%	30,0%	100,0%	

Quadro 157 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,601 ^a	3	,001
Likelihood Ratio	17,351	3	,001
Linear-by-Linear Association	9,243	1	,002
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,40.

Quadro 158 – Tabela de Contingência: classe IMC

Crosstab

			Insônia Geral (um ou mais sintomas)		Total
			Não	Sim	
ClasseIMC	Peso normal	Count	11	6	17
		% within ClasseIMC	64,7%	35,3%	100,0%
	Pré-obesidade	Count	49	14	63
		% within ClasseIMC	77,8%	22,2%	100,0%
	Obesidade classe 1	Count	10	10	20
		% within ClasseIMC	50,0%	50,0%	100,0%

Total	Count	70	30	100
	% within ClasseIMC	70,0%	30,0%	100,0%

Quadro 159 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	5,851 ^a	2	,054
Likelihood Ratio	5,630	2	,060
Linear-by-Linear Association	1,227	1	,268
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,10.

Quadro 160 – Tabela de Contingência: estado civil

Crosstab

		Insônia Geral (um ou mais sintomas)		Total	
		Não	Sim		
Q5-EstadoCivil	Solteiro / Separado	Count	16	9	25
		% within Q5-EstadoCivil	64,0%	36,0%	100,0%
Q5-EstadoCivil	Casado / União de facto	Count	54	21	75
		% within Q5-EstadoCivil	72,0%	28,0%	100,0%
Total		Count	70	30	100
		% within Q5-EstadoCivil	70,0%	30,0%	100,0%

Quadro 161 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,571 ^a	1	,450		
Continuity Correction ^b	,254	1	,614		
Likelihood Ratio	,559	1	,455		
Fisher's Exact Test				,460	,303

Linear-by-Linear Association	,566	1	,452		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Quadro 162 – Tabela de Contingência: habilitações literárias

Crosstab

			Insónia Geral (um ou mais sintomas)		Total
			Não	Sim	
Q6-HabLiterarias	Ensino primário	Count	6	2	8
		% within Q6-HabLiterarias	75,0%	25,0%	100,0%
	Ensino médio - 5ª-12ª	Count	59	24	83
		% within Q6-HabLiterarias	71,1%	28,9%	100,0%
	Curso profissional / Ensino superior	Count	5	4	9
		% within Q6-HabLiterarias	55,6%	44,4%	100,0%
Total	Count	70	30	100	
	% within Q6-HabLiterarias	70,0%	30,0%	100,0%	

Quadro 163 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,036 ^a	2	,596
Likelihood Ratio	,979	2	,613
Linear-by-Linear Association	,802	1	,371
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (33,3%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,40.

Quadro 164 – Tabela de Contingência: número de filhos

Crosstab

	Insónia Geral (um ou mais sintomas)		Total
	Não	Sim	

		Count		14	4	18
	0-1	% within AgregFamiliarFilhos	Q7.1-	77,8%	22,2%	100,0%
Q7.1-AgregFamiliarFilhos	2	Count		16	11	27
		% within AgregFamiliarFilhos	Q7.1-	59,3%	40,7%	100,0%
	3 ou mais	Count		40	15	55
		% within AgregFamiliarFilhos	Q7.1-	72,7%	27,3%	100,0%
Total		Count		70	30	100
		% within AgregFamiliarFilhos	Q7.1-	70,0%	30,0%	100,0%

Quadro 165 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	2,197 ^a	2	,333
Likelihood Ratio	2,150	2	,341
Linear-by-Linear Association	,001	1	,978
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,40.

Quadro 166 – Tabela de Contingência: número de mulheres

Crosstab

			Insônia Geral (um ou mais sintomas)		Total
			Não	Sim	
Q7.2-AgregFamiliarMulheres	0	Count	7	4	11

	% within Q7.2-	63,6%	36,4%	100,0%
	AgregFamiliarMulheres			
	Count	44	10	54
1	% within Q7.2-	81,5%	18,5%	100,0%
	AgregFamiliarMulheres			
	Count	9	15	24
2	% within Q7.2-	37,5%	62,5%	100,0%
	AgregFamiliarMulheres			
	Count	10	1	11
3 ou mais	% within Q7.2-	90,9%	9,1%	100,0%
	AgregFamiliarMulheres			
	Count	70	30	100
Total	% within Q7.2-	70,0%	30,0%	100,0%
	AgregFamiliarMulheres			

Quadro 167 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	17,963 ^a	3	,000
Likelihood Ratio	17,545	3	,001
Linear-by-Linear Association	,441	1	,506
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,30.

Quadro 168 – Tabela de Contingência: tempo de trabalho em *offshore*

Crosstab

	Insônia Geral (um ou mais sintomas)	Total
--	-------------------------------------	-------

			Não	Sim	
Q8-TempoOffshore	1-4	Count	12	5	17
		% within Q8-TempoOffshore	70,6%	29,4%	100,0%
	5-9	Count	19	13	32
		% within Q8-TempoOffshore	59,4%	40,6%	100,0%
	10-14	Count	18	7	25
		% within Q8-TempoOffshore	72,0%	28,0%	100,0%
	15 ou mais	Count	21	5	26
		% within Q8-TempoOffshore	80,8%	19,2%	100,0%
Total	Count	70	30	100	
	% within Q8-TempoOffshore	70,0%	30,0%	100,0%	

Quadro 169 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	3,207 ^a	3	,361
Likelihood Ratio	3,242	3	,356
Linear-by-Linear Association	1,543	1	,214
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,10.

Quadro 170 – Tabela de Contingência: tempo de trabalho no bloco 3

Crosstab

			Insónia Geral (um ou mais sintomas)		Total
			Não	Sim	
Q9-TempoBloco3	1 ou inferior	Count	9	7	16
		% within Q9-TempoBloco3	56,2%	43,8%	100,0%
	2-4	Count	28	15	43
		% within Q9-TempoBloco3	65,1%	34,9%	100,0%
	5-9	Count	21	8	29
		% within Q9-TempoBloco3	72,4%	27,6%	100,0%
	10 ou mais	Count	12	0	12
		% within Q9-TempoBloco3	100,0%	0,0%	100,0%
Total	Count	70	30	100	
	% within Q9-TempoBloco3	70,0%	30,0%	100,0%	

Quadro 171 – Testes de independência do qui-quadrado**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,152 ^a	3	,067
Likelihood Ratio	10,462	3	,015
Linear-by-Linear Association	6,064	1	,014
N of Valid Cases	100		

a. 2 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,60.

Quadro 172 – Tabela de Contingência: sistema de rotação**Crosstab**

				Insônia Geral (um ou mais sintomas)		Total
				Não	Sim	
Q10-SistemaRotacao	2 ou 3 semanas	Count	Q10-	12	6	18
		% within SistemaRotacao		66,7%	33,3%	100,0%
Q10-SistemaRotacao	4 ou 5 semanas	Count	Q10-	58	24	82
		% within SistemaRotacao		70,7%	29,3%	100,0%
Total		Count	Q10-	70	30	100
		% within SistemaRotacao		70,0%	30,0%	100,0%

Quadro 173 – Testes de independência do qui-quadrado**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,116 ^a	1	,733		
Continuity Correction ^b	,003	1	,955		
Likelihood Ratio	,114	1	,735		
Fisher's Exact Test				,779	,468

Linear-by-Linear Association	,115	1	,735		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 5,40.

b. Computed only for a 2x2 table

Quadro 174 – Tabela de Contingência: nacionalidade

Crosstab

			Insónia Geral (um ou mais sintomas)		Total
			Não	Sim	
Q11-Nacionalidade	Angolana	Count	62	28	90
		% within Q11-Nacionalidade	68,9%	31,1%	100,0%
	Portuguesa	Count	8	2	10
		% within Q11-Nacionalidade	80,0%	20,0%	100,0%
Total	Count	70	30	100	
	% within Q11-Nacionalidade	70,0%	30,0%	100,0%	

Quadro 175 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,529 ^a	1	,467		
Continuity Correction ^b	,132	1	,716		
Likelihood Ratio	,567	1	,451		
Fisher's Exact Test				,719	,373
Linear-by-Linear Association	,524	1	,469		
N of Valid Cases	100				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 3,00.

b. Computed only for a 2x2 table

Quadro 176 – Tabela de Contingência: número de residências

Crosstab

			Insónia Geral (um ou mais sintomas)		Total
			Não	Sim	

Q12-NrResidencias	0	Count	1	3	4
		% within NrResidencias	25,0%	75,0%	100,0%
	1	Count	38	9	47
		% within NrResidencias	80,9%	19,1%	100,0%
	2	Count	20	13	33
	% within NrResidencias	60,6%	39,4%	100,0%	
Total	3-4	Count	11	5	16
		% within NrResidencias	68,8%	31,2%	100,0%
	Count	70	30	100	
	% within NrResidencias	70,0%	30,0%	100,0%	

Quadro 177 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	7,891 ^a	3	,048
Likelihood Ratio	7,641	3	,054
Linear-by-Linear Association	,214	1	,644
N of Valid Cases	100		

a. 3 cells (37,5%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 1,20.

4.2. Variáveis comportamentais

Quadro 178 – Tabela de Contingência: tomar café

Crosstab

			Insônia Geral (um ou mais sintomas)		Total
			Não	Sim	
Q13-TomaCafe	Não	Count	30	15	45

	% within Q13-TomaCafe	66,7%	33,3%	100,0%
	Count	40	15	55
Sim	% within Q13-TomaCafe	72,7%	27,3%	100,0%
	Count	70	30	100
Total	% within Q13-TomaCafe	70,0%	30,0%	100,0%

Quadro 179 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,433 ^a	1	,511		
Continuity Correction ^b	,192	1	,661		
Likelihood Ratio	,432	1	,511		
Fisher's Exact Test				,520	,330
Linear-by-Linear Association	,429	1	,513		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 13,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Quadro 180 – Tabela de Contingência: consumo de álcool

Crosstab

		Insônia Geral (um ou mais sintomas)		Total
		Não	Sim	
Q14-ConsomeAlcoolTerra	Count	9	7	16
	% within Q14-ConsomeAlcoolTerra	56,2%	43,8%	100,0%

	Count	61	23	84
Sim	% within Q14- ConsomeAlcoolTerra	72,6%	27,4%	100,0%
Total	Count	70	30	100
	% within Q14- ConsomeAlcoolTerra	70,0%	30,0%	100,0%

Quadro 181 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,715 ^a	1	,190		
Continuity Correction ^b	1,024	1	,312		
Likelihood Ratio	1,625	1	,202		
Fisher's Exact Test				,236	,156
Linear-by-Linear Association	1,698	1	,193		
N of Valid Cases	100				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,80.

b. Computed only for a 2x2 table

Quadro 182 – Tabela de Contingência: consumo de refrigerantes

Crosstab

		Insônia Geral (um ou mais sintomas)		Total
		Não	Sim	
Q15-ConsumoRefrigerantes	Não	Count 15 60,0%	Count 10 40,0%	Count 25 100,0%
	Sim	Count 55 73,3%	Count 20 26,7%	Count 75 100,0%
Total		Count 70 70,0%	Count 30 30,0%	Count 100 100,0%

Quadro 183 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	1,587 ^a	1	,208		
Continuity Correction ^b	1,016	1	,313		
Likelihood Ratio	1,535	1	,215		
Fisher's Exact Test				,218	,157
Linear-by-Linear Association	1,571	1	,210		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 7,50.

b. Computed only for a 2x2 table

Quadro 184 – Tabela de Contingência: tabagismo**Crosstab**

		Insônia Geral (um ou mais sintomas)		Total
		Não	Sim	
Q16-Fumador	Não	Count 51	27	78
		% within Q16-Fumador 65,4%	34,6%	100,0%
	Sim	Count 19	3	22
		% within Q16-Fumador 86,4%	13,6%	100,0%
Total		Count 70	30	100
		% within Q16-Fumador 70,0%	30,0%	100,0%

Quadro 185 – Testes de independência do qui-quadrado**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)

Pearson Chi-Square	3,596 ^a	1	,058		
Continuity Correction ^b	2,667	1	,102		
Likelihood Ratio	4,022	1	,045		
Fisher's Exact Test				,069	,046
Linear-by-Linear Association	3,560	1	,059		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,60.

b. Computed only for a 2x2 table

Quadro 186 – Tabela de Contingência: consumo de drogas

Crosstab

					Insônia Geral (um ou mais sintomas)		Total
					Não	Sim	
Q17-ConsumiuDrogas	Não	Count			44	19	63
		% within ConsumiuDrogas	Q17-		69,8%	30,2%	100,0%
	Sim	Count			26	11	37
		% within ConsumiuDrogas	Q17-		70,3%	29,7%	100,0%
Total	Count			70	30	100	
	% within ConsumiuDrogas	Q17-		70,0%	30,0%	100,0%	

Quadro 187 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,002 ^a	1	,964		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,002	1	,964		
Fisher's Exact Test				1,000	,575
Linear-by-Linear Association	,002	1	,964		
N of Valid Cases	100				

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 11,10.

b. Computed only for a 2x2 table

Quadro 188 – Tabela de Contingência: prática de atividade física

Crosstab

				Insônia Geral (um ou mais sintomas)		Total
				Não	Sim	
Q18-PraticaAtivFisica	Não	Count % within PraticaAtivFisica	Q18-	21 65,6%	11 34,4%	32 100,0%
	Sim, às vezes	Count % within PraticaAtivFisica	Q18-	35 76,1%	11 23,9%	46 100,0%
	Sim, frequentemente	Count % within PraticaAtivFisica	Q18-	14 63,6%	8 36,4%	22 100,0%
Total		Count % within PraticaAtivFisica	Q18-	70 70,0%	30 30,0%	100 100,0%

Quadro 189 – Testes de independência do qui-quadrado

Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)
Pearson Chi-Square	1,528 ^a	2	,466
Likelihood Ratio	1,541	2	,463
Linear-by-Linear Association	,000	1	1,000
N of Valid Cases	100		

a. 0 cells (0,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 6,60.

Quadro 190 – Tabela de Contingência: doença

Crosstab

				Insónia Geral (um ou mais sintomas)		Total
				Não	Sim	
Q19.1-SofreDoenca	Não	Count % within SofreDoenca	Q19.1-	60 69,8%	26 30,2%	86 100,0%
	Sim	Count % within SofreDoenca	Q19.1-	10 71,4%	4 28,6%	14 100,0%
Total		Count % within SofreDoenca	Q19.1-	70 70,0%	30 30,0%	100 100,0%

Quadro 191 – Testes de independência do qui-quadrado**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,016 ^a	1	,900		
Continuity Correction ^b	,000	1	1,000		
Likelihood Ratio	,016	1	,900		
Fisher's Exact Test				1,000	,586
Linear-by-Linear Association	,016	1	,900		
N of Valid Cases	100				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 4,20.

b. Computed only for a 2x2 table

Quadro 192 – Tabela de Contingência: consulta no médico nos últimos 12 meses**Crosstab**

					Insônia Geral (um ou mais sintomas)		Total
					Não	Sim	
Q20- Medico12MesesEmTerra	Não	Count	7	2	9		
		% within Q20- Medico12MesesEmTerra	77,8%	22,2%	100,0%		
Q20- Medico12MesesEmTerra	Sim	Count	63	28	91		
		% within Q20- Medico12MesesEmTerra	69,2%	30,8%	100,0%		
Total		Count	70	30	100		
		% within Q20- Medico12MesesEmTerra	70,0%	30,0%	100,0%		

Quadro 193 – Testes de independência do qui-quadrado**Chi-Square Tests**

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)
Pearson Chi-Square	,285 ^a	1	,594		
Continuity Correction ^b	,023	1	,879		
Likelihood Ratio	,300	1	,584		
Fisher's Exact Test				,720	,457
Linear-by-Linear Association	,282	1	,595		
N of Valid Cases	100				

a. 1 cells (25,0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 2,70.

b. Computed only for a 2x2 table

