RBGEAS

Revista Brasileira de Gestão, Educação e Atenção à Saúde

Fundação Gestão Hospitalar Martiniano Fernandes

v. 1, n. 1, set. 2026
revista.fghsaude.org.br
Acesso aberto

ARTIGO ORIGINAL · GESTÃO

Avaliação da sonolência diurna excessiva em profissionais de saúde

Evaluation of excessive daytime sleepiness in health professionals

Evaluación de la somnolencia diurna excesiva en profesionales de la salud

Thayane Andressa Beltrão de Santana[1],
Bárbara Karolayne Mendonça dos Santos,
Wine Suélhi dos Santos, **Shirley Dias Bezerra**[1],
Tarcya Leiane Guerra de Couto Patriota,
Karina Garcez Reichow, **Carolina Stefany da Silva**[1]

[1] Hospital Metropolitano Sul Dom Helder Câmara, Pernambuco, Brasil.
Autor correspondente: Thayane Andressa Beltrão de Santana : (81) 3183-0000

DOI: **10.5281/zenodo.23198941** · ISSN: 3086-8084

HISTÓRICO
Recebido: 08/2026
Aceito: 09/2026
Publicado: setembro de 2026

COMO CITAR
Santana TAB, Santos BKM, Santos WS, Bezerra SD, Patriota TLGC, Reichow KG, Silva CS. Avaliação da sonolência diurna excessiva em profissionais de saúde. Rev Bras Gest Educ Aten Saúde. 2026;1(1). DOI: **10.5281/zenodo.23198941**

LICENÇA
CC BY-NC 4.0 · Artigo de acesso aberto distribuído sob a licença Creative Commons Atribuição-NãoComercial 4.0 Internacional.

RESUMO

Objetivo: Verificar a ocorrência de Sonolência Diurna Excessiva (SDE) em profissionais de saúde, visando a identificação de fatores relacionados ao seu aparecimento. **Métodos:** Trata-se de estudo observacional, do tipo corte transversal, de caráter analítico, realizado com profissionais de saúde que responderam a um questionário clínico e sociodemográfico; e a Escala de Sonolência de Epworth (ESE) para avaliação da SDE (ESE>10). **Resultados:** 160 profissionais de saúde foram avaliados, sendo observada uma prevalência de 45,6% de SDE. Houve correlação entre a pontuação na ESE e o número de dias de trabalho durante a semana (p<0,01; r= 0,25), horas de sono por noite

(p<0,01; r= -0,20), carga horária semanal de trabalho de todos os vínculos (p=0,02; r= 0,18) e dias de folga durante a semana (p<0,01; r= -0,30). Na comparação entre os grupos ESE≤10 e ESE>10, foram observadas diferenças na carga horária de trabalho semanal (p=0,04), dias de trabalho durante a semana (p=0,001), dias de folga durante a semana (p<0,001) e horas de sono por noite (p=0,004). Verificou-se ainda, diferença significativa após comparação dos resultados entre as diferentes profissões avaliadas. **Conclusão:** Fatores relacionados a sobrecarga de trabalho como trabalhar mais e descansar menos, podem estar relacionados com o aparecimento da SDE.

Palavras-chave: Distúrbios do Sono por Sonolência Excessiva; Pessoal de Saúde; Carga de Trabalho; Saúde do Trabalhador.

ABSTRACT

Objective: To verify the occurrence of Excessive Daytime Sleepiness (EDS) among health professionals, aiming to identify factors related to its onset. **Methods:** This was an observational, cross-sectional, analytical study conducted with health professionals who completed a clinical and sociodemographic questionnaire and the Epworth Sleepiness Scale (ESS) for the assessment of EDS (ESS>10). **Results:** A total of 160 health professionals were evaluated, with a 45.6% prevalence of EDS. There was a correlation between the ESS score and the number of working days per week (p<0.01; r=0.25), hours of sleep per night (p<0.01; r=-0.20), weekly working hours across all jobs (p=0.02; r=0.18), and days off per week (p<0.01; r=-0.30). When comparing the ESS≤10 and ESS>10 groups, differences were observed in weekly working hours (p=0.04), working days per week (p=0.001), days off per week (p<0.001), and hours of sleep per night (p=0.004). A significant difference was also found when results were compared among the professions evaluated. **Conclusion:** Factors related to work overload, such as working more and resting less, may be associated with the onset of EDS.

Keywords: Disorders of Excessive Somnolence; Health Personnel; Workload; Occupational Health.

RESUMEN

Objetivo: Verificar la ocurrencia de Somnolencia Diurna Excesiva (SDE) en profesionales de la salud, con el fin de identificar factores relacionados con su aparición. **Métodos:** Estudio observacional, de corte transversal y carácter analítico, realizado con profesionales de la salud que respondieron un cuestionario clínico y sociodemográfico y la Escala de Somnolencia de Epworth (ESE) para la evaluación de la SDE (ESE>10). **Resultados:** Se evaluaron 160 profesionales de la salud, con una prevalencia de SDE del 45,6%. Hubo correlación entre la puntuación de la ESE y el número de días de trabajo por semana (p<0,01; r=0,25), las horas de sueño por noche (p<0,01; r=-0,20), la carga horaria semanal de trabajo de todos los vínculos (p=0,02; r=0,18) y los días libres por semana (p<0,01; r=-0,30). En la comparación entre los grupos ESE≤10 y ESE>10, se observaron diferencias en la carga horaria semanal (p=0,04), los días de trabajo por semana (p=0,001), los días libres por semana (p<0,001) y las horas de sueño por noche (p=0,004). También se verificó diferencia significativa al comparar los resultados entre las distintas profesiones evaluadas. **Conclusión:** Factores relacionados con la sobrecarga laboral, como trabajar más y descansar menos, pueden estar relacionados con la aparición de la SDE.

Palabras clave: Trastornos de Somnolencia Excesiva; Personal de Salud; Carga de Trabajo; Salud Laboral.

INTRODUÇÃO

A sonolência diurna excessiva (SDE) conforme definição apresentada na terceira Classificação Internacional de Distúrbios do Sono (ICSD-3) resulta em uma maior propensão a dormir durante o dia de forma não intencional com presença de episódios de sonolência e lapsos de sono diurnos.[1,2]

Trata-se de um sintoma complexo relatado em cerca de 10% a 25% da população em geral e sua presença pode implicar em alterações na realização de tarefas consideradas comuns, tais como as atividades diárias, ou mesmo em situações que requerem uma maior atenção e cuidado como dirigir veículos e desenvolver atividades laborais. Sendo capaz ainda de interferir na qualidade de vida dos indivíduos repercutindo de forma negativa em diversos âmbitos como o pessoal, profissional, social e familiar.[2–5]

A privação do sono, com consequente redução na sua qualidade e quantidade, pode ser uma das causas da SDE. Além disso, a SDE pode surgir como resultado de longas horas de trabalho e períodos de privação de sono recorrentes. Podendo, nesse caso, estar relacionada à redução na produtividade e ao aumento nos índices de acidentes, absenteísmo e incapacidades, elevando os custos e piorando a qualidade do serviço prestado. E além disso, pode influenciar no declínio das funções cognitivas, do estado mental e físico que podem predispor a maiores riscos de erro médico.[3,4,6–8]

Existem dados acerca da presença de distúrbios do sono entre os trabalhadores noturnos e os que trabalham por turnos, que muitas vezes necessitam de retorno rápido entre os turnos de trabalho padecendo, assim, de descanso insuficiente e dos efeitos deletérios anteriormente citados.[10–12] Somado à isso, nos países em desenvolvimento, os serviços de saúde podem ser insuficientes para a demanda populacional, gerando assim, sobrecarga laboral a alguns profissionais de saúde.[9]

A SDE pode ser, portanto, um risco aos profissionais que prestam serviços de saúde bem como aos usuários destes serviços. Os profissionais de saúde ficam mais propensos a acidentes de trabalho, de trânsito e mais suscetíveis a cometer erros que poderiam vir a comprometer a qualidade e integridade do serviço prestado aos pacientes por eles assistidos, tornando-se assim, um risco tanto para a saúde individual como pública.[13]

Diante do exposto, o objetivo do presente estudo foi verificar a ocorrência de sonolência diurna excessiva em profissionais de saúde que prestam serviço em um hospital público de Pernambuco, visando ainda a identificação de possíveis fatores relacionados ao seu aparecimento.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, do tipo corte transversal de caráter analítico, realizado no período de julho a dezembro de 2019 em um hospital público da região metropolitana do Recife. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Integral Prof.

Fernando Figueira (IMIP) sob o parecer de número 3.420.182. Esta pesquisa atende os preceitos éticos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e todos os indivíduos que concordaram em participar do estudo assinaram o Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídos no estudo profissionais de saúde, entre eles fisioterapeutas, médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, nutricionistas, fonoaudiólogos, psicólogos, farmacêuticos, técnicos em farmácia, técnicos em radiologia e residentes das áreas de medicina, enfermagem e fisioterapia. Foram excluídos residentes e profissionais de saúde do hospital envolvidos no projeto de pesquisa.

Os participantes preencheram o formulário de dados clínicos e sociodemográficos com informações sobre formação acadêmica, carga horária de trabalho e hábitos de vida e, em seguida, responderam a Escala de Sonolência de Epworth (ESE), um instrumento já traduzido e validado para língua portuguesa, cuja pontuação total varia de 0 a 24, sendo considerado como ponto de corte para a análise dos dados um valor de ESE > 10 como sugestivo de SDE.[4,14,15]

Os dados foram obtidos por meio de um único avaliador e as informações coletadas foram organizados em tabelas por meio do programa de computador Microsoft Excel e posteriormente analisados estatisticamente através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) 21.0. O teste de Kolmogorov-Smirnov foi utilizado para averiguar a distribuição de normalidade e o teste de Levene para homogeneidade de variâncias. As variáveis qualitativas foram representadas através de medidas de frequência enquanto os dados com distribuição normal foram descritos através de média e desvio padrão. Os dados com distribuição não-normal foram descritos através da mediana e percentis (P25; P75) e foram consideradas significativas as variáveis que apresentaram um $p<0.05$. Na análise das variáveis qualitativas foi realizado o Teste Qui-quadrado de Pearson. Na comparação das médias entre as variáveis foi utilizado o Teste de Mann-Whitney, enquanto a relação entre a ESE e as variáveis relacionadas ao trabalho e hábitos de sono foi realizada através da Correlação de Spearman. Para variáveis quantitativas foi realizada a análise de variância através do Teste de Kruskal-Wallis, seguida pelo pós-teste de Bonferroni, considerando a normalidade dos dados. Com objetivo de evitar multicolinearidade entre as variáveis, a relação entre a ESE e as variáveis relacionadas ao trabalho e hábitos de sono foram avaliadas separadamente.

RESULTADOS

Um total de 178 profissionais de saúde foram convidados para participar do estudo, destes 18 foram excluídos, permanecendo uma amostra final de 160 participantes, conforme ilustrado na Figura 1.

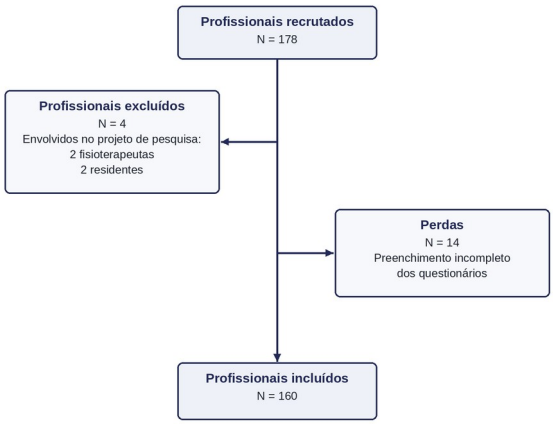


Figura 1. Fluxograma de recrutamento e inclusão dos profissionais de saúde na população do estudo.

As características clínicas e sociodemográficas dos profissionais de saúde estão apresentadas na Tabela 1.

Tabela 1. Características clínicas, sociodemográficas e de trabalho dos profissionais de saúde.

Variáveis	N (%) / Média ± DP
Sexo feminino	108 (67,5%)
Idade (anos)	34,05 ± 8,03
Escolaridade	
Ensino Técnico	53 (33,1%)
Ensino Superior	20 (12,5%)
Residência em Saúde	26 (16,3%)
Pós-Graduação	56 (35%)
Mestrado	5 (3,1%)
Tempo de Formado (meses)	90,92 ± 68,26
Hábitos de Vida:	
Etilismo	24 (15%)
Tabagismo	2 (1,3%)
Ex-tabagismo	5 (3,1%)
Sedentarismo	92 (57,5%)
Diagnóstico de distúrbios do sono	7 (4,4%)
Regime de trabalho	
Plantonista	113 (70,6%)
Diarista	47 (29,4%)
Setor de trabalho	
Bloco Cirúrgico	2 (1,3%)
CDI	4 (2,5%)
CETE	1 (0,6%)
Emergência	16 (10%)
Enfermaria	10 (6,3%)
Farmácia	5 (3,1%)
Fonoaudiologia	2 (1,3%)
Gerência de Risco	1 (0,6%)
Hemodiálise	1 (0,6%)
Hemodinâmica	3 (1,9%)
NIR	1 (0,6%)
Nutrição	2 (1,3%)
Psicologia	2 (1,3%)
Reabilitação Cardíaca	1 (0,6%)
UTI	107 (66,9%)
Mais de um setor	2 (1,3%)
Profissão	
Enfermeiro	26 (16,3%)
Farmacêutico	3 (1,9%)
Fisioterapeuta	31 (19,4%)
Fonoaudiólogo	2 (1,3%)
Médico	37 (23,1%)
Nutricionista	2 (1,3%)
Psicólogo	2 (1,3%)
Técnico de Enfermagem	54 (33,8%)
Técnico em Radiologia	1 (0,6%)
Técnico/Auxiliar de Farmácia	2 (1,3%)

Dados são representados como média ± DP ou N(%).

Abreviações: DP: Desvio padrão; CDI: Centro de Diagnóstico por Imagem; CETE: Centro de Treinamento; NIR: Núcleo Interno de Regulação; UTI: Unidade de Terapia Intensiva; CH: Carga horária.

Foi observada uma correlação entre a pontuação obtida na ESE e o número de dias de trabalho durante a semana ($p<0,01$; $r= 0,25$), assim como com as horas de sono por noite ($p<0,01$; $r= -0,20$), carga horária semanal de trabalho incluindo todos os vínculos ($p=0,02$; $r= 0,18$) e dias de folga durante a semana ($p<0,01$; $r= -0,30$).

Os profissionais de saúde que obtiveram pontuação na ESE>10 (45,6%) quando comparados aqueles cuja pontuação foi ≤10 na ESE, relataram trabalhar em uma carga horária semanal significativamente maior ($p=0,043$), ter mais dias de trabalho($p=0,001$) e menos dias de folga ($p=0,0001$) durante a semana, além dormir por períodos significativamente mais curtos durante a noite ($p=0,004$)(Tabela 2).

Tabela 2. Características relacionadas ao regime de trabalho e hábitos de sono de acordo com o perfil de sonolência diurna excessiva obtido através da Escala de Sonolência de Epworth.

Variáveis	ESE ≤10 / N=87	ESE >10 / N=73	p
CH de trabalho semanal (todos os vínculos)	48 (40-60)	60 (41-79)	0,043
Número de vínculos	1 (1-2)	2 (1-2)	0,389
Dias Trabalhado/ Semana	4 (3,5-5)	5 (4-6)	0,001
Dias de Folga/ Semana	3 (2-35)	2 (1-3)	0,0001
Dias de Trabalho Noturno	1 (0-2)	1 (0-2)	0,476
Horas de Sono/ Noite	6,5 (6-7)	6 (5-7)	0,004
Horas de Sono/ Noite Trabalhada	2 (0-4)	3 (0-4)	0,145

Dados são representados como mediana e percentis (P25;P75).
Abreviações**:** ESE: Escala de Sonolência de Epworth; CH: Carga horária;

Quando a carga horária de trabalho em todos os vínculos foi comparada entre as profissões (Figura 2), verificou-se uma diferença entre médico e enfermeiro (p<0,01), assim como entre médico e técnico de enfermagem (p<0,01). Na comparação entre os dias de trabalho de todos os vínculos (Figura 3) foi observado diferença entre técnico de enfermagem e enfermeiro (p<0,01), técnico de enfermagem e fisioterapeuta (p<0,01) e técnico de enfermagem e médico (p<0,01). A diferença entre os mesmos profissionais foi encontrada quando foram comparados em relação aos dias de folga por semana de todos os vínculos (Figura 4), entre médico e técnico de enfermagem (p<0,01), fisioterapeuta e técnico de enfermagem (p<0,001) e enfermeiro e técnico de enfermagem (p<0,01).

Figura 2. Comparação da carga horária semanal de trabalho de todos os vínculos entre as profissões.

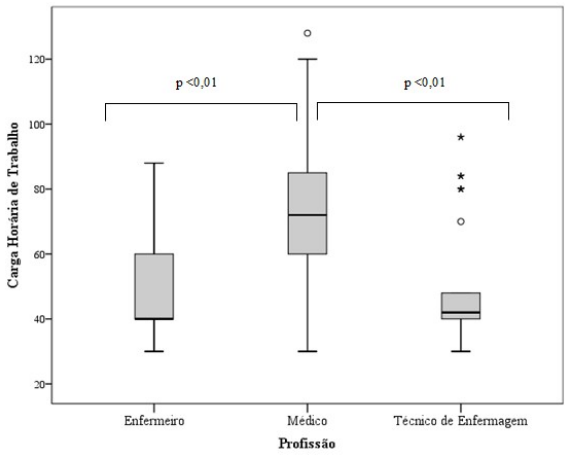


Figura 3. Comparação entre os dias de trabalho semanais de todos os vínculos entre as profissões.

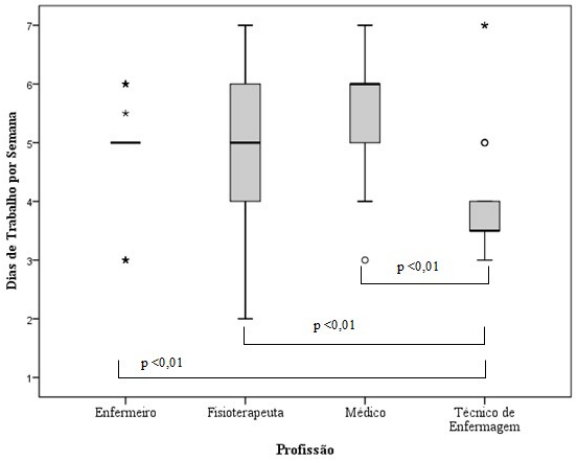
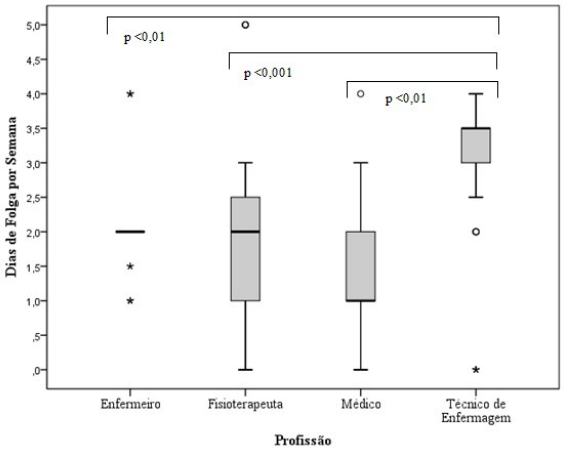


Figura 4. Comparação entre os dias de folga semanais de todos os vínculos entre as profissões.



DISCUSSÃO

O presente estudo avaliou SDE em profissionais de saúde e verificando uma prevalência de 45,6% na população estudada. Foi observada ainda, uma correlação positiva entre o número de dias e carga

horária de trabalho semanal dos profissionais participantes com a pontuação obtida na ESE, bem como uma correlação negativa entre o total de folgas durante a semana e horas de sono em uma noite com a ESE. Demonstrando que fatores relacionados a trabalhar mais e descansar menos, tal como esperado, podem contribuir para o aparecimento da SDE.

A prevalência de SDE encontrada no presente estudo pode ser considerada alta quando comparada a outros estudos realizados em profissionais de saúde. De forma discrepante à da presente análise, em 2011, foi verificada uma prevalência da SDE de apenas 3,5%[6], em um grupo de médicos. No entanto, a avaliação acerca da sonolência nessa população não foi realizada utilizando a ESE, mas através de uma única pergunta no questionário de avaliação utilizado na pesquisa: "Você se sente excessivamente sonolento durante o dia e incapaz de impedir o sono quando não deve dormir?", com 5 possíveis respostas, dentre as quais apenas duas poderiam ser indicativas de SDE. Já entre os residentes de psiquiatria avaliados em outra pesquisa,[16] 28,8% apresentaram SDE, valor próximo ao encontrado por Odzer e Eker[7], em 2016, de 28,6% em médicos acadêmicos com escores ESE> 10 associados à má qualidade do sono[16] e pior qualidade de vida,[7] respectivamente. Um valor próximo ao observado neste estudo foi encontrado em paramédicos americanos com prevalência de sonolência diurna excessiva (ESE> 10) de 36%, com 6% deles apresentando ESE> 16.[17]

Descrita inicialmente por Johns[14], a ESE avalia a propensão a dormir durante o dia em 8 situações cotidianas levando em consideração o modo de vida recente do participante por meio de uma escala de 0 a 3 pontos, sendo 0 atribuído a nenhuma chance de cochilar, 1 uma pequena chance, 2 uma chance moderada e 3 a grandes chances de cochilar nessas ocasiões. Em sua análise, foi observado que escores de 16 ou mais indicam um alto nível de SDE e valores >10 foram encontrados em todos os pacientes com narcolepsia e hipersônia idiopática quando comparados aos controles. No presente estudo considerou-se uma ESE >10 como sugestiva de SDE, conforme descrito na validação brasileira dessa escala.[4,15]

Aliyu et al[9] avaliaram qualidade de sono e presença de SDE em enfermeiros e observaram que a maioria (53%), não apresentava tendência à SDE. Entretanto, deve-se considerar que o número de indivíduos sem SDE pode ter sido subestimado, pois escores de 8 a 9 na ESE foram considerados como tendência a SDE. Realizando uma comparação, caso os valores na ESE>10 adotados pelo presente estudo fossem considerados no estudo supracitado, a prevalência de SDE na referente amostra seria menor. Ainda em relativo a uma população de enfermeiros, outro estudo utilizando critérios mais rigorosos para avaliação da SDE (ESE≥14), pode observar uma prevalência também reduzida, de 16%, em comparação com a presente análise.[18] Cabe destacar que essa proporção pode ter sido menor devido ao critério de avaliação adotado. Assim, conforme observado, há divergências na literatura em

relação as diferentes pontuações para definir a SDE através da ESE, o que dificulta as comparações entre os achados dos estudos sobre a sonolência diurna excessiva nessa população.

O presente estudo encontrou uma correlação entre carga horaria de trabalho por semana de todos os vínculos, dias de trabalho e de folga por semana, e horas de sono por noite com as pontuações obtidas na ESE pelos profissionais de saúde. Posteriormente a relação entre as mesmas variáveis e a SDE foi confirmada de forma significativa quando as comparamos nos grupos de profissionais com (ESE>10) e sem (ESE≤10) SDE.

Comportamentos semelhantes correlacionando características de trabalho e sono foram encontrados em estudos que avaliaram profissionais de saúde, com evidências de maior chance de SDE em indivíduos relatando sono de curta duração, falta de descanso devido à privação de sono e maior frequência de trabalho de plantão/trabalho noturno.[6]

Corroborando com os achados do presente estudo, foi observado que residentes médicos com uma carga horária elevada, como os que trabalhavam próximo a 70 horas por semana, apresentavam uma sonolência aumentada.[8] Outro estudo, também realizado com residentes, demonstrou que apesar de índices de sonolência da ESE semelhantes quando comparados aos acadêmicos de medicina, os residentes demonstram menor duração e pior qualidade subjetiva de sono.[10]No entanto, no estudo de Singh et al[19] as horas de sono dos médicos avaliados não se correlacionaram com a sonolência, diferentemente de nosso estudo.

Não foram encontrados estudos que analisassem variáveis relacionadas ao regime de trabalho entre as categorias de profissionais de saúde e em conjunto com a avaliação da SDE. Apesar disso, os trabalhos encontrados na literatura que investigaram SDE em diferentes populações de profissionais de saúde, como os discutidos no presente estudo, nos fornecem informações importantes, considerando que tratam de um conjunto de profissões que dividem ambientes comuns de trabalho.

Observamos uma diferença significativa entre as profissões de médico, fisioterapeuta, enfermeiro e técnico de enfermagem ao analisar as variáveis relacionadas à SDE. O que pode ter ocorrido devido aos diferentes regimes de trabalho entre as profissões, havendo rotinas que possibilitam aos profissionais trabalhar em mais locais visando uma possível melhor remuneração. O fisioterapeuta, por exemplo, que possui uma carga horária semanal de trabalho máxima regulamentada de 30h semanais por vínculo, pode ter essas horas multiplicadas trabalhando em mais de um local, realidade também enfrentada por muitos profissionais de saúde

Na Instituição onde foi realizada a pesquisa, as diferenças encontradas entre as demais profissões e técnicos de enfermagem podem ser explicadas pelo regime de trabalho dos técnicos. Esses possuem intervalos de 36 horas entre os plantões de 12 horas, o que resulta em 3 a 4 dias alternados de trabalho por semana no hospital e isso pode

dificultar a conciliação de horários em outros locais de trabalho.

Algumas limitações foram encontradas em nosso estudo e devem ser pontuadas. Houve preferência de alguns participantes em responder o questionário de maneira não supervisionada, o que ocasionou perdas devido ao preenchimento incompleto dos mesmos. A falta de tempo relatada pelos participantes pode ter sido a causa do ocorrido, pois se encontravam em desenvolvimento das atividades e rotinas na unidade hospitalar, muitas vezes sendo necessário mais de uma abordagem para a coleta de dados. Entre os pontos positivos, ressaltamos a identificação de achados ainda pouco abordados pela literatura, como as diferenças encontradas entre profissionais de saúde ao avaliar as variáveis relacionadas à SDE, que podem vir a nortear futuras melhorias de condições de trabalho e vida em estudos posteriores.

CONCLUSÃO

Considerando os resultados apresentados em nossa análise, concluímos que fatores relacionados à sobrecarga de trabalho podem vir a contribuir para o aparecimento da SDE. Tendo em vista que uma possível causa para sonolência e a privação de sono em profissionais de saúde pode ser o excesso de trabalho devido à má remuneração dos profissionais, a prestação de serviços de saúde poderia ser mais segura e eficaz se os funcionários não necessitasse buscar estender suas horas de trabalho para possivelmente obterem uma melhor remuneração. Mais estudos são necessários para avaliar o real impacto financeiro e na atividade laboral da SDE. Sugere-se que investigações futuras estendidas à populações maiores, além de melhorias nas jornadas de trabalho e políticas de valorização dos profissionais de saúde poderiam contribuir para melhor entendimento e manejo da SDE.

CONFLITO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir conflito de interesses relacionado a este manuscrito.

FINANCIAMENTO

A pesquisa não recebeu financiamento externo.

DECLARAÇÃO DE USO DE INTELIGÊNCIA ARTIFICIAL

O uso realizado, conforme as Diretrizes para Autores da RBGEAS.

REFERÊNCIAS

1. Sateia MJ. International Classification of Sleep Disorders-Third Edition Highlights and Modifications. *Chest*. 2014;146(5):1387-1394. doi:10.1378/chest.14-0970
2. Neves GSML, Macedo PM, Gomes M da M. Transtornos do sono: atualização (1/2). *Rev Bras Neurol*. 2018;53(3):19-30.
3. Giorelli AS, dos Santos PP, Carnaval T, Gomes M da M. *Sonolência Excessiva Diurna: Aspectos Clínicos, Diagnósticos e Terapêuticos*. Vol 48.; 2012.
4. Bertolazi AN, Fagondes SC, Hoff LS, Pedro VD, Barreto SSM, Johns MW. *Validação Da Escala de Sonolência de Epworth Em Português Para Uso No Brasil**. Vol 35.; 2009.

5. Neves GSML, Giorelli AS, Florido P, Gomes M da M. *Transtornos Do Sono: Visão Geral*. Vol 49.; 2013.
6. Kaneita Y, Ohida T. Association of current work and sleep situations with excessive daytime sleepiness and medical incidents among japanese physicians. *J Clin Sleep Med*. 2011;7(5):512-522.
7. Ozder A, Eker HH. The prevalence of excessive daytime sleepiness among academic physicians and its impact on the quality of life and occupational performance. *Int J Occup Med Environ Health*. 2015;28(4):721-730.
8. Pikovsky O, Oron M, Shiyovich A, Perry ZH, Nesher L. The impact of sleep deprivation on sleepiness, risk factors and professional performance in medical residents. *Isr Med Assoc J*. 2013;15(12):739-744.
9. Aliyu I, Ibrahim ZF, Teslim LO, Okhiwu H, Peter ID, Michael GC. Sleep quality among nurses in a tertiary hospital in north-west Nigeria. *Niger Postgrad Med J*. 2017;24(3):168-173.
10. Purim KSM, Guimarães ATB, Titski ACK, Leite N. Privação do sono e sonolência excessiva em médicos residentes e estudantes de medicina. *Rev Col Bras Cir*. 2016;43(6):438-444.
11. Alshahrani SM, Baqays AA, Alenazi AA, Alangari AM, Alhadi AN. Impact of shift work on sleep and daytime performance among health care professionals. *Saudi Med J*. 2017;38(8):846-851.
12. Eldevik MF, Flo E, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Insomnia, Excessive Sleepiness, Excessive Fatigue, Anxiety, Depression and Shift Work Disorder in Nurses Having Less than 11 Hours in-Between Shifts. *PLoS One*. 2013;8(8):e70882.
13. Thorarinsdottir EH, Bjornsdottir E, Benediktsdottir B, et al. Definition of excessive daytime sleepiness in the general population: Feeling sleepy relates better to sleep-related symptoms and quality of life than the Epworth Sleepiness Scale score. Results from an epidemiological study. *J Sleep Res*. 2019:e12852.
14. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: The Epworth sleepiness scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-545.
15. Johns MW. Sensitivity and specificity of the multiple sleep latency test (MSLT), the maintenance of wakefulness test and the Epworth sleepiness scale: Failure of the MSLT as a gold standard. *J Sleep Res*. 2000;9(1):5-11.
16. Melo MCAM, Medeiros F das C, Bruin VMS de, Santana JAP, Lima AB, Daher EDF. Sleep Quality Among Psychiatry Residents. *Can J Psychiatry*. 2016;61(1):44-49.
17. Pirrallo RG, Loomis CC, Levine R, Woodson BT. The prevalence of sleep problems in emergency medical technicians. *Sleep Breath*. 2012;16(1):149-162.
18. Chen L, Luo C, Liu S, et al. Excessive daytime sleepiness in general hospital nurses: prevalence, correlates, and its association with adverse events. *Sleep Breath*. 2019;23(1):209-216. doi:10.1007/s11325-018-1684-9
19. Singh R, Undevia NS, Schuman C, Attarian H. Excessive daytime sleepiness among attending physicians: A pilot survey study at an academic institution. *Sleep Med*. 2011;12(8):808-810.

RBGEAS · Revista Brasileira de Gestão, Educação e Atenção à Saúde · FGH · Recife – PE