Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

"Efeitos do trabalho nocturno na saúde: uma intervenção de enfermagem em saúde ocupacional"

Cristina Maria Conceição Colaço

Lisboa
2012

Curso de Mestrado em Enfermagem

Área de Especialização

Enfermagem Comunitária

"Efeitos do trabalho nocturno na saúde: uma intervenção de enfermagem em saúde ocupacional"

Cristina Maria Conceição Colaço

Relatório de Estágio orientado por:
Professora Doutora Maria Manuel Quintela

Lisboa
2012

É necessário olhar para os seres humanos como fins em si e não
como meios para atingir outros fins”
Immanuel Kant

Agradecimentos

À minha orientadora Professora Doutora Maria Manuel Quintela, pela sua orientação e acompanhamento neste trajecto.

A toda a equipa do Serviço de Saúde Ocupacional, onde estagiei pela forma como me receberam e integraram, nomeadamente à Directora de Serviço, Dra. Maria João Manzano pelo incentivo na opção do tema escolhido. À enfermeira Teresa Alves, minha orientadora no local de estágio por sempre me ter apoiado com a sua sensatez, profissionalismo e boa disposição.

A toda a direcção do Hospital, na pessoa da sua Adjunta da Direcção, Sra. Enfermeira Anabela Gama, pela disponibilidade e celeridade com que me concederam todas as autorizações. A todos os profissionais de saúde (trabalhadores) que participaram neste projecto. Às Sras. Enfermeiras Chefes dos Serviços onde foi implementado o projecto pela sua disponibilidade.

Aos meus colegas de grupo, especialmente à Cláudia, Estela e Fátima, pelo apoio, “ombro amigo”, partilha de dúvidas e saberes e debates acerca do nosso percurso e da vida.

À Aida pela leitura que fez deste relatório.

Aos meus colegas de trabalho, especialmente à Sónia, pela paciência e apoio durante este período.

Aos meus pais e irmãs, sem os quais eu seria uma pessoa muito mais pobre, especialmente à minha mãe que sempre nos estimulou a crescer intelectualmente. Aos meus sobrinhos, por me fazerem acreditar num futuro melhor.

Aos meus amigos, especialmente à Isabel por não ter estado presente em tantos momentos.

Ao João, um obrigada, e um pedido de desculpa por todo o tempo que passei em frente ao computador.

A todos dedico o meu trabalho

Resumo

O trabalho e a saúde são fundamentais na vida do indivíduo adulto, influenciando-se mutuamente. A enfermagem comunitária centrada nos grupos famílias e comunidades, no paradigma da promoção e prevenção, particularmente a enfermagem do trabalho, está vocacionada para capacitar os trabalhadores para a promoção da saúde e prevenção da doença, associada ao trabalho. O trabalho nocturno é uma exigência em vários contextos sociais cujos efeitos nocivos para a saúde estão comprovados cientificamente.

Este projecto foi realizado com profissionais de saúde, de um hospital central de Lisboa, que praticam trabalho nocturno, com o objectivo de promover a capacitação destes profissionais, na gestão dos efeitos do trabalho nocturno na sua saúde. A metodologia seguida foi a do Planeamento em Saúde (proposta por Tavares e Imperatori e Giraldes) foi utilizado o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. O diagnóstico da situação foi feito a partir da aplicação de questionários aos trabalhadores e observação directa da prática do enfermeiro do trabalho. A amostra foi constituída por 68 trabalhadores e os problemas detectados foram “sono diminuído” e “padrão de sono comprometido”. O défice diário de horas de sono era de cerca de 1 hora e 30 minutos, 26 não dormiam na saída do turno da noite e 9 praticavam a sesta profilática. Como estratégia seleccionou-se a promoção da saúde, desenvolvendo-se sessões de educação para a saúde. A avaliação do projecto foi feita através da percepção de apreensão de conhecimentos adquiridos em trabalhadores e enfermeiros do trabalho, através de inquéritos e entrevistas. Os objectivos operacionais foram atingidos.

A realização deste projecto propiciou o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem comunitária e reforçou o reconhecimento da importância da promoção da saúde no local de trabalho através da capacitação de um grupo de trabalhadores.

Palavras-chave: enfermagem comunitária, enfermagem do trabalho, trabalho nocturno, promoção da saúde, capacitação,

ABSTRACT

Work and health are fundamental in the life of the adult individual, mutually influencing each other. Communitarian nursing centered in groups, families and communities is, in the paradigm of promotion and prevention, particularly nursing on work, focused on preparing workers for the promotion of health and prevention of diseases, associated to work. Night work is a demand in several contexts of society, which has several scientifically proven harmful effects on health.

This project was made with aid from healthcare professionals of a central hospital of Lisbon, who practice night work, with the objective of promoting their understanding on how to manage the effects of night work on their health. The followed method was of the Planning in Health, proposed by Tavares, Imperatori and Giraldes, and the theoretical foundation was the Model of Promotion of Health of Nola Pender. The diagnostic on the situation was based on questionnaires made to workers and observation of nurses during practice of the job. The sample was made up of 68 workers and the problems detected were “decreased sleep” and “compromised sleep pattern”, the daily deficit of hours of sleep was about 1 hour and 30 minutes, and 9 practiced the prophylactic sleep and 26 don’t slept at the exit of the night shift. As a strategy, it was chosen to promote health, developing sessions of education for health. Evaluation of the project was done through appraisal of the knowledge acquired in workers and working nurses, by means of interviews and inquiries. The operational objectives were fulfilled.

The making of this project favored the development of proficiencies specialized in communitarian nursing and reinforced the acknowledgement of the importance of promotion of health in the workplace through the capacitating of a group of workers.

Keywords: communitarian nursing, nursing of work, night work, promotion of health, capacitating.

ÍNDICE

ÍNDICE DE QUADROS E GRÁFICOS

GRÁFICOS

QUADROS

ÍNDICE DE ANEXOS E APÊNDICES

ANEXOS

APÊNDICES

LISTA DE SIGLAS

AAOHN - American Association of Occupational Health Nurses

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direcção Geral de Saúde

EOHSP - European Observatory of Health System and Policies

FOHNEU - Federation of Occupational Health Nurses within the European Union

INRS - Institut National de Recherche et de Securité

MPS – Modelo de Promoção da saúde

MOW - Meaning of Work International Research Team

PNSO - Programa Nacional de Saúde Ocupacional

OIT – Organização Internacional do Trabalho

OMS – Organização Mundial de Saúde

TA – Tensão Arterial

INTRODUÇÃO

A realização deste trabalho surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com relatório, integrada no plano de estudos em vigor para o 3º semestre, do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem Comunitária, no ano lectivo 2011/2012, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, que decorreu entre 3 de Outubro de 2011 e 17 de Fevereiro de 2012 (Cronograma em Apêndice I).

A enfermagem de saúde comunitária é centrada nos cuidados prestados à comunidade, grupos, famílias e pessoas, ao longo do seu ciclo de vida. Pretende-se, com este projecto, desenvolver as Competências Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública tal como descritos: "a) Estabelece, com base na metodologia do planeamento em saúde, a avaliação do estado de saúde de uma comunidade; b) Contribui para o processo de capacitação de grupos e comunidades" (Regulamento n.º 128/2011). Porque "a saúde do trabalho é uma questão importante para a maior parte dos indivíduos aos quais o enfermeiro presta cuidados" (Stanhope e Lancaster, 2011, p. 1071) optou-se pela área da Enfermagem do Trabalho. A Federation of Occupational Health Nurses within the European Union (FONHEU) define Enfermagem do Trabalho como a actividade orientada para as necessidades do utente, centrada no trabalho e no ambiente de trabalho (FONHEU, 2003). A Organização Mundial de Saúde (OMS) considera a Saúde Ocupacional uma componente importante do sistema de saúde pública, dando um contributo relevante e essencial às iniciativas governamentais, nomeadamente na garantia de uma saúde igual para todos, aumento de coesão social e redução do absentismo por doença (OMS, 2001).

O local de trabalho pode ser um importante espaço para promover a saúde e prevenir a doença, tendo por base a definição de Promoção da Saúde da carta de Otawa: "é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar" (OMS, 1986, p. 1).

A necessidade de funcionamento de vários serviços durante as 24h leva à realização de trabalho por turnos, incluindo o trabalho no período nocturno, mesmo sendo reconhecidos os efeitos na saúde física, psíquica e social, não é possível eliminá-lo. As consequências da prática deste tipo de horários, são comprovados cientificamente, mas nem sempre conhecidos ou reconhecidos por quem o pratica, dirigentes ou administradores.

Os hospitais são locais onde é indispensável o trabalho nocturno. A organização do trabalho por turnos, principalmente o trabalho realizado à noite, provoca uma inversão do ciclo sono/vigília, pois o trabalhador está a laborar numa altura em que o organismo se prepara para dormir (Silva, 2000; Silva et al, 2011).

O desenvolvimento e implementação deste projecto tem subjacente a Metodologia do Planeamento em Saúde, propondo-se realizar o diagnóstico da situação, relacionado com o trabalho nocturno, de um grupo de profissionais de saúde, de um hospital central de Lisboa e, face às necessidades detectadas, implementar o projecto.

O objectivo geral é promover a capacitação dos profissionais de saúde na gestão dos efeitos do trabalho nocturno na sua saúde, num serviço de Cirurgia, dum Hospital Central de Lisboa, de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012. Tendo em conta o objectivo do projecto considerou-se que o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender seria o que melhor fundamentava a implementação.

Este relatório é composto por três capítulos onde se pretende expor o percurso realizado. No primeiro capítulo, apresenta-se o enquadramento conceptual da intervenção de enfermagem do trabalho no âmbito da enfermagem comunitária assim, como o trabalho nocturno e o seu impacto na saúde e medidas de intervenção/prevenção. No segundo capítulo, apresenta-se todo o desenvolvimento do projecto de intervenção de enfermagem comunitária desde o diagnóstico da situação à avaliação, mobilizando a Metodologia do Planeamento em Saúde e o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Por último, apresentam-se as considerações finais.

Este relatório foi escrito com Português anterior ao acordo ortográfico.

1.O TRABALHO COMO FOCO DE INTERVENÇÃO DA ENFERMAGEM COMUNITÁRIA

O trabalho e a saúde fazem parte da vida do ser humano desde sempre, todo e qualquer trabalho tem riscos associados que podem interferir na saúde do indivíduo. No sentido inverso, o estado de saúde de cada um influencia o seu desempenho. O enfermeiro de saúde comunitária, que desenvolve a sua actividade com um grupo de trabalhadores, deve contribuir para a sua capacitação, no sentido de prevenir os efeitos da exposição aos factores de risco. Neste capítulo enquadra-se a relação trabalho-saúde, o papel do enfermeiro de saúde comunitária no local de trabalho e justifica-se o foco de intervenção em trabalhadores que praticam o trabalho nocturno.

Na sociedade actual, o trabalho ocupa uma parte importante da vida das pessoas, a maioria dos adultos passa cerca de um quarto ou de um terço da sua vida no trabalho (Rogers, 1997). Acerca do trabalho, Morin entende que este

> "representa um valor importante nas sociedades ocidentais contemporâneas, exercendo uma influência considerável sobre a motivação dos trabalhadores, assim como sobre sua satisfação e sua produtividade" (2001, p. 8).

Nos estudos de Morin (1997), Morse e Weis (1955), Tausky (1969), Kaplan e Tausky (1984), Meaning of Work International Research Team [MOW (1987)] e Vecchio (1990), 80% dos entrevistados responderam que trabalhariam, mesmo que tivessem dinheiro suficiente para viver confortavelmente sem trabalhar. As razões que levavam os inquiridos a trabalhar, variam entre o relacionamento com outras pessoas, evitar o tédio, ter o sentimento de vinculação, ou ter um objectivo na vida (Morin, 2001). O trabalho reflecte-se na vida da pessoa, quer pela retribuição económica que se recebe quer pelo papel e estatuto que o indivíduo tem na sociedade relacionado com a função que exerce. Esta ideia está presente na expressão de Silva e Martino "o trabalho é um importante fator para o desenvolvimento emocional, moral e cognitivo do ser humano, bem como do seu reconhecimento social" (2009, p. 30). Os resultados dos trabalhos do grupo MOW (1987) mostraram que "o sentido da actividade de trabalho pode assumir, desde uma condição de neutralidade até a de centralidade na identidade pessoal e social" (Morin, et al, 2007, 47). Para Rogers (1997), o trabalho congrega todos os aspectos físicos, psicológicos, emocionais e sociais do bem-estar do indivíduo e estende-se para além do local de trabalho, afectando toda a qualidade de vida. O impacto do trabalho, na vida das pessoas,

pode desencadear desequilíbrios na relação homem – trabalho, levando a alterações na saúde. Por vezes, a reorganização necessária nos postos de trabalho, para dar resposta às exigências da sociedade agravam estes desequilíbrios (Silva et al, 2011). Stanhope e Lancaster (2011) consideram que a saúde no local de trabalho é um aspecto importante para a maioria dos indivíduos. A OMS na carta de Otawa reconhece o impacto do trabalho na saúde: "as alterações dos padrões de vida, do trabalho e dos tempos livres tem tido impacte significativo na saúde" (OMS, 1986, p. 5)

Segundo o comité conjunto Organização Internacional do Trabalho (OIT) / Organização Mundial de Saúde (OMS) (1950), a Saúde Ocupacional deve ter como objectivo a promoção e manutenção do mais elevado nível de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores em todas as profissões, prevenir as alterações da saúde relacionadas com as condições de trabalho, a protecção dos trabalhadores dos riscos profissionais e colocar e manter o trabalhador num ambiente de trabalho adequado às suas capacidades físicas e psicológicas. Tal como referido por Uva e Graça (2004, p.165) "a Saúde Ocupacional visa a adaptação do trabalho ao homem e do homem ao seu trabalho". Em 1994, o mesmo comité revê o conceito anterior, dando maior ênfase à manutenção de um ambiente seguro e às acções de prevenção da doença mas também de manutenção da capacidade de trabalho (Uva e Graça, 2004). As alterações ocorridas, na economia das organizações, na natureza do trabalho e nas características dos postos de trabalho, resultaram numa valorização do trabalhador como ser humano, da qualidade de vida no trabalho e da saúde e segurança nos locais de trabalho (Antunes, 2009). O European Observatory of Health System and Policies (EOHSP) refere que a Saúde Ocupacional e os seus programas de segurança, protecção e promoção da saúde no local de trabalho contribuem para a melhoria do estado de saúde de uma população e contribuem para o desenvolvimento económico, "pessoas saudáveis são mais produtivas e participam com mais eficácia no mercado de trabalho e educação" (EOHSP, 2006, p. 65). No mesmo documento, é ainda referido que o crescimento económico não pode ser tratado de uma forma isolada em relação aos investimentos em saúde. Ao longo das últimas décadas de intervenção da Saúde Ocupacional, esta evoluiu de uma atenção centrada nos factores de risco físico e relacionados com o ambiente de trabalho para uma intervenção que engloba os factores psicossociais e os hábitos de vida do indivíduo, assumindo-se o local de trabalho como um espaço de promoção da saúde (OMS, 2010). Na mesma orientação, o Programa Nacional de Saúde Ocupacional (PNSO) refere: "a saúde dos trabalhadores e

os locais de trabalho saudáveis são em si mesmos, valores social e economicamente relevantes para o desenvolvimento sustentado das comunidades, dos países e do mundo" (Portugal, 2009, p. 4)

A American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN), em 2007, refere que as empresas e sociedades, para serem competitivas na actual economia globalizada, têm como imperativo o apoio aos seus trabalhadores e comunidade na mudança de estilo de vida, de forma a melhorar o seu estado de saúde, resultando num aumento de produtividade e diminuição dos custos dos cuidados de saúde.

Os serviços de saúde ocupacional são considerados pela OMS (2001) uma componente importante do sistema de saúde pública, contribuindo com as políticas governamentais para a coesão social e redução do absentismo por doença.

Em Portugal, desde o início do sec. XIX, que há registos de medidas de saúde e segurança no trabalho. Em 1967, com a legislação aprovada relativa à Medicina do Trabalho, foram criados serviços em algumas grandes empresas industriais. Em 1991, com o Dec. Lei n.º 441/91 de 14 de Novembro, assegura-se o direito de todos os trabalhadores, a condições de Segurança, Higiene e Saúde no local de trabalho, responsabilizando o empregador por criar e manter essas condições.

1.1 Intervenção de Enfermagem em Saúde Ocupacional

A Saúde Ocupacional surge da necessidade de estipular medidas de saúde no trabalho, relacionadas com a deterioração das condições de trabalho que aconteceram na Revolução Industrial em meados do séc.XVIII (Oackley, 2003). A enfermagem do trabalho surge no fim do séc. XIX, (em Inglaterra em 1878, nos Estados Unidos em 1888) a indústria iniciou a contratação de enfermeiros que prestavam cuidados de saúde aos trabalhadores, família e comunidade. As características do trabalho têm mudado ao longo dos anos e, com as alterações do mundo do trabalho, também tem evoluído o papel do enfermeiro do trabalho (Rogers, 1997; Oackley, 2003). Este expandiu-se, para além do tratamento e da prevenção de doenças relacionadas com o trabalho e dos acidentes de trabalho, passou a incluir a promoção e manutenção da saúde, no local de trabalho e fora dele (Stanhope e Lancaster, 2011).

> "saúde ocupacional tem como objectivo promover a saúde e a qualidade de vida dos trabalhadores e aumentar a consciencialização sobre a prevenção de acidentes de trabalho

> e doenças profissionais. A enfermeira de saúde ocupacional é uma especialista em promoção da saúde no ambiente de trabalho (…) Enfermagem em Saúde Ocupacional pode ser definida como uma actividade orientada para metas com base nas necessidades do cliente, e que se concentra no trabalho e no ambiente de trabalho (FOHNEU, 2003, p.6).

A nomenclatura dada ao enfermeiro, que desenvolve a sua actividade com a população trabalhadora, é diferente de autor para autor. Assim, podemos encontrar os termos: *enfermeiro de saúde ocupacional* (OMS, 2001; FONHEU, 2003 e Oakley, 2003), *enfermeiro de saúde no trabalho* (Rogers, 1997; Ossler, Stanhope e Lancaster, 1999; INRS, 2009; Stanhope e Lancaster, 2011) e *enfermeiro do trabalho* (Lei n.º 7/95, Portugal, 2010). Por ser a nomenclatura usada pelas autoridades portuguesas o termo a utilizar ao longo deste relatório será o de "*enfermeiro do trabalho*". Em Portugal, não existe a especialidade de enfermeiro de trabalho, a Lei 7/95, considera: "o enfermeiro com curso de estudos superiores especializados de Enfermagem de Saúde Pública com funções específicas no domínio da saúde do trabalho" (p.1712). Esta inter-relação entre o exercício da enfermagem do trabalho e a especialidade de saúde pública/comunitária é referida por Rogers (1997), Ossler, Stanhope e Lancaster (1999), Oakley (2003), Stanhope e Lancaster (2011). Para Rogers (1997, p.37) "a enfermagem do trabalho está intimamente ligada à enfermagem comunitária e de saúde pública". Oakley considera-a como um ramo da saúde comunitária: "enfermagem em saúde ocupacional é um ramo especializado da saúde comunitária" (2003, p. 1).

A FOHNEU (2003) define enfermagem do trabalho como a actividade orientada para necessidades do indivíduo relacionadas com o trabalho e com o ambiente de trabalho. Pretende-se, em conjunto com o indivíduo, mudar o ambiente de trabalho de forma a aumentar a saúde e segurança do indivíduo trabalhador. Como elemento de uma equipa multidisciplinar, o enfermeiro do trabalho, participa nas políticas de saúde relativas à saúde no local de trabalho, colabora na implementação, vigilância, avaliação e promoção da saúde no trabalho. Está apto para relacionar os comportamentos e hábitos dos indivíduos no trabalho e fora dele e, dada a proximidade de relação com os trabalhadores, identifica as necessidades destes e pode incentivar a implementação de medidas de prevenção e promoção da saúde (OMS, 2001). A FONHEU (2003) dá como exemplos de actividades em que o enfermeiro pode actuar: princípios de higiene no local de trabalho, hábitos alimentares, imunização e rastreios, programas de educação para a saúde individuais ou de grupo. Oakley (2003) considera o papel do enfermeiro do trabalho

multifacetado, incluindo actividades clínicas como vigilância de saúde, actividades de educação para a saúde e envolvimento na identificação de tendências na doença, estatística de acidentes e programas de auditorias em saúde, no local de trabalho.

Na legislação portuguesa, o papel do enfermeiro do trabalho não está valorizado nem clarificado, a Lei n.º 102/2009 de 10 de Setembro (p. 6189) diz-nos que "o médico do trabalho deve ser coadjuvado por um enfermeiro com experiência adequada (...) as actividades a desenvolver pelo enfermeiro do trabalho são objecto de legislação especial". Até agora, ainda não houve legislação nesse sentido. No microsite de Saúde Ocupacional da Direcção Geral de Saúde, inserido em documentos informativos de apoio ao Programa Nacional de Saúde Ocupacional, descrevem-se várias funções do enfermeiro do trabalho "participa na definição de políticas de saúde (…) e colabora no planeamento e avaliação de programas de saúde" (Portugal, 2010, p.1). No mesmo documento ainda se diz que o enfermeiro presta cuidados, colabora na avaliação de risco e

> "deverá assumir um papel relevante na formação e informação em saúde dos trabalhadores e compete-lhe desenvolver e avaliar programas de promoção da saúde relacionados com o trabalho, bem como, de outros programas gerais de saúde da empresa" (Portugal, 2010, p.1).

A saúde ocupacional implica actuações interdisciplinares em que a enfermagem participa para a manutenção e promoção da saúde nos locais de trabalho, sendo necessária uma colaboração activa entre o enfermeiro do trabalho e os restantes técnicos dos serviços de saúde ocupacional, de modo a que se possam abranger todas as necessidades do trabalhador. O enfermeiro do trabalho tem um campo de acção amplo, englobando áreas como o estudo do ambiente de trabalho, alimentação, protecção colectiva e individual (Antunes, 2009). A AAOHN (2007) considera a enfermagem do trabalho como o exercício especializado, dirigido à população empregada, sendo uma prática orientada para a promoção da saúde, prevenção da doença, relacionada ou não com o local de trabalho, os acidentes de trabalho e protecção face aos riscos no local de trabalho, com o objectivo de obter e manter ambientes de trabalho seguros e saudáveis.

1.2 Trabalho nocturno

As exigências de manutenção de determinadas actividades, ao longo das 24 horas do dia, levam a que se tenha instituído o trabalho por turnos, sendo esta uma realidade que existe desde que o homem se organizou em ambientes urbanos (Arendt e Rajaratnam, 2001; Silva et al, 2011). A Organização Internacional do Trabalho, na sua convenção

número 171, define trabalho nocturno como: “todo e qualquer trabalho que se efectue durante o período de pelo menos sete horas consecutivas, compreendendo o intervalo entre a meia-noite a as 5 horas da manhã”. A legislação portuguesa, na Lei n.º 7/2009 de 12 de Fevereiro no 223º Artigo, define trabalho nocturno como aquele que é “prestado num período que tenha duração mínima de sete horas e máximo de onze horas, compreendendo o intervalo entre as 0 e as 5 horas”. Na mesma lei, no 221º Artigo, aparece a definição de trabalho por turnos, em que se considera como tal, qualquer organização de trabalho que seja efectuado em equipa, em que haja sucessiva ocupação dos postos de trabalho, podendo ser rotativo, contínuo ou descontínuo, quer em termos de horas ou de dias da semana. No Artigo 224º, define-se trabalhador nocturno como o “que efectua (trabalho) durante o período nocturno por parte do seu tempo de trabalho”. Num hospital, é necessário garantir cuidados de urgência, de vigilância ou de manutenção durante as 24 horas do dia, sete dias por semana, pelo que é necessária a prática de trabalho contínuo diurno e nocturno, em todos os dias da semana. Assim, neste documento, define-se *trabalho nocturno*, como o trabalho que se pratica por turnos com realização de trabalho nocturno, independentemente do tipo de rotatividade. Quando é utilizada a expressão *trabalhador nocturno,* compreende-se o conteúdo definido na lei. Nas instituições hospitalares, este horário é praticado por enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos de diagnóstico e terapêutica num regime rotativo, pelos médicos em regime de 24 horas uma ou duas vezes por semana.

Toda a pesquisa, efectuada na área dos efeitos do exercício do trabalho por turnos, tem revelado que este ritmo de trabalho está associado a diversas alterações e implicações na saúde do indivíduo que o pratica. Considerando saúde no seu termo mais lato, proposto pela Organização Mundial de Saúde: “estado de completo bem-estar físico, mental e social e não mera ausência de doença ou enfermidade” (WHO, 1948, p.1). Actualmente, preconiza-se que a saúde do indivíduo está interligada com o ambiente e a sociedade onde está inserido, não é um estado estático, tem variações dependentes do estádio da vida do indivíduo (Pender, Murdaught e Parsons, 2011).

Os estudos sobre os efeitos do trabalho nocturno são problemáticos porque, habitualmente quem não o tolera auto-exclui-se de o fazer, permanecendo em trabalho nocturno os que o toleram (Arendt e Rajaratnam, 2001; Fernandes, 2010)

1.2.1 Ritmos biológicos

O nosso organismo está regulado por relógios biológicos, como por exemplo o nódulo sinusal no coração, que regula o ritmo cardíaco e o núcleo supra-quiasmático, localizado no hipotálamo, este relógio em colaboração com a glândula pineal (produtora de melatonina) regulam o ciclo circadiano de sono/vigília, que se refere a um período de cerca de um dia. O padrão da temperatura, do sono, o metabolismo e a produção da maioria das hormonas submetem-se a um ciclo de 24 horas, ou ciclo circadiano (Sanders e Campell, 1998, Arendt e Rajaratnam, 2001; Cruz, 2003). O relógio biológico e o pacemaker endógeno, em combinação com o indicador exógeno ambiental, mantêm as pessoas sincronizadas para um ciclo de 24 horas. Cada dia, certos indicadores exógenos – zeitegebers - como o claro-escuro, dia/noite, redefinem o nosso organismo para se sincronizar com o ciclo de 24 horas do nosso mundo (Sanders e Campell, 1998, Cruz, 2003). Arendt e Rajaratnam (2001) consideram a luz como o maior sincronizador do ciclo circadiano, a exposição a níveis de luz, mesmo sendo baixos (equivalente ao existente em escritórios ou salas) afecta consideravelmente o ciclo circadiano humano.

Os ritmos circadianos, como o ciclo sono/vigília, temperatura do corpo (com um mínimo de cerca das 5 horas e um máximo entre as 17 e 19 horas), frequência respiratória, débito urinário e produção de certas hormonas, podem ser influenciados por factores exógenos como o ciclo claro-escuro, ritmos sociais, culturais, climáticos ou horários de trabalho e descanso (Filho, 1998). Quanto aos sincronizadores exógenos ou zeitegerbers, Silva et al. (1996) classificam-nos em três grupos: geofísicos – ciclo dia-noite, temperatura atmosférica; psicossociais – rotinas e contactos sociais; e comportamentais – rotinas individuais, ciclo actividade - repouso, ciclo sono/vigília, comportamento alimentar, consumo de tabaco.

As várias funções rítmicas tendem a ter uma relação estável entre si, esta harmonia tem sido considerada essencial para a manutenção do bem-estar e da saúde. Alterações deste equilíbrio podem desencadear processos patológicos. O ciclo claro-escuro, associado à luz solar e ao ritmo dia/noite, é o sincronizador principal do ciclo circadiano (Silva, 2000).

> "os ritmos biológicos são uma componente essencial da homeostase (…) A maioria dos ritmos é accionada por um relógio biológico interno, localizado no núcleo supraquiasmático hipotalâmico e pode ser sincronizado por sinais externos, tais como o ciclo claro-escuro" (Kitamura, 2002, 193).

Os sincronizadores sociais determinam a organização em termos de horários, a forma como o indivíduo se organiza ao longo das vinte e quatro horas, são exemplo o horário de funcionamento dos serviços, escolas, refeições, lazer (Silva et al. 1996; Silva, 2007). Os estímulos externos sincronizam os ritmos internos com o ambiente, não os alterando, pois o nosso organismo comporta-se de noite de forma diferente da do dia (Filho, 1998). Mesmo que um trabalhador pratique sempre o turno da noite, não há um ajuste do ciclo circadiano da melatonina (Folkard, 2008).

A glândula pineal, sintetiza a hormona melatonina que está associada à indução do sono entre outras funções, a sua secreção é induzida pela escuridão e suprimida pela luz brilhante (Filho, 1998; Chiesa, 2000; Arendt e Rajaratnam, 2001). A melatonina tem o seu pico às 4 horas e o seu mínimo às 16 horas e parece estar estreitamente relacionado com a temperatura e o estado de alerta (Akersted, 2003) A sua secreção é influenciada pela luz ambiental, durante o Inverno, com dias mais curtos, a sua secreção é maior. Existem variações individuais na sensibilidade para a intensidade da luz que provocam a supressão da melatonina, podendo a intensidade habitual de uma casa ser o suficiente para causar essa inibição (Peixoto, 2007).

Outros autores, Manzano et al. (2011) referem que a modificação das condições ambientais no mundo industrializado, com a introdução da iluminação nocturna vai levar à supressão da secreção da melatonina podendo originar distúrbios cardiovasculares e gastrointestinais, problemas de saúde como o cancro da mama ou colorrectal, depressão, excesso de peso e perturbação da actividade sexual.

Em paralelo com a produção de melatonina, existe a produção de outras hormonas que também estão sincronizadas com o ciclo sono/vigília. Assim, são reguladas pelo ciclo sono/vigília a hormona do crescimento, com um pico cerca das 3 horas da madrugada; o cortisol, que prepara o organismo para a actividade, aumentando a resistência ao stress. A produção de prolactina também está associada ao sono, sendo os picos de produção entre as 5 e as 7 horas da manhã, sendo esta uma das razões porque se propõe a interrupção do trabalho nocturno nas grávidas e mulheres a amamentar. As hormonas associadas à função gástrica estão mais baixas durante a noite (Sanders e Campell, 1998). As enzimas gástricas também estão sujeitas ao ciclo sono/vigília, variando a sua produção ao longo do dia (Filho, 1998). Em Apêndice 2 descreve-se como informação adicional o ciclo do sono.

1.2.2 Consequências do trabalho por turnos

O trabalho por turnos, principalmente o trabalho nocturno provoca uma inversão do ciclo sono/vigília, os indivíduos que trabalham durante a noite têm um conflito temporal entre o relógio biológico e um relógio imposto pelo horário de trabalho, causando uma dessincronização nos ciclos fisiológicos e sociais (Silva, 2000; Martino, 2002; Silva et al, 2011)

Esta dessincronização causa distúrbios do sono, perturbações gastrointestinais, cardiovasculares, perturbações psíquicas e sócio – familiares (Smith, et al., 1999;Filho, 1998; Sanders e Campell, 1998; Suarez, 1999; Silva et al, 2000; Costa et al., 2000; Arendt e Rajaratnam, 2001; Harrigton, 2001; Costa, 2009; Manzano et al., 2011).

Os distúrbios do sono são as alterações mais referidas pelos autores e todas as outras alterações relacionadas com o trabalho nocturno têm directa ou indirectamente origem na inversão do ciclo sono/vigília (Akersted, 1990;; Sanders e Campell, 1998; Smith, et al., 1999; Suarez, 1999; Arendt e Rajaratnam, 2001; Campos e Martino, 2003; Maynardes et al., 2009; Fernandes,2010; Neves et al.2010; Silva et al., 2011).

Os efeitos de dessincronização do ritmo circadiano são apontados como causa de aumento do risco de acidentes e diminuição da eficácia no trabalho (Akersted, 1990, 2003; Arendt e Rajaratnam, 2001; Harrington, 2001; Costa 2009; Fernandes, 2010).

Os sintomas sentidos pelos trabalhadores nocturnos são idênticos a quem faz uma viagem transatlântica, com a diferença de que o trabalhador o faz ao longo dos anos (Arendt e Rajaratnam, 2001; Harrigton, 2001). “globalmente, o efeito do trabalho por turnos tem sido comparado aos de um viajante de longa distância, em trabalho em São Francisco e de retornar a Londres para os dias de descanso” (Harrigton, 2001, p. 69).

Independentemente das características do sistema de turnos, os problemas comuns, relacionados com o trabalho por turnos, são causados por se iniciar a actividade (trabalho) num período do dia, em que era suposto o indivíduo estar inactivo, a dormir. A maior fonte de dificuldades dos trabalhadores nocturnos é a inversão do ciclo sono/vigília, relativo à orientação normal do dia (Sanders e Campell, 1998). A disponibilidade de luz tem sido associada a actividade e a ausência de luz associado a inactividade. Assim, quando um indivíduo trabalha de noite, na ausência de luz, o organismo recebe sinais contraditórios (Sanders e Campell, 1998). O trabalhador nocturno está activo quando o

seu organismo se está a preparar para o descanso, dormindo de dia um sono deficiente (Chiesa, 2000).

Durante o dia como há, maior ruído ambiente e luminosidade, há redução da duração e da qualidade do sono. Isso resulta num défice de sono acumulado, comummente referido como défice de sono (Sanders e Campell, 1998; Suarez, 1999; Campos e Martino, 2003; Maynardes et al., 2009). O sono diurno é em menor quantidade e menor qualidade (Martino, 2002; Campos e Martino, 2003; Costa, 2009), sendo fraccionado acrescentam Martino (2002) e Silva e Martino (2009). A duração do período de sono pode ficar reduzida até duas horas por dia, acumulando-se um débito de sono (Filho, 1998). Para Harrigton (2001), o sono diurno é de pior qualidade por estar no sentido contrário ao ciclo circadiano da temperatura, e não ao ruído que se faz sentir. Tentar dormir contra o ciclo circadiano (especialmente contra os ciclos da melatonina e temperatura corporal) resulta em pequenos sonos e mais despertares (Arendt e Rajaratnam, 2001). Queixas generalizadas de fadiga, que se mantêm após o período de sono diurno, são também referidas por Sanders e Campell (1998); Harrigton (2001); Martino (2002); Maynardes et al. (2009) e Silva e Martino (2009).

Uma das constatações do trabalhador nocturno é a sonolência no turno da noite, sendo uma das razões o indivíduo estar a trabalhar quando o padrão do seu ciclo circadiano está no seu mínimo. O desempenho, o estado de alerta e o metabolismo têm o seu pico à tarde e mínimo no início da madrugada, promovendo o sono durante a noite. Outra razão para a sonolência é o número de horas de vigília, porque quem faz o turno da noite, está mais horas acordado do que quem faz o turno diurno (Akersted, 2003). Os distúrbios do sono causados pelo trabalho nocturno, podem persistir por um longo período de tempo, após o abandono desse horário (Tucker et al., 2010).

Os distúrbios do sono afectam o funcionamento cognitivo. Os trabalhadores nocturnos rotativos relatam níveis mais baixos de concentração, tempo de reacção mental e físico, aumentado e perturbações na memória. Estas consequências são particularmente importantes em indivíduos cujo trabalho exige alto grau de monitorização, por exemplo funcionários de centrais nucleares ou enfermeiros de cuidados intensivos (Sanders e Campell, 1998; Gold et al., 1992; Arendt e Rajaratnam, 2001).

São vários os estudos que associam o trabalho nocturno ao maior risco de cancro. Num estudo caso/controlo, realizado por Lie et al. (2011), com 699 enfermeiras norueguesas

com cancro da mama, encontraram um aumento do risco, em quem trabalhava há mais de 5 anos, em trabalho nocturno e com 6, ou mais noites consecutivas. Hissa et al (2008) referem estudos em que se observaram níveis menores de melatonina em mulheres com cancro da mama. Em Havard, Schernhammer (2011), conclui nos seus estudos, que os efeitos da disrupção do ciclo circadiano tem repercussões negativas na saúde em geral, e em particular, aumenta o risco de cancro.

As perturbações gastrointestinais, associadas ao trabalho nocturno são referidas por Clancy e McVicar, (1995); Filho (1998); Suarez (1999); Harrigton (2001); Barreto (2008) Costa (2009); Silva e Martino (2009) e Fernandes (2010). O ciclo sono/vigília influencia a produção de enzimas gástricas, ao não ingerir alimentos quando o estômago se prepara para o fazer, estas podem atacar o aparelho digestivo. O trabalhador nocturno, para além de ter um ritmo dessincronizado com a actividade gástrica, também tem hábitos alimentares irregulares, fazendo menos refeições, tendo menos apetite e fazendo lanches durante o período nocturno. Os distúrbios gastrointestinais daí decorrentes, como a pirose, gastrite e úlcera péptica estão associados ao exercício do trabalho nocturno (Filho, 1998). Clancy e McVicar, (1995) mencionam um aumento de 10 a 12% nas perturbações gástricas em quem trabalha por turnos, sendo as queixas mais frequentes as úlceras pépticas e duodenais. Verificam-se irregularidades na quantidade e qualidade da alimentação e aumento do consumo de tabaco, álcool e cafeína (Suarez, 1999, Costa, 2009).

O trabalho nocturno está ligado a diversos factores de risco associados à doença coronária. São referidos comportamentos de aumento de consumo de álcool e tabaco, diminuição do consumo de fibras e não realização de exercício físico (Härmä et al., 1998; Silva et al., 2000; Costa, 2009). Num estudo, realizado por Tenkanen et al (1997), com trabalhadores da indústria, que realizavam trabalho nocturno, concluíram que estes, em relação aos do turno diurno, tinham um risco acrescido, em 30 a 50% de sofrer de doença coronária. As alterações encontradas a nível cardiovascular, associadas ao trabalho nocturno são: aumento da frequência cardíaca e hipertensão arterial. Durante o sono, a frequência cardíaca tende a baixar, o trabalho nocturno parece ser responsável por um aumento da frequência cardíaca. (Filho, 1998; Coelho, 2009).

Habitualmente, a tensão arterial (TA) é regulada num ciclo circadiano: varia ao longo das 24 horas, com valores elevados durante o dia e baixos à noite, seguindo o ciclo

sono/vigília. Os trabalhadores nocturnos estão mais susceptíveis a que não se verifique a descida de valores durante o período nocturno (Kitamura, 2002; Costa, 2009). Vários foram os estudos realizados sobre a influência do trabalho nocturno nos valores da hipertensão arterial, tendo alguns obtido conclusões um pouco contraditórias. Morikawa et al (1999) concluíram que, nos primeiros anos em que realizavam trabalho nocturno, existia aumento da TA, posteriormente os valores estabilizavam, no entanto, na conclusão final, sugerem a existência de uma associação entre trabalho nocturno e hipertensão. Silva et al. (2000) concluem existir um aumento dos valores da TA, com uma relação directa entre aumento de valores médios e tempo de trabalho nocturno. Em trabalhadores com hipertensão, Kitamura et al. (2002) concluíram que o trabalho nocturno podia ter efeitos prejudiciais. Existe uma relação directa entre a não descida dos valores médios de tensão arterial durante a noite e as perturbações do sono, equiparáveis a outros problemas como stress no trabalho ou falta de apoio social (Argilas et al., 2011).

As alterações psicológicas, relacionadas com o trabalho nocturno, são referidas por Filho (1998), que considera que lhe estão associados níveis de stress elevados. Costa (2009) considera os distúrbios do sono, nomeadamente o défice crónico, a causa para o desgaste psicológico, diminuição da auto-estima e da capacidade de resolução de problemas. Vários autores (Filho, 1998; Costa et al., 2000; Harrigton, 2001; Costa, 2009; Maynardes et al., 2009; Manzano et al., 2011) referem existir evidência de que a ansiedade e depressão estão relacionadas com o exercício do trabalho nocturno. A irritabilidade, diminuição da agilidade mental e eficiência são associados ao défice de sono (Campos e Martino, 2003; Maynardes et al., 2009; Silva e Martino, 2009). A dessincronização familiar e social provoca também sentimentos de angústia e insatisfação (Costa, 2009).

Como já foi referido, existe uma regulação interna (relógio biológico) e externa (ritmos ambientais, sociais e hábitos do individuo) do ciclo ciracadiano do nosso organismo. A nossa vida está organizada em função de determinados comportamentos e papéis que desempenhamos, como horários de refeições, horários de trabalho, actividades de lazer, papéis familiares, sociais e ocupacionais. Comportamentos que se repetem todos os dias, implementando os ritmos sociais. A maioria das pessoas regula o seu ritmo social de acordo com o ciclo claro-escuro (Silva, 2000; Silva e Martino, 2009).

A sociedade está organizada essencialmente em horário diurno, o que causa, no trabalhador nocturno, um desfasamento familiar e social, muitas vezes é excluído das rotinas familiares e de actividades recreativas em grupo que são necessárias ao bem-estar do indivíduo (Chiesa, 2000, Silva e Martino, 2009). Um trabalhador diurno tem maior facilidade em organizar a sua vida social e familiar e mesmo em afirmar-se na tomada de decisões e implementação da autoridade, o trabalhador nocturno, pela irregularidade da sua presença, tem dificuldade em manter os papéis sociais e familiares, "há uma degradação crescente e gradativa das relações sociais em família" (Filho, 1998, p. 12).

O indivíduo tem tendência a regular o seu ritmo em função da sua vida social, por exemplo, a sincronizar os seus horários com o do seu companheiro (Silva, 2000). O trabalhador nocturno vê o seu horário de trabalho interferir na sua vida social e familiar, não podendo estar presente nos fins-de-semana, datas festivas, como por exemplo a "Passagem de Ano", o aniversário do filho, marido ou pai. A não conciliação do tempo livre do trabalhador por turnos, com os seus familiares e amigos, porque ou trabalha, ou descansa, nos momentos livres dos outros, afecta o tempo e a qualidade deste quando está com os outros. (Clancy e McVicar, 1995; Harrigton, 2001; Barreto, 2008). O trabalho nocturno afecta não só quem o faz, mas também a família do trabalhador, sendo este aspecto mais visível nos casos de trabalhadores com filhos pequenos, em que muitas vezes prejudicam o seu tempo de repouso para poder estar presente, como mecanismo de compensação, os trabalhadores recorrem às trocas (Harrigton, 2001; Costa, 2009).

Todos estes efeitos do trabalho nocturno são estudados e comprovados, no entanto há indivíduos que o avaliam positivamente, Cruz (2003); Neves et al. (2010) e Silva et al. (2011) encontraram trabalhadores que consideram que faz parte do contexto, gostam de o fazer e continuam a preferir praticar trabalho nocturno ou, pelo menos, aprenderam a viver com ele.

1.2.3 Medidas de Intervenção /Prevenção

Como o trabalho por turnos é necessário e não sendo possível terminar com algumas situações em que ele existe, como por exemplo nos profissionais de saúde, então é preciso encontrar mecanismos compensatórios (Clancy e McVicar, 1995). Programas de educação e aconselhamento sobre higiene do sono e estilos de vida saudável são propostos por Smith, et al. (1999) e por Fernandes (2010). Programas de

acompanhamento individual, com o objectivo de alterar comportamentos na área da higiene do sono, são propostos por Poyares et al. (2003).

As medidas de intervenção e prevenção podem ser tomadas a nível colectivo - organização do ambiente e métodos de trabalho, e a nível individual – alterações no comportamento, hábitos e rotinas do trabalhador nocturno. As medidas, a nível do empregador e organização, relacionam-se com a definição e distribuição de horários de trabalho, promoção da capacidade de decisão e vigilância de saúde. A nível individual as medidas passam pela adopção de comportamentos adequados ao trabalho nocturno, ao sono, à alimentação e ao exercício físico.

O trabalho nocturno deve ser reduzido ao máximo possível. A rotação rápida (mudança de turno todos os dias) causa menos interferências no ritmo circadiano do que a rotação lenta. A rotação deve ser no sentido horário – manhã - tarde – noite, por permitir intervalos maiores entre os turnos, a realização de manhã e noite no mesmo dia deve ser evitada (Akersted, 1990; Harrigton, 2001). Arendt e Rajaratnam (2001) concordam com os autores anteriores, mas referem ser uma área controversa e ainda em estudo. A duração dos turnos não deve exceder as 10 ou 12 horas, apesar das queixas de fadiga serem maiores, existem muitos trabalhadores que os preferem porque lhes permitem 3 ou 4 dias seguidos de folga (Akersted, 1990; Harrigton, 2001). No entanto, Akersted (1990) refere que turnos mais longos podem traduzir-se em mais sonolência e fadiga podendo diminuir a eficácia e aumentar os riscos de acidentes. Akersted (2003) refere vantagens na recuperação do sono e menos impacto nas actividades sociais, num esquema de turnos rápido (3 – 4 dias). Para Costa (2009), é possível minimizar os efeitos do trabalho nocturno ao diminuir o número de noites consecutivas que se fazem.

A vigilância da saúde dos trabalhadores que praticam trabalho nocturno deve ser realizada em paralelo com outras medidas como: melhoria das condições de trabalho, informação sobre alimentação, hábitos de vida saudável, controlo de excessos de tabaco, álcool e automedicação (Silva, 2000; Harrigton, 2001).

As vantagens da exposição à luz intensa durante o período de trabalho nocturno parecem encontrar consenso entre vários autores, a exposição à luz durante e antes do turno pode diminuir a sonolência durante o trabalho e melhorar o sono subsequente (Arendt e Rajaratnam, 2001; Harrigton, 2001; Akersted 2003). A utilização de óculos escuros na

saída do turno da noite é uma medida recomendada como forma de facilitar a secreção de melatonina e induzir o sono (Martinez et al., 2008; Paiva, 2008)

Arendt e Rajaratnam (2001) defendem ainda a existência de intervalos de descanso regulares. Arendt e Rajaratnam (2001); Harrigton (2001) e Martino (2002) referem ser vantajoso para o trabalhador nocturno a possibilidade de poder fazer pequenas sestas durante o período de trabalho nocturno. Martino afirma: "seria recomendável que os enfermeiros do turno da noite tivessem oportunidade de tirar cochilos[1], o que poderia auxiliá-los a recuperar as energias perdidas ou compensar o deficit de sono durante a atividade noturna" (2002, p. 98) A realização de uma sesta antes de fazer uma noite é defendida por Clancy e McVicar (1995); Akersted (2003) e Paiva (2008). A realização de uma sesta de 30 minutos a duas horas, permite compensar a sonolência que surge no momento do mínimo do ciclo circadiano durante a madrugada (Akersted, 2003).

A realização de exercício físico, manutenção de uma dieta adequada e gestão do sono são, sem dúvida, medidas que o trabalhador nocturno deve tomar no sentido de melhorar a sua saúde (Harrigton, 2001). O ideal, seria conseguir encontrar e implementar medidas que sincronizassem o ritmo circadiano. No entanto, isso não é possível, para existir uma inversão completa do ciclo teriam que se realizar durante 10 a 20 dias seguidos o turno da noite, permitindo um ajuste fisiológico, mas o indivíduo ainda ficaria mais desajustado socialmente (Sanders e Campell, 1998). Organizar os horários de sono de forma a aproximar esses períodos com os períodos habituais Silva (2000) e promover medidas de higiene do sono, como ter um sono regular, um ambiente calmo e escuro são indicadas para melhorar a qualidade do sono (Arendt e Rajaratnam, 2001). Em Apêndice 3 apresentam-se as medidas de Higiene do Sono.

Para prevenção dos problemas gastrointestinais é importante manter um horário regular de fazer as refeições "pois quando isso não ocorre, o alimento encontra o estômago despreparado e, por mais leve que seja (a refeição), acarreta má digestão" (Filho, 1998, p. 4). Recomenda-se uma alimentação saudável, rica em fibras e durante o turno da noite evitar os excessos (Silva, 2000). Aconselha-se também a abstenção do consumo de álcool e cafeína perto da hora de dormir (Arendt e Rajaratnam, 2001).

[1] A autora caracteriza "cochilo" como "sono de curta duração", considera-se equivalente ao termo sesta.

Determinados alimentos e infusões parecem influenciar o sono. O aumento do aminoácido triptófano na dieta (presente em alimentos como banana, ovos, carne, peixe tâmaras secas ou amendoins) tem sido associado a uma diminuição do tempo de latência do sono e aumento do tempo total. Infusões como a valeriana e a camomila parecem ter um efeito indutor do sono (Poyares et al., 2003).

A prática de exercício físico tem sido globalmente aceite como benéfica para a saúde, principalmente, na prevenção de doenças cardiovasculares e músculo-esqueléticas, relativamente à sua influência no sono parece haver consenso de que quando praticado até 3 horas antes da hora de dormir tem efeitos benéficos no padrão do sono, diminui o período de latência e aumento nas fases do sono de ondas lentas (Martins, et al., 2001).

2. METODOLOGIA E DESENVOLVIMENTO DO PROJECTO

A metodologia de suporte ao desenvolvimento do projecto foi a Metodologia do Planeamento em Saúde (Tavares, 1990). O modelo teórico seleccionado para fundamentar as opções tomadas na implementação da actividade foi o Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011).

Existe necessidade de se planear porque os recursos humanos, materiais e financeiros são sempre escassos, sendo preciso utilizá-los eficazmente. Para prevenir o reaparecimento de um problema, a intervenção deve ser feita na sua origem. e como não é possível resolver várias situações em simultâneo, é inevitável estabelecer prioridades (Imperatori e Giraldes, 1993).

Os vários autores consultados, Imperatori e Giraldes (1993), Tavares (1990) e Loureiro e Miranda (2010) consideram o planeamento em saúde como um processo contínuo e dinâmico. Tavares (1990) define 6 etapas neste processo: diagnóstico da situação, determinação de prioridades, fixação de objectivos, selecção de estratégias, preparação operacional e avaliação (Anexo 1 - Esquema do Processo de Planeamento em Saúde) Todo este processo é contínuo e com a possibilidade de, em cada uma das fases, existir a necessidade de se voltar atrás e refazer, sendo um processo em espiral porque ao voltar atrás não se chega exactamente ao ponto de onde se partiu, havendo adaptação a novas necessidades (Imperatori e Giraldes, 1993; Loureiro e Miranda, 2010). O projecto desenvolvido durante este estágio seguiu as 6 etapas propostas por Tavares (1990).

O MPS de Nola Pender é um modelo de enfermagem que “oferece um guia para explorar os complexos processos biopsicossociais que motivam os indivíduos a desenvolver comportamentos direccionados para a melhoria da saúde” (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011, p. 44). O MPS é um modelo de abordagem à orientação de competências, estuda e inter-relaciona três aspectos: as características e experiências individuais, as emoções e conhecimentos específicos, relacionados com o comportamento, e o comportamento desejável de promoção da saúde (Em Anexo 2 Esquema do MSP de Nola Pender). Ao elaborar estratégias de promoção da saúde, esta deve ser encarada numa perspectiva positiva (Pender, Murdaugh e Parsons, 2011). Pender, Murdaugh e Parsons (2011) defendem que os enfermeiros trabalham em parceria com os clientes fornecendo conhecimentos e habilidades necessárias para os capacitar de forma a atingirem as suas metas de saúde. Esta ideia está de acordo com o que a FONHEU (2003) defende ser o

objectivo do enfermeiro do trabalho, mudar a saúde do trabalhador em colaboração com os próprios trabalhadores.

Neste capítulo, descreve-se a implementação do projecto desde a fase do diagnóstico da situação até à avaliação, seguindo todas as etapas da metodologia do planeamento em saúde.

2.1 Diagnóstico da situação

O diagnóstico da situação, permite identificar os problemas de saúde e as suas condicionantes, sendo o primeiro passo do processo, da sua consistência está dependente o sucesso do projecto. Deve ser suficientemente alargado, aprofundado, sucinto, rápido, claro e corresponder às necessidades. Compõe-se de quatro etapas 1. identificação do problema, 2. estudo das repercussões na população, 3. estudo da causalidade, com determinação das causas e factores de risco e 4. determinação das necessidades (Tavares, 1990).

Neste subcapítulo, pretende-se contextualizar o local de estágio e a forma como decorreu o diagnóstico da situação

Contextualização do local de intervenção[2]

O Serviço de Saúde Ocupacional onde se realizou o estágio pertence a um Hospital Central de Lisboa, que se encontra inserido num Centro Hospitalar. Este serviço é único, com um pólo em cada um dos 4 hospitais que compõe o Centro. Cada pólo tem actividades dependentes e independentes, um Director, o Médico do Trabalho que pode ser comum a vários pólos, um Psicólogo, que desenvolve a sua actividade em todo o Centro Hospitalar, e dois Técnicos de Higiene e Segurança, cada um acumula dois hospitais. Em cada um dos hospitais, existe um enfermeiro que organiza o seu trabalho individualmente e em equipa multidisciplinar, prestando cuidados de saúde a todos os profissionais daquele hospital. Sendo um Hospital Central é composto por várias valências e especialidades: Medicina, Cirurgia, Gastroenterologia, Hematologia, Dermatologia, Cirurgia Ambulatória e Bloco Operatório, bem como todos os serviços de apoio clínicos e não clínicos, com um total de cerca de 1250 trabalhadores.

[2] A Sra. Enfermeira Adjunta da Direcção solicitou a não identificação do Hospital

O Serviço de Saúde Ocupacional tem como missão: "…contribuir para o sucesso do Centro Hospitalar, através da protecção e promoção da saúde dos seus trabalhadores e da manutenção de um ambiente de trabalho saudável e seguro, potencializando os objectivos da Organização" (in Manual do Serviço).

Tendo em conta a organização e funcionamento do serviço de saúde ocupacional, considerou-se pertinente fazer o diagnóstico da situação directamente junto do profissional de saúde que realiza trabalho por turnos, através da aplicação de questionários. Para o presente projecto os profissionais de saúde ocupacional seleccionaram os trabalhadores do Serviço de Cirurgia deste Hospital.O Serviço de Cirurgia deste Hospital Central é composto por dois Serviços, cuja distribuição por grupo profissional é a seguinte:

Quadro 1 – Distribuição dos profissionais do serviço estudado

	Serviço A		**Serviço B**	
	Total	Realizam turnos	Total	Realizam turnos
Médicos	36	20	4	3
Enfermeiros	56	50	12	11
Assistentes Operacionais	27	18	11	8

A amostra é constituída pelos profissionais de saúde, de qualquer categoria profissional, tendo como critérios de inclusão, a prática de horário nocturno, há pelo menos seis meses, e a aceitação participar no projecto. A AAOHN (2007) considera a enfermagem do trabalho como a prática de enfermagem dirigida a todos o trabalhadores. Assim, pensou-se ser pertinente aplicar os questionários a todos os grupos profissionais.

Colheita de dados

Para realizar o diagnóstico da situação optou-se pela técnica de aplicação de questionários a uma amostra da população. Com a aplicação de um questionário preenchido pelos profissionais, pretendeu-se identificar o problema, estudar as repercussões na saúde do trabalho por turnos neste grupo de profissionais e determinar as necessidades.

O questionário aplicado foi o "Index Padronizado do Trabalho por Turnos", segundo Ribeiro (2007, p. 340) este instrumento tem como objectivo "avaliar os problemas que os indivíduos podem sofrer devido ao trabalho por turnos". Foi elaborado em 1992 e traduzido e adaptado para a população portuguesa em 1994 (Silva et al., 1995), foi

utilizado em vários estudos em Portugal (Bastos, 2005; Silva, 2007; Costa, 2009 e Fernandes, 2010). Foi obtida autorização, por correio electrónico, de um dos tradutores Professor Doutor Carlos Fernandes Silva (Anexo 2). Compõe-se de 4 Grupos de Questões: "Dados individuais", "Sono e Fadiga", "Saúde e Bem-estar" e "Estudo Social e doméstico", antecedidas por carta de apresentação do projecto (Anexo 3)

Os questionários foram auto-preenchidos voluntariamente, entre o dia 22 de Novembro e 2 de Dezembro de 2012. Recolheram-se 68 questionários preenchidos, com a seguinte distribuição por grupo profissional.

Quadro 2 – Distribuição da amostra por grupo profissional

Médicos	1
Enfermeiros	46
Assistentes Operacionais	21
Total	**68**

Para complementar os dados colhidos junto dos trabalhadores, e tendo em conta que o enfermeiro do trabalho tem uma actividade orientada para as necessidades do cliente com foco no trabalho (OMS, 2001), considerou-se necessário conhecer a intervenção de enfermagem no âmbito da consulta, pretendia-se saber se era abordada a temática dos distúrbios do sono relacionados com o trabalho por turnos. Para tal, recorreu-se à observação directa de consulta de enfermagem. Queiroz et al. (2007) consideram a observação como um dos meios mais utilizados pelo ser humano para conhecer e compreender o que o rodeia, "a observação torna-se uma técnica científica a partir do momento em que passa por sistematização, planejamento e controlo da objectividade" (Queiroz et al, 2007, p. 277). Porque não se pode observar tudo ao mesmo tempo, é necessário limitar e estabelecer objectivos.Com esta observação, o objectivo foi identificar o número de referências efectuadas pela enfermeira do trabalho aos hábitos de sono. Observou-se a existência, de caracterização de hábitos de sono, caracterização da qualidade do sono e realização ou não de sestas profilácticas. Durante a primeira e segunda semana de Dezembro, observaram-se 10 Consultas de Enfermagem efectuadas no âmbito da Vigilância Periódica dos Trabalhadores. A enfermeira do serviço concordou com a observação. Em Apêndice 4, está o consentimento informado aceite. Em Apêndice 5 a Grelha de Observação.

Tratamento de dados

O tratamento de dados foi realizado através do programa informático Microsoft Excel 2010, utilizando estatística descritiva. De acordo com Reis (2000) nos dados obtidos calcularam-se as frequências absolutas, medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de tendência não central (mínimo e máximo).Para análise das escalas de "Questionário do sono", "Questionário de Saúde Física" e "Questionário Geral de Saúde", foram aplicadas as classificações preconizadas por Silva (1995)[3]. Em Anexo 4 são apresentadas as classificações em quadros individualizadas por escala.

2.1.1 Apresentação e reflexão sobre os resultados

A nossa amostra é composta, maioritariamente, por elementos do sexo Feminino, 61 participantes (90%) e 7 participantes do sexo Masculino (10%). A média de idades é de 39 anos, com um máximo de 62 e um mínimo de 23. Quanto à sua situação conjugal 42 (62%) vivem com companheiro, 22 (32%) são solteiros e 4 (6%) são separados, divorciados ou viúvos. Quanto à opinião, que pensa, que o seu companheiro tem por realizar trabalho por turnos, as respostas obtidas estão distribuídas segundo a representação no Gráfico 1. Destes dados salienta-se que 14 inquiridos (31%) referem que os seus companheiros são bastante favoráveis e 4 (9%), são extremamente favoráveis à realização de horário por turnos.

Gráfico 1 – Distribuição segundo a opinião do companheiro

Quando inquiridos se as vantagens do trabalho por turnos, compensavam as desvantagens, obtiveram-se as respostas representadas no Quadro 3. Um total de 24 (35%) considera "Provavelmente sim" e "Sem dúvida que sim". Na escala de avaliação da Satisfação Geral para o trabalho, numa escala de 1 a 5 a média obtida foi de 3,9. Dados que estão de acordo com os resultados de Cruz (2003) e Silva et al. (2011).

[3] Em documento não publicado, ao documento original, após várias tentativas, consultou-se a Tese de Mestrado de Costa, 2009.

Quadro 3 - Distribuição segundo a compensação de vantagens do trabalho por turnos

Sem dúvida que não	Provavelmente não	Talvez	Provavelmente sim	Sem dúvida que sim
11	**10**	**23**	**14**	**10**

Na pergunta aberta sobre hábitos de sono obtiveram-se os seguintes resultados:

Quadro 4-Comparação entre horas dormidas e percepção de horas de sono necessárias

	Horas dormidas	Horas necessárias
Média	6: 30	7:35
Máximo	8:45	10:30
Mínimo	3:45	5
Moda	7	8

Da observação dos dados expostos no Quadro 4, conclui-se que, em média, os inquiridos dormem menos uma hora do que sentem que necessitam. Tendo em consideração que em média, um adulto deve dormir 7 a 8 horas (Poyares et al., 2003) pode-se concluir que a amostra tem, em média 1 hora a 1 hora e 30 minutos de défice de sono. Estes dados estão de acordo com a bibliografia consultada. Filho (1998) refere uma redução de sono até duas horas por dia no trabalhador nocturno.

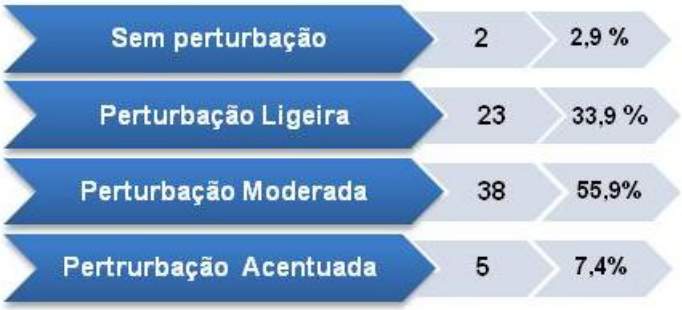
Quanto à prática de sesta, a nossa amostra distribui-se da seguinte forma:

Quadro 5 - Hábitos de sesta

Turno	Faz	Não faz
Manhã	5 - 15%	28 - 85%
Tarde	1 - 3%	32 - 97%
Noite	9 - 27%	24 - 72%
Folga	6 - 19%	25 - 81%

Dos dados apresentados no Quadro 5, conclui-se que 9 inquiridos (27 %) realizam uma sesta antes de realizar o turno da noite. 26 inquiridos não dormem (79%) não dorme após o turno da noite. O comportamento dos indivíduos da amostra não está de acordo com o que é defendido por Clancy e McVicar (1995), Akersted (2003) e Paiva (2008), que consideram que uma forma de se minimizarem os efeitos nocivos do trabalho durante o período nocturno, é realizar uma sesta profilática antes desse período de trabalho e dormir na manhã após a realização do turno nocturno.

Gráfico 2 - Perturbação do sono



O Gráfico 2 reflecte os resultados da aplicação da escala" Questionário do sono". Os dados são apresentados de forma global e não com a perturbação associada a cada um dos turnos. Destes resultados conclui-se que a

maioria da nossa amostra tem perturbações do sono, 43 das 68 pessoas inquiridas (63,3%) têm perturbação moderada ou acentuada do sono.

O "Questionário de saúde física", que avalia a presença de sintomas gastrointestinais, ou cardiovasculares, deu-nos os resultados expostos no Quadro 6.

Quadro 6 - "Questionário de Saúde física"

Classificação de presença de sinais e sintomas	Gastrointestinais	Cardio-vasculares
Frequentes	0	0
Pouco Frequentes	25	19
Inexistentes	43	49

Para a maioria da amostra, este tipo de sintomas são inexistentes ou pouco frequentes, dados que não estão de acordo com a bibliografia consultada (Filho, 1998; Clancy e McVicar, 1995; Silva e tal, 2011)

O "Questionário Geral de Saúde" é um teste de triagem de alterações menores de saúde mental, que abrange os níveis recentes de auto-confiança, perda de sono, depressão e resolução de problemas (Barton et al., 1992; Costa, 2009). Solicita-se às pessoas para pensarem sobre a sua saúde, ao longo das últimas semanas, e responderem às perguntas, de acordo com o que sentem, relativamente, por exemplo: à capacidade de lidar com os problemas e tomar decisões, prazer nas actividades, pressão sentida, confiança em si próprio, perturbação do sono por preocupações sentidas. Obtiveram-se os seguintes resultados:

Gráfico 3-"Questionário Geral de Saúde"

61 dos 68 inquiridos (91%) apresentam "Perturbação acentuada" nesta escala. Embora seja um teste de triagem de "alterações menores de saúde mental", é um resultado que não se deve menosprezar. Estes dados estão de acordo com os de Filho (1998) e Manzano et al. (2011) que referem existir evidência de que a ansiedade e depressão estão relacionadas com o exercício do trabalho nocturno.

No "Estudo social e doméstico", numa escala de 1 a 5 , com classificação "De modo nenhum " (1) a "Muitíssimo"(5), obtiveram-se as resposta exposta no Quadro 7.

Quadro 7 – Estudo social e doméstico

Actividades	1	2	3	4	5
"… que gostaria de fazer"	11	14	23	13	5
"… domésticas que tem que fazer"	11	13	25	13	6
"…não domésticas que tem que fazer"	18	17	19	10	4

Na observação directa da consulta de enfermagem, para pesquisa da abordagem realizada à necessidade "sono" verificou-se que a temática dos distúrbios do sono nem sempre era abordada. As questões, relativamente, aos hábitos de sono e sua qualidade foram colocadas a 5 trabalhadores. Em nenhuma consulta, foi perguntado sobre a realização de sesta profilática. Os dados da observação estão descritos no Quadro 8.

Quadro 8 – Observação da Consulta de Enfermagem

Aspecto Observado	Número de Observações
1. Caracterização de hábitos de sono	5
2. Caracterização da qualidade do sono	5
3. Realização de sesta profiláctica	0

Identificação de Problemas

A obtenção e análise dos resultados permitem identificar quais os problemas que se manifestam na amostra estudada, sendo possível enunciar diagnósticos. As áreas que nos parecem ser mais relevantes são as relacionadas com hábitos de sono e perturbação menor da saúde mental.

Para elaborar os diagnósticos de enfermagem recorreu-se à Classificação Internacional da Prática de Enfermagem – Versão 2 (CIPE, 2011). Relacionaram-se os dados obtidos em cada uma das dimensões: sono, saúde física e saúde mental, com os diagnósticos propostos pela CIPE, através da aplicação ao modelo dos 7 Eixos (Foco, Juízo, Cliente, Acção, Recursos e Localização). Mobilizaram-se os conceitos dos Eixos do Foco e do Juízo que se definem como: " Foco: área de atenção que é relevante para a Enfermagem (…) Juízo: opinião clínica ou determinação relativamente ao foco da prática de Enfermagem" (CIPE, 2011, p. 18).

Nola Pender (2011) define como diagnóstico de enfermagem a identificação dos recursos que podem ser melhorados para maximizar o estado de saúde.

No Quadro 9, relacionam-se os resultados com a definição dos diagnósticos.

Quadro 9 – Relação resultados / definição de Diagnósticos

Resultados Obtidos	Diagnóstico CIPE	
	Eixo do Foco	Eixo do Juízo
Em média há um deficit de uma hora de sono	Sono	Diminuído
24 inquiridos não fazem sesta profiláctica antes do trabalho nocturno 38 inquiridos têm perturbação do sono moderada	Padrão de sono	Comprometido
61 inquiridos têm "Perturbação acentuada", numa escala de triagem de perturbações menores da saúde mental	Processo Psicológico	Comprometido
A interferência do sistema de turnos nas actividades que gostaria de fazer é muitíssima em 5 inquiridos Nas actividades domésticas é muitíssima em 6 inquiridos Nas actividades não domésticas é muitíssima em 4 inquiridos	Processo Social	Comprometido

Assim, os diagnósticos de enfermagem são:

- Sono diminuído
- Padrão de sono comprometido
- Processo psicológico comprometido
- Processo social comprometido

2.2 Da determinação de prioridades à selecção de estratégias

Continuando a ter como linha orientadora o Processo de Planeamento em Saúde proposto por Tavares (1990) cujo esquema se pode observar em Anexo 1, neste subcapítulo apresentam-se: priorização dos problemas, os objectivos que se pretendem atingir com a implementação do projecto e as estratégias seleccionadas para a intervenção. Com a Definição de Problemas , terminou-se o Diagnóstico da Situação. A etapa seguinte é a Determinação de Prioridades, isto é, decidir qual é o(s) problema(s) que se deve(m) solucionar em primeiro lugar (Tavares, 1990). Segundo Imperatori e Giraldes, a determinação de prioridades deve ser realizada por vários técnicos "a responsabilidade nesta fase é (…) do grupo de planeamento" (1993, p.63). Neste projecto, a selecção de prioridades foi realizada pelo mestrando e pelo enfermeiro orientador do local de estágio, que foram consensuais na tomada de decisão. O método escolhido foi a Grelha de Análise (Pineault e Daveluy, in Tavares, 1990), que é um

"procedimento semiquantitativo que permite ordenar problemas pela aplicação de critérios divididos em categorias dicotómicas" (Imperatori e Giraldes, 1993, p.74). Tavares define os critérios: "importância do problema, relação entre problema e o(s) factor(es) de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projecto ou intervenção" (1990, p.88).

No critério "importância do problema" (Tavares, 1990, p.88) consideraram-se os resultados obtidos na colheita de dados, pela representatividade de cada um dos dados obtidos. No critério "relação do problema com os factores de risco" (Tavares, 1990, p.88) baseamo-nos na bibliografia consultada (Smith, et al., 1999; Filho, 1998; Sanders e Campell, 1998; Suarez, 1999; Silva et al, 2000; Costa et al., 2000; Arendt e Rajaratnam, 2001; Harrigton, 2001; Barreto, 2008; Costa, 2009; Manzano et al., 2011) sobre os factores de risco associados a cada um dos problemas. Na "capacidade técnica de resolução do problema" e "exequibilidade do projecto" (Tavares, 1990, p. 88), teve-se em conta o tempo e os recursos disponíveis para implementação do projecto (Imperatori e Giraldes, 1993). Neste caso, limita-se ao tempo de realização do estágio e aos recursos humanos existentes, por indisponibilidade temporal de outros técnicos do serviço de saúde ocupacional, considerou-se como recurso humano o mestrando.

Quadro 10 – Priorização dos Problemas segundo a Grelha de Análise (Pineault e Daveluy, 1986)

Problemas	Critérios		Recomendações
Sono Diminuído	- Importância do problema - Relação problema/factores de risco - Capacidade técnica de intervir - Exequibilidade	+ + + -	2
Padrão de Sono Comprometido	- Importância do problema - Relação problema/factores de risco - Capacidade técnica de intervir - Exequibilidade	+ + + -	2
Processo Psicológico Comprometido	- Importância do problema - Relação problema/factores de risco - Capacidade técnica de intervir - Exequibilidade	+ + - -	4
Processo Social Comprometido	- Importância do problema - Relação problema/factores de risco - Capacidade técnica de intervir - Exequibilidade	- + - -	12

A técnica Grelha de Análise atribui sucessivamente uma classificação mais (+) ou menos (-) sequencialmente a cada um dos critérios mencionados (representada graficamente em Anexo 5) obtendo-se um valor final, ao qual se chama "recomendação", em que quanto

menor for o número final obtido maior é a prioridade (Tavares, 1990). No Quadro 10 (na página anterior) encontra-se representada a determinação de prioridades relativa aos problemas identificados.

Tavares (1990) refere, como desvantagem nesta técnica, o facto de o primeiro critério ser muito discriminativo, fazendo com que o resultado final esteja muito condicionado com a classificação atribuída à "Importância do Problema". Neste caso, isto não aconteceu, foi atribuída a mesma classificação em três dos problemas que são os que se expressaram com maior relevância no tratamento dos dados. Entre os dois problemas considerados mais prioritários – "sono diminuído", "padrão de sono comprometido" -, após a aplicação da *Grelha de Análise* e o que se seguiu – "processo psicológico comprometido" -, o único critério que fez a diferença foi a "capacidade técnica para intervir". Considerou-se existir menor capacidade técnica de intervir na alteração do processo psicológico devido à duração do tempo de estágio e ao facto de existir um Psicólogo e Consulta de Psicologia regular no serviço de saúde ocupacional. Após a aplicação da técnica de priorização dos problemas – *Grelha de Análise* – conclui-se que os problemas prioritários na nossa amostra, neste contexto de estágio e período de tempo são: "sono diminuído" e " padrão de sono comprometido".

Fixação de objectivos

Na terceira etapa da Metodologia do Planeamento em Saúde e após cumpridas as anteriores, é necessário fixar os objectivos relativos a cada um dos problemas detectados. Segundo Imperatori e Giraldes (1993, p. 77) "esta é uma etapa fundamental, na medida em que apenas mediante uma correcta e quantificada fixação de objectivos se poderá proceder a uma avaliação dos resultados obtidos com a execução do plano em causa". Nesta etapa, há a considerar quatro aspectos: selecção de indicadores, determinação de tendência, projecção e previsão dos problemas prioritários, fixação de objectivos e tradução dos objectivos em metas (Tavares, 1990, Imperatori e Giraldes, 1993).

Quanto à selecção de indicadores, esta metodologia refere indicadores de resultado ou impacto, que se relacionam com os objectivos específicos, e indicadores de actividade ou de execução, que se referem aos objectivos operacionais (Tavares, 1990, Imperatori e Giraldes, 1993). Neste projecto, não foi possível determinar a tendência e previsão de dados, por inexistência de dados anteriores. Assim, chegou-se à fixação de objectivos. Um objectivo deve ser mensurável e razoável, Imperatori e Giraldes (1993, p. 79)

entendem "por objectivo o enunciado de um resultado desejável e tecnicamente exequível".

Neste âmbito, fixam-se: objectivo geral, objectivos específicos e objectivos operacionais. Este projecto teve como **objectivo geral** promover a capacitação dos profissionais de saúde, na gestão dos efeitos do trabalho nocturno, na sua saúde, num serviço de Cirurgia, dum Hospital Central de Lisboa, de Outubro de 2011 a Fevereiro de 2012.

Segundo Nola Pender (Pender, Murdaught e Parsons, 2011), todos os indivíduos têm um potencial de mudança. O seu modelo tem como finalidade promover a mudança de comportamento individual. Neste contexto, as variáveis comportamentos específicos e cognição, constituem o núcleo de intervenção, pois são passíveis de serem modificados (Pender, Murdaught e Parsons, 2011). Sobre esta premissa, definem-se os **objectivos específicos.** Assim, pretende-se que após a implementação do Projecto "Dormir bem, Viver melhor" que:

- Os profissionais de saúde do Serviço de Cirurgia tenham adquirido conhecimentos sobre estratégias para minimizar os efeitos do trabalho nocturno na sua saúde;
- Os enfermeiros do serviço de Saúde Ocupacional onde foi implementado o Projecto, conheçam e reconheçam os efeitos do trabalho nocturno na saúde de quem o pratica.

Em consequência dos objectivos específicos, é necessário estabelecer metas ou objectivos operacionais que, segundo Imperatori e Giraldes (1993), são enunciados de resultados desejáveis, tecnicamente exequíveis das actividades de um serviço de saúde, traduzindo-se em indicadores de actividade. Partindo de cada um dos objectivos específicos, elaboram-se os **objectivos operacionais**:

- Que pelo menos 80% do grupo de profissionais de saúde que assistiu à sessão de promoção da saúde, enumere 4 medidas de "Higiene do Sono";
- Que pelo menos 80% do grupo de profissionais de saúde, que assistiu à sessão de promoção da saúde, enumere 3 atitudes a tomar, após o trabalho nocturno;
- Que cada um dos enfermeiros de trabalho exponha pelo menos 6 efeitos nocivos do trabalho nocturno;
- Que cada um dos enfermeiros de trabalho exponha pelo menos 6 medidas/ estratégias para minimizar os efeitos do trabalho nocturno.

Elaboração de estratégias

Após a definição de objectivos, é necessário seleccionar e elaborar as estratégias que poderão contribuir para resolução dos problemas identificados. Imperatori e Giraldes referem: na selecção de estratégias pretende-se "conceber qual o processo mais adequado para reduzir os problemas de saúde prioritários" (1993, p. 87). Os mesmo autores definem estratégia de saúde como um conjunto de técnicas especificas congruentes, organizadas de forma a alcançar o ou os objectivos intervindo no problema de saúde. Para Tavares (1990), há diferentes combinações possíveis de estratégias, podendo ser determinante na sua selecção os recursos disponíveis.

Neste projecto para se seleccionar a(s) estratégia(s) recorreu-se ao MPS de Nola Pender, que sustenta todo o Projecto. Pretende-se promover comportamentos saudáveis na área dos problemas identificados – "Padrão do sono Comprometido" e "Sono Diminuído". Segundo Pender, Murdaught e Parsons (2011), o papel do enfermeiro é promover um ambiente positivo para a mudança, ser catalisador, apoiar nas várias etapas da mudança e aumentar as capacidades do indivíduo para a manter. Para Oakley (2003) e Pender, Murdaught e Parsons (2011) a promoção da saúde permite abordagens a nível individual, grupos, famílias e comunidade, Oakley afirma que a promoção da saúde "é tradicionalmente uma parte do trabalho do enfermeiro de saúde ocupacional" (2003, p. 109). Esta autora defende ainda a promoção da saúde com objectivos a longo prazo.

A OMS (2001) considera que os enfermeiros são os técnicos de saúde ocupacional melhor habilitados para promover a saúde no local de trabalho. Na mesma linha de pensamento, estão Ossler, Stanhope e Lancaster (1999) Pender, Murdaught e Parsons (2011) e Stanhope e Lancaster (2011). Para Pender, Murdaught e Parsons "Os enfermeiros devem estar na vanguarda do desenvolvimento da educação para a saúde interactiva, nos programas de aconselhamento e intervenções no comportamento" (2011, p. 8). Os programas de promoção de saúde nos locais de trabalho podem influenciar a adopção de comportamentos saudáveis e assim diminuir o absentismo, as necessidades de cuidados de saúde e promover melhor performance nos trabalhadores (Ossler, Stanhope e Lancaster, 1999; Pender, Murdaught e Parsons, 2011 e Stanhope e Lancaster, 2011). A OMS (2010) considera o local de trabalho um espaço de eleição para promoção da saúde.

Assim, com base no MPS e nas intervenções de enfermagem categorizadas na CIPE, seleccionou-se como estratégia a educação para a saúde, com abordagem em grupo

durante o tempo do projecto e formação de pares para posterior continuidade do projecto com abordagem individual.

2.3 A implementação e Avaliação do Projecto

Mantendo subjacente a Metodologia do Planeamento em Saúde, neste subcapítulo descreve-se a implementação do projecto, com enumeração das actividades planeadas e desenvolvidas dentro da estratégia seleccionada, assim como a avaliação realizada. As actividades e a sua avaliação foram implementadas em dois grupos: nos trabalhadores e nos enfermeiros de saúde ocupacional.

Entende-se por Projecto o conjunto de actividades que visam a obtenção de um resultado num determinado período de tempo (Imperatori e Giraldes, 1993). O planeamento das actividades deve ser em função dos objectivos operacionais anteriormente definidos, tendo em conta os recursos disponíveis. Na fase do planeamento é necessário definir: o que se faz, quem faz, quando, onde e como é feito, como se avalia a actividade e qual o objectivo a atingir. (Tavares, 1990).

Com o propósito de motivar a preservação de uma necessidade vital que é o Sono, o projecto foi denominado “Dormir bem, Viver melhor”. Partindo do pressuposto que a saúde é um estado positivo e a promoção da saúde um processo que permite aos indivíduos, grupos famílias e comunidades desenvolverem o controlo sobre os determinantes da sua saúde, os seus comportamentos de saúde e tomar medidas (Pender, Murdaught e Parsons, 2011). Este modelo preconiza intervenções em todas as fases do ciclo vital, em cada fase da vida as motivações de mudança e adopção de novos comportamentos são diferentes. Nos adultos, quando as vulnerabilidades se tornam evidentes, frequentemente coexistem motivações para comportamentos saudáveis (Pender, Murdaught e Parsons, 2011).

Optou-se por realizar uma actividade com os pares, porque se estes estiverem sensibilizados para a necessidade da preservação do sono, poderão nos seus contactos formais e informais com os trabalhadores, aconselhá-los, educá-los e motivá-los a terem comportamentos promotores da saúde. Ossler, Stanhope e Lancaster, referem que durante os exames de vigilância de saúde “o enfermeiro tem oportunidade de fazer ensino sobre riscos do local de trabalho e medidas preventivas que o trabalhador pode usar”

(1999, p. 1010). Para Pender, Murdaught e Parsons (2011, p. 6) “a promoção da saúde no nível individual melhora a tomada de decisão pessoal e práticas de saúde”.

Seguindo as premissas do MPS relacionam-se os aspectos do modelo com os problemas identificados: “Sono Diminuído” e “ Padrão de Sono Comprometido” (Quadro 11).

Quadro 11 – Relação entre variáveis do MPS e os problemas identificados

Aspectos do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender		**Aspectos do grupo**
Características e experiências individuais	Comportamento anterior	Ausência de hábitos de sesta profilática Deficit de sono
	Factores pessoais (biológicos, físicos e socioculturais)	Idade Existência de dependentes
Emoções e conhecimentos específicos relacionados com o comportamento	Benefícios percebidos para a acção	Ao conhecerem os efeitos na saúde do trabalho por turnos e estratégias para minimizarem esses efeitos percebem os benefícios.
	Barreiras percebidas para a acção	A identificação de dificuldades em realizar a sesta profilática diminui a probabilidade de mudar o comportamento relativo aos hábitos de sono.
	Auto-eficácia percebida	Compreender que o turno da noite pode ser melhor tolerado, se realizar a sesta profilática, aumenta a probabilidade de mudar o comportamento realizando-a.
	Sentimentos em relação ao comportamento	Identificar emoções positivas como por exemplo, humor positivo depois de descansar numa saída de turno da noite, aumenta a probabilidade de mudança de comportamento e providenciar esse descanso
	Influências interpessoais	Situações familiares como pessoas, adultos ou crianças dependentes dificultam a mudança de comportamento, seja a sesta profilática ou o descanso no fim do turno da noite.
	Situações que influenciam	Dificuldade em isolar-se em termos de ruído e luminosidade para poder usufruir de períodos de descanso diurno.

O planeamento, elaboração e concretização das actividades foram realizados de acordo com a organização do Serviço de Saúde Ocupacional e Serviço de Cirurgia. No Quadro 12 (na página seguinte) estão representadas as actividades realizadas, a quem se dirigiram, e qual o objectivo que se pretendia atingir.

Durante o planeamento da actividade, foram efectuadas visitas aos locais de trabalho, que se fundamentaram no que referem os autores, em saúde ocupacional para se conhecer o trabalhador e as suas necessidades relacionadas com o trabalho, é necessário conhecer o ambiente de trabalho (Rogers, 1997; Ossler, Stanhope e Lancaster, 1999; Oakley, 2003). Ossler, Stanhope e Lancaster (1999) referem ainda que estas visitas contribuem para um aumento da credibilidade do profissional de saúde

ocupacional junto dos trabalhadores. Neste caso, sendo o mestrando um elemento desconhecido dos trabalhadores, as visitas, a sua preparação e os vários encontros com as Enfermeiras Chefes, permitiu que alguns trabalhadores tivessem contacto anterior ao do dia da Sessão de Educação para a Saúde. Em Apêndice 6, apresenta-se um dos Planos da Visita, em Apêndice 7, o Documento de Observação e em Apêndice 8, um dos Relatórios de Visita.

Quadro 12 – Relação Actividade/Grupo alvo/Objectivo

Actividades	Grupo Alvo	Objectivo
Sessão de Educação para a Saúde + Poster	Trabalhadores do serviço de cirurgia	Que pelo menos 80% do grupo de profissionais de saúde que assistiu à sessão de promoção da saúde, enumere 4 medidas de "Higiene do Sono"; Que pelo menos 80% do grupo de profissionais de saúde que assistiu à sessão de promoção da saúde, enumere 3 atitudes a tomar após o trabalho nocturno
Acção de Formação em Serviço	Enfermeiros do Serviço de Saúde Ocupacional	Que cada um dos enfermeiros de trabalho exponha pelo menos 6 efeitos nocivos do trabalho nocturno; Que cada um dos enfermeiros de trabalho exponha pelo menos 6 medidas/ estratégias para minimizar os efeitos do trabalho nocturno.

As Sessões de Educação para a Saúde realizaram-se em data e local seleccionados de acordo com as Chefias dos Serviços e com a enfermeira orientadora da saúde ocupacional. Foi elaborado previamente um plano de Sessão, que se apresenta em Apêndice 9. As sessões decorreram nos próprios serviços, às 14.30, nos dias 20 e 23 de Janeiro. Em Apêndice 10, apresenta-se uma cópia dos diapositivos utilizados como apoio, na sessão.

A actividade teve os seguintes objectivos:

- Transmitir aos trabalhadores a noção do risco para saúde associado ao trabalho nocturno;
- Informar quais as estratégias e medidas de prevenção de minimização dos efeitos do trabalho nocturno;
- Promover a adopção das estratégias divulgadas.

Como forma de divulgação visual da informação, foi elaborado um cartaz com os seguintes conteúdos: necessidade de realização de trabalho nocturno e as suas consequências, alguns resultados dos questionários aplicados, medidas de higiene do

sono e comportamentos desejáveis antes e após a realização de trabalho nocturno. O cartaz foi impresso em formato A_3 e distribuído pelos vários pólos do serviço de Cirurgia A (3 pólos) e Cirurgia B. Foi combinado com as Enfermeiras Chefes de cada um dos serviços que o melhor local de colocação deste seriam as Salas de Pausa. Apresenta-se uma versão em reduzida em Apêndice 11.

Ao longo de todo o estágio, houve a possibilidade de sensibilização dos vários profissionais da saúde ocupacional. As equipas de saúde ocupacional podem variar na sua composição sendo o enfermeiro um dos membros da equipa (Rogers, 1997; Ossler, Stanhope e Lancaster, 1999; e Oakley, 2003). Durante todo o estágio, verificou-se que o trabalho em equipa naquele serviço era uma realidade, e durante todo esse período sentiu-se integrado como um membro da equipa. Assim, foi natural e de forma informal que foram transmitidos os dados colhidos e toda a informação recolhida da pesquisa bibliográfica. Foi planeada uma Formação em Serviço dirigida a enfermeiros, psicólogo e técnico de higiene e segurança. A Acção de Formação foi realizada a 23 de Janeiro. Em Apêndice 12, apresenta-se o Plano da Acção de Formação.

Avaliação do projecto

Após a implementação do projecto é necessário realizar um balanço do que foi efectuado. Esta última etapa do projecto é denominada por Tavares por Avaliação e Controlo. Imperatori e Giraldes (1993, p. 173) consideram que “avaliar é comparar algo com um padrão ou modelo e implica uma finalidade operativa que é corrigir ou melhorar”. Avaliar é uma forma de utilizar a experiência para melhorar a actividade, criando um mecanismo de retroacção sobre as várias etapas anteriores. O método de avaliação foi adaptado a cada uma das actividades, como referido no Quadro 13 (na página seguinte).

Assistiram 11 profissionais às sessões de educação para a saúde, No pólo A do Serviço Cirurgia, 3 dos 6 participantes, deslocaram-se de casa para assistirem à Sessão, não foi possível estarem presentes mais elementos por impossibilidade de interromperem as suas actividades, segundo informação da Enfermeira Chefe. Foi proposta a realização de nova Sessão, que não foi considerada oportuna, porque o Serviço estava em período de alterações associadas à mudança do Director, o que já implicava várias reuniões de serviço. No pólo B, assistiram os profissionais que estavam de serviço e os que iam entrar no turno da tarde (num total de 5). No fim da sessão de educação para a saúde, foi

preenchido um pequeno questionário de avaliação da sessão, que se apresenta no Apêndice 13.

Quadro 13 Método de avaliação para cada actividade

Actividades	Grupo Alvo	Avaliação
Sessão de Educação para a Saúde + Poster	Trabalhadores do serviço de cirurgia	Avaliação da Sessão – breve questionário (Apêndice 13) Avaliação do projecto – Questionário com preenchimento presencial (Apêndice 14)
Acção de Formação em Serviço	Enfermeiros do Serviço de Saúde Ocupacional	Entrevista semi-estruturada (Apêndice 15)

Mantendo por base teórica o MPS de Nola Pender (Pender, Murdaugth e Parsons, 2011) e tendo em conta a variável *Emoções e conhecimentos específicos relacionados com o comportamento*, considerou-se perceber se os conhecimentos transmitidos tinham sido apreendidos. Para tal, foi aplicado, duas a três semanas após a formação, um Questionário (Apêndice 14) com preenchimento pelo mestrando. As questões colocadas foram de acordo com as metas estabelecidas nos Objectivos Operacionais, referidos anteriormente na página 42.

Na questão 1, apresentaram-se 3 afirmações para resposta de Verdadeiro ou Falso, nas questões 2 e 3, solicitou-se a enumeração de 4 medidas de "higiene do sono" e 3 medidas a adoptar na saída do turno da noite, respectivamente. No Quadro 14, apresentam-se os resultados obtidos.

Quadro 14 - Respostas ao inquérito de avaliação do projecto

Questão	Resposta V ou F	Nº de medidas mencionadas
1	10 Adequadas	_
2	_	5 Medidas – 3 respostas 4 Medidas – 5 respostas 3 Medidas - 2 respostas
3	_	4 Medidas - 4 respostas 3 Medidas - 5 respostas 1 Medida - 1 resposta

No Quadro 15, apresenta-se a Taxa de Resultado em termos de conhecimentos apreendidos na Sessão de Educação para a Saúde e Poster informativo.

Quadro 15 - Taxa de Resultado

Conhecimento Apreendido	Taxa de Resultado	Objectivo
4 Medidas de "Higiene do sono"	8 Respostas – 80%	80%
3 Estratégias a adoptar na saída do turno da noite	9 Respostas – 90%	80%

Para avaliação dos resultados obtidos junto dos enfermeiros do Serviço de Saúde Ocupacional, foi realizada uma entrevista a cada um dos enfermeiros. Baseado no MPS de Nola Pender pretendem-se avaliar os conhecimentos apreendidos por estes e a sua percepção de obstáculos para agir. Com consentimento verbal, as entrevistas foram gravadas, transcritas e submetidas a forma simplificada de análise de conteúdo (Guião da Entrevista em Apêndice 15). Esta, visa descrever sistemática e objectivamente os conteúdos das mensagens, utilizando indicadores que permitam a inferência dos conteúdos (Bardin, 2009). Na análise, definiram-se categorias, subcategorias número de referências e texto das entrevistadas. Para melhor organização, apresentam-se os dados em dois quadros (Quadro 16 – primeira e segunda perguntas, Quadro 17 – terceira e quarta perguntas), no fim de cada quadro relacionam-se as respostas obtidas com os objectivos que se pretendem atingir. Para identificação das entrevistadas atribuíram-se nomes fictícios. Ana e Maria.

Com a segunda pergunta (Quadro 16 – na página seguinte), pretendeu-se obter resposta ao primeiro objectivo:

- Que cada um dos enfermeiros de trabalho exponha pelo menos 6 efeitos nocivos do trabalho nocturno.

No Quadro 16 pode-se constatar que, ao pedido de identificação de 6 efeitos nocivos do exercício do trabalho nocturno, a enfermeira Ana enumerou seis e a Maria oito.

Com a terceira pergunta (Quadro 17- na página seguinte), pretendeu-se obter resposta ao segundo objectivo:

- Que cada um dos enfermeiros de trabalho exponha pelo menos 6 medidas/ estratégias para minimizar os efeitos do trabalho nocturno.

No Quadro 17, pode-se constatar que, ao pedido de enumeração de 6 medidas de higiene do sono, a Enfermeira Ana enumerou sete e a Enfermeira Maria enumerou seis.

Ao analisar-se os resultados obtidos com os objectivos propostos, verifica-se que quer os objectivos junto dos trabalhadores quer junto dos enfermeiros de saúde ocupacional foram totalmente atingidos.

Quadro 16 - Resumo da análise de conteúdo das entrevistas (1)

Categoria	Sub-categoria	N.º De referências	Descrição
Necessidade de estudo da temática "Impacto na saúde do trabalho por Turnos	Sim	1	"Sempre achei interessante …. fundamental para a saúde e bem estar dos profissionais e acima de tudo para diminuir o impacto dos danos associados a este tipo de trabalho" (Ana)
		1	"Sim é importante a existência de trabalhos nesta área de forma a dar resposta e explicar estratégias de defesa para o próprio profissional" (Maria)
Consequências da realização do turno nocturno	Alteração do padrão do sono	2	"…alteração do padrão do sono, dificilmente as pessoas conseguem fazer esse ajuste…" (Ana) " …perturbação do sono…" (Maria)
	Sintomas a nível psicológico	5	" … alterações do humor (…) irritabilidade" (Ana) " … diminuição da concentração, da capacidade de memorizar…" (Maria) " … factor de risco para depressões..." (Maria) "…ansiedade, irritabilidade…desmotivação" (Maria)
	Impacto sócio-familiar	1	"… Impacto na família e nas relações sociais, (…) trabalhar por turnos condiciona um bocadinho a actividade social" (Ana)
	Sintomas Gastrointestinais	2	"…são os mais sentidos (…) aumento do volume abdominal, da flatulência…" (Ana) "…alteração do processo de digestão" (Ana)
	Sintomas Cardiovasculares	1	"…há aumento do risco de doenças cardiovasculares…" (Maria)
	Aumento do risco de outras doenças	3	"…cancro da mama e do colo do útero" (Ana) "… aumento do risco de diabetes…" (Maria) "… aumento do risco de obesidade… "(Ana)

Quadro 17 - Resumo da análise de conteúdo das entrevistas (2)

Categoria	Sub-categoria	N.º De referências	Descrição
Medidas de "Higiene do sono"	Medidas a aplicar na saída do turno da noite	6	" … ter o quarto às escuras…" (Ana) "…fechar o quarto, o mais escuro possível..." (Maria) "… temperatura do quarto amena…" (Maria) "…privilegiar o conforto da cama…" (Maria) "…dormir aquelas horas logo após a saída de vela" (Maria) "…não (dormir) muitas mas dormir 4 a 6…" (Maria)
	Alteração de Hábitos	5	"… gestão do tempo e suas actividades…" (Ana) "…evitar ver televisão no quarto e pelo menos duas horas antes (de dormir) não desenvolver nenhuma actividade que estimule (…) televisão ou computador…" (Ana) "…em casa evitar ter uma luz branca e fria…" (Ana) "…evitar-se o banho próximo da hora de deitar…" (Ana) "...ter cuidados da televisão, é estimulante visual" (Maria)
	Alimentação	1	"… evitar alimentos que são estimulantes (…) bebidas à base de cafeína (…) alimentos com açúcar…"(Ana)
	Exercício físico	1	"…aumentar o exercício físico durante o dia, evitar o exercício físico à noite…" (Ana)
Viabilidade de abordagem do tema em Consulta de Enfermagem	Sim	1	"…nós já o fazemos na consulta…" (Ana)
		1	"… é viável e eu até acho que é muito importante.." (Maria)

É pertinente ainda referir um aspecto mencionado por um trabalhador: a motivação de se manter em regime de trabalho nocturno. Segundo Arendt e Rajaratnam (2001) e Fernandes (2010) podem existir pessoas que se mantêm em regime de trabalho nocturno porque se adaptaram. Há no entanto outras motivações, uma das nossas participantes referiu "eu nunca me adaptei, não consigo dormir de dia, mas a vida não permite que seja de outra forma, existem os compromissos financeiros…." No estudo de Neves et al. foram vários os enfermeiros que referiram manter o horário por necessidade financeira, "trabalho durante a noite por uma necessidade económica (E 12)" (Neves et al., 2010, p. 45).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem de saúde comunitária tem como foco de intervenção os grupos, famílias e comunidade e como paradigma a promoção da saúde e prevenção da doença. Sendo o trabalho uma parte importante na vida do adulto, quer pelo tempo que lhe dedica, pela retribuição monetária e pelo papel que lhe é atribuído na sociedade, quer pela interacção com a saúde individual e do grupo de trabalhadores. A relação trabalho - saúde é em ambos os sentidos, o exercício de uma determinada profissão tem associado riscos para a saúde, e o estado de saúde de cada indivíduo interfere no seu desempenho profissional. O enfermeiro de saúde comunitária, nomeadamente o enfermeiro do trabalho, encontra no local de trabalho um ambiente adequado para capacitar os trabalhadores, no sentido da promoção da saúde e prevenção da doença.

Nesta convicção desenvolveu-se este projecto na área da enfermagem do trabalho com um grupo de trabalhadores: profissionais de saúde de um hospital. Sendo neste, o trabalho nocturno uma necessidade imprescindível, e considerando que cientificamente são reconhecidos os efeitos nocivos na saúde de quem o pratica, considerou-se pertinente desenvolver este projecto no sentido de capacitar estes trabalhadores na gestão dos efeitos do trabalho nocturno na sua saúde.

Com este documento pretende-se transmitir a forma como foi implementado o projecto, qual o enquadramento conceptual, os resultados obtidos, as actividades desenvolvidas e a avaliação efectuada. Nesta reflexão, pretende-se identificar e mencionar as limitações do projecto, as competências adquiridas na área de especialização em enfermagem comunitária. Apresenta-se ainda uma síntese do projecto, mencionando os principais resultados obtidos ligando-os com os objectivos definidos.

As limitações do projecto relacionaram-se com o tempo limitado para a prossecução de todas as actividades. A primeira dificuldade esteve relacionada com o acesso ao Questionário, por ter sido fornecido pelo Professor que o traduziu para o português, com pouca margem de tempo o que resultou, mesmo mantendo o cronograma, no prolongamento da etapa do diagnóstico cerca de uma semana após o que estava previsto, não permitindo ir preparando a actividade. Outro aspecto, a lamentar foi o número reduzido de sessões de educação para a saúde, não houve possibilidade de as replicar, porque coincidiu com a mudança do Director do Serviço onde estava a ser implementado o projecto. Sendo assim, difícil existir por parte dos trabalhadores

disponibilidade de estarem presentes em mais sessões, porque tinham necessidade de se reunirem frequentemente para alteração de protocolos de serviço. A dificuldade sentida em localizar os trabalhadores, para efectuar a avaliação do projecto, é inerente ao trabalho por turnos, sendo esperada previamente. Qualquer intervenção que pressuponha capacitação apenas ficaria completa com avaliação de alteração de comportamentos, no entanto, o facto de o estágio ser apenas de 4,5 meses não permitiu avaliar mudança de comportamento, pelo que apenas se avaliaram conhecimentos adquiridos. O contacto individual com os trabalhadores reforçou a percepção de que esta temática pode ter abordagens colectivas mas beneficia de abordagem individual.

As implicações do trabalho nocturno são várias, os resultados encontrados estão de acordo com a evidência científica. O diagnóstico da situação revelou que os problemas deste grupo eram “sono diminuído” e “padrão de sono comprometido” o défice diário de horas de sono era de cerca de 1 hora e 30 minutos, poucos praticam a sesta profiláctica e dormem após uma saída do turno da noite. Baseando-se em Nola Pender, a estratégia delineada foi a de promoção para a saúde, com o objectivo de capacitar os trabalhadores. As actividades desenvolvidas, foram sessões de educação para a saúde aos trabalhadores, e formação em serviço aos enfermeiros de saúde ocupacional. A avaliação de conhecimento apreendido, foi individual através de inquéritos preenchidos pessoalmente aos trabalhadores, e entrevistas aos enfermeiros. Os objectivos operacionais foram atingidos, lamentando-se que a presença nas sessões de educação para a saúde tenha sido escassa.

Na fase de avaliação junto dos trabalhadores, foi possível compreender que estavam receptivos a este tema e congratularam-se por ter sido valorizado o tipo de horário que praticam. Nas implicações para a prática, pode-se ainda realçar que os dados obtidos permitiram conhecer nesta amostra os seus hábitos de sono e as perturbações sentidas. Reconhecendo-se então, como um grupo que necessita de maior intervenção, por parte dos profissionais de saúde ocupacional, nomeadamente do enfermeiro do trabalho e do psicólogo. Junto do enfermeiro do trabalho, parece ter feito sentido, desenvolver a abordagem individual sobre o tema, quer em exame de vigilância de saúde quer nos momentos de contacto formais ou informais.

Ao longo deste percurso académico foram adquiridos e desenvolvidos conhecimentos , no entanto no fim de uma etapa impõe-se um balanço. Neste sentido e partindo da citação

de Platão: “a coisa mais indispensável a um homem é reconhecer o uso que deve fazer do seu próprio conhecimento”. Surgem as questões: que competências foram adquiridas ou desenvolvidas? Ou: Como usar estas novas competências?

Para fazer esta reflexão consultou-se o Regulamento das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Considera ter adquirido competências na avaliação do estado de saúde de um grupo e implementação de uma actividade, através da Metodologia do Planeamento em Saúde, que lhe permitiu de uma forma sistemática desenvolver o processo ao longo das seis etapas. A sustentação teórica do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, ao longo do projecto enriqueceu-o, e foi essencial, fundamentando a estratégia de promoção da saúde e a capacitação de indivíduos e grupos. Esta é uma realidade na sua prática profissional, na qual é sentida quotidianamente a necessidade de formação especifica na área da enfermagem do trabalho. Deseja que este desenvolvimento de competências na área da avaliação do estado de saúde de um grupo, dos efeitos do trabalho nocturno e da capacitação dos indivíduos na promoção da sua saúde e prevenção da doença se reflicta no exercício diário como enfermeira do trabalho,

A área da investigação é sempre muito aliciante, neste caso, por ser uma área sentida como importante mas pouco desenvolvida, foi muito produtiva, pois permitiu investigar não apenas para obtenção de resultados, mas com o objectivo de implementar uma actividade concreta.

Ao desenvolver um projecto na área da enfermagem do trabalho, espera ter contribuído para o reconhecimento do papel do enfermeiro do trabalho, junto dos trabalhadores no sentido de promover a mudança e a mantê-la de forma a vivenciarem o seu trabalho com saúde.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ASSOCIATION OF OCCUPATIONAL HEALTH NURSES. (AAOHN) (2007) **Occupational and Environmental Health Nurses' Role in Improving Employee Health and Productivity.** Position Statement. Atlanta, 2007 https://www.aaohn.org/component/option,com_docman/Itemid,376/task,search_result/ Acedido a 20 de Julho de 2011

AKERSTED, Torbjön (1990) Psychological and psychophysiological effects of shift work. **Scandinavian Journal of Work , Environement & Health,** 16(suppl 1) Electronic ISSN: 1795-990X p. 67-73.

AKERSTED, Torbjön (2003) Shitf work and disturbed sleep/Wakefulness. **Occupational Medicine.** Vol 53, p. 89 – 94.

ANTUNES, Ricardo (2009) **"Enfermagem do trabalho – Contributo do Enfermeiro para a Saúde no Trabalho"** Coimbra: Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. Tese de Mestrado.

ARENDT, Josephine; RAJARATNAM,S (2001) – Health in a 24-h society. **Lancet** Volume 358. Setembro 2001.P. 999-1005.

ARGILAS et al. (2011) – Behavioural and psycosocial correlates of nondipping blood presure pattern among middle-aged men and women at work. **Journal of Human Hypertension.** EISSN 1476-5527. Acedido a 2 de Abril de 2012 http://www.nature.com/jhh/journal/vaop/ncurrent/full/jhh201142a.html

BARDIN, Laurence (2009) – **Análise de Conteúdo.** Lisboa. Edições 70 ISBN 978-972-444-150-62.

BARRETO, Diana (2008). **"Implicações do Trabalho por Turnos na Saúde e na Vida Social e Familiar dos Trabalhadores de Turnos Industriais".** Ponte de Lima**.** Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde.

BARTON, J; FOLKARD, S; SMITH, L; SPELTEN,E; TOTTERDELL,P (1992) **Standard Shiftwork Index Manual.** Social and Applied Psychology Unit, Department of Psychology , University of Sheffield *www.workingtime.org/Content/.../Document.ash*

BASTOS, Paula (2005) **As Consequências do trabalho po Turnos no Enfermeiros do Hospital de Santa Marta.** Lisboa. Apresentada no Instituto de Psicologia Aplicada. Tese de Mestrado.

CAMPOS, M.ª Luiza; MARTINO, Milva (2003) – Aspectos cronobiológicos do ciclo sono-vigilia e níveis de ansiedade dos enfermeiros dos diferentes turnos de trabalho. http://www.ee.usp.br/REEUSP/upload/html/184/body/07.htm Acedido a 5-07-2011.

CHIESA, Diego (2000) – La Melatonina: Mitos , verdaes y desafios. **Psicologia: teoria, investigação e prática.** Braga vol. 5 , n.º 2 (Outubro, 2000). p. 291 – 299.

CLANCY, John; MCVICAR, Andrew (1995) – Ritmos circadianos 2: o trabalho por turnos e a saúde. **Nursing.** ISSN 0871- 6196. Set. 1995. Ano 8. N.º 92

COELHO, Silvia (2009) **"Sono-vigilia na infância: conhecimentos do educadores"**.Aveiro. Universidade de Aveiro – Departamento de Ciências da Educação. Dissertação de Mestrado.

COSTA, Ester, MORITA, Ione; MARTINEZ, Miguel (2000) - Percepção dos efeitos do trabalho em turnos sobre a saúde e a vida social em funcionários da enfermagem em um hospital do Estado de São Paulo. **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 16 (2) p. 553 – 555. Abr- Jun.

COSTA, Isabel (2009) **"Trabalho por Turnos, Saúde e Capacidade para o trabalho dos Enfermeiros"**. Coimbra. Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina. Dissertação de Mestrado.

CRUZ, Arménio (2003) – Ritmos biológicos, implicações na prática de enfermagem. **Revista Sinais Vitais,** Coimbra, N.º 50, Setembro 2003, p. 57 -62.

DECRETO-LEI n.º 441/91 **D.R. I Série A** n. 262 de 14 de Novembro de 1991. P. 5826 - 583

EUROPEAN OBSERVATORY ON HEALTH SYSTEM AND POLICIES (2006) – **Health in all policies: prospects and potencials**. Ministry of social affairs and health. Finland. ISBN 952-00-1964-2

FERNANDES, Regina (2006) – O sono Normal. **Medicina (Ribeirão Preto)** Abr./Jun 2006. 39 (2) p. 157 – 168.

FERNANDES, Adília (2010) – Trabalho por turnos em enfermeiros. **Internacional Journal of Developmental and EducationalPsychology – Revista de Psicologia.** N.º 4, 2010. ISSN0214-9877.

FILHO, Gilsée (1998). **"Síndrome de maladaptação ao trabalho em trunos – uma abordagem ergonómica".** Florianóplis. Santa Catarina. Brasil. Universidade Federal de Santa Catarina. Tese de Mestrado.

FOHNEU (2003) Federation of Occupational Health Nurses within the European Union. **Core Curriculum** http://www.fohneu.org/Education/core_curriculum/ acedido em: 24 de Julho de 2011.

FOLKARD, Simon (2008) – Do permanent night workers show circadian adjustment? A review based on the endogenous melatonin rhythm. **Chronobiol Int** 25(2) p. 215 – 224.

FORTIN, Marie-Fabienne (1996) **O Processo de Investigação**. Loures. Lusociência ISBN 972-8383-10-X.

GOLD, Diane (1991) – Rotating Shift work, Sleep, and Accidents Related to Sleepiness in Hospital Nurses. **Public Health.** 82 p. 1011 – 1014.

HÄRMÄ, M; et al.(1998) – Combined effects of shift work and life-style on the prevalence of insomnia, sleep deprivation and daytime sleepiness. **Scandinavian Journal of Work , Environement & Health,** 24(4), Electronic ISSN: 1795-990X p. 300-307..

HARRINGTON, JM (2001) "Health effects of shift work and extended hours of work". **Occup Environ Med**. 58 p. 68-72, Published by group.bmj.com

HISSA, Miguel; LIMA, Gabriel; SIMÕES, Juliana, NUNES, Rachel (2008) Melatonina e glândula pienal. **Pesquisa Médica** Vol. 2 N.º 4 Out- Dez, p. 1 - 10

IMPERATORI, Emilio; GIRALDES, Maria do Rosário (1993) – **Metodologia do Planeamento em Saúde. Lisboa.** Escola Nacional de Saúde Pública. Edições de Saúde Lisboa

INRS - Institut National de Recherche et de Securité (2009) L'exercice infirmier en santé au travail. **Documents pour le Médicin du Travail.** N. 118, 2º trimestre 2009

INTERNACIONAL COUNCIL OF NURSES (2011) - **CIPE**, Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem, Versão 2. Ordem dos Enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2.

KITAMURA et al. (2002) – Ciracdian rhythm of blood pressure is transformed from a dipper toa a non-dipper pattern in shift workes with hypertension. **Journal of Human Hypertension.** Volume 16, número 3, p. 193 – 197.

LEI n.º 7/1995 **D.R. I Série A** 75 (29-03-1995). P. 1710 – 1713.

LEI n. º 102/2009. **D.R. 1ª série.**176 (10-09-2009) 6167-6192.

LEI n.º 7/2009. **D.R. 1ª série.** 30 (12-02-2009) 926-1029.

LIE, Jenny-Anne et al. (2011) "**Night work and breast câncer risk among Norwegian nurses"** - Biological mechanisns and risk mangement in the 24h society- 20th International Symposium on Shiftwork and Working Time, Stockholm, Sweden , June 28-July 1 , 2011, p.145.

LOUREIRO, Isabel; MIRANDA, Natércia (2010) **Promover a saúde. Dos fundamentos à acção.** Coimbra. Almedina. ISBN 978-972-40-4399-9

MANZANO, M. ª João, et al. (2011) – Peripheral Autonomic Nerves of Human Pineal Organ Terminate onvessels their Supposed Role in the Periodic Secretion on Pineal Melatonin (2011). Aguarda publicação no Pathology Oncology Research

MARTINEZ, Denis; LENZ, M.ª Carmo; BARRETO, Luiz (2008) – Diagnóstico dos transtornos do sono relacionados ao ciclo circadiano.**J Bras Pneumol.** 34 (3) p. 173 – 180.

MARTINO, Milva (2002) – Estudo comparativo de padrões de sono em trabalhadores de enfermagem dos turnos diurno e noturno. **Rev Panam Salud Publica / Pan Am J Public Health.** 12(2), 95 – 100.

MARTINS, Paulo; MELLO, Marco; TUFIK, Sergio (2001) Exercício e sono. **Rev Bras Med Esporte** Vol. 7, N.º 1, Jan/Fev 2001, p. 28 – 36.

MAYNARDES, Divanise; SARQUIS, Leila; KIRCHOF, Ana (2009) – Trabalho Noturno e Morbidadesde Trbalhadores de Enfermagem. **Cogitare Enferm**. Out/Dez, 14(4), 703 – 708.

MORIKAWA e tal. (1999) – Relationship between shift work and onset of hypwertension in a cohort of manual workers. **Scandinavian Journal of Work , Environement & Health,** Electronic ISSN: 1795-990X , 25(2), p. 100 - 104.

MORIN, Estelle (2001) – "Os sentidos do trabalho". **ERA - Revista de Administração de Empresas**. São Paulo. Vol.41, n.º 3 (Jul/Set 2001) p. 8-19.

MORIN, Estelle; TONELI, M.ª José; PLIOPAS, Ana Luisa (2007) – "O trabalho e os seus sentidos". **Psicologia & Sociedade**. Brasil.. p. 47 –

NEVES, M.ª José et al. (2010) Influência do Trabalho Nocturno na Qualidade de Vida do Enfermeiro. **Rev. Enferm., UERJ, Rio de Janeiro,** Jan/Mar; 18(1) p.42-47.

OAKLEY, Katie; et al. (2003) **Occupational health nursing**. Second Edition. Edition by Katie Oakley, Whurr Publishers. London. ISBN 1- 86156-294-2

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO (1990) **C171 Night Work Convention**, http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convde.pl?C171 Acedido a 12 de Julho de 2011

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE (1986). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Conferência Internacional Para A Promoção Da Saúde.. Otawa. Canada, 17 – 21 de Novembro, 1986.
http://www.dgidc.min-edu.pt/educacaosaude/index.php?s=directorio&pid=96 Acedido a 12 de Julho de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2001) – Regional Office for Europe. **The role of the occupational health nurse in workplace health management**. Copenhaga, 2001.http://www.who.int/occupational_health/regions/en/oeheurnursing.pdf Acedido a 12 de Julho de 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2010) – "**Ambientes de trabalho saudáveis – Um modelo para a acção**". Brasília. ISBN 978-85-7710-219-8.

OSSLER, C; STANHOPE, M.; LANCASTER, J.(1999) – O Enfermeiro Comunitário em Saúde no Trabalho, in STANHOPE, M.; LANCASTER, J.(1999) **Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Loures: Lusociência.

PAIVA, Teresa, **"Bom sono, boa vida"** (2008) 6ª Edição. Alfragide: Oficina do Livro. ISBN 978-989-555-350-1.

PEIXOTO, Carina (2007) – **Efeitos da Presença de energia elétrica nas resiências sobre a ritmicidade circadiana de adolescentes**. Curitiba. Apresentada ao Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, Tese de Mestrado.

PENDER, Nola; MURDAUGH, Carolyn; and PARSONS, Mary (2011) - **Health Promotion in Nursing Practice,** 6ª Edição, Pearson, ISBN 978-0-13-509721-2.

PORTUGAL. (2010) Ministério da Saúde. Direcção Geral de Saúde (DGS) **Plano Nacional de Saúde Ocupacional –** Pergunta frequente 9/2010.

POYARES, Dalva et al.(2003) I Concenso Brasileiro de Insônia. **Hypnos.** 43 pag. http://www.ic.unicamp.br/~wainer/cursos/2s2008/ia/pdf_consenso.pdf Acedido 9 de Janeiro de 2012.

QUEIROZ et al, 2007 " Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde". **R Enf. UERJ,** Rio de Janeiro, 2007 abr/jun, 15(2): 276, 283

Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiros Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública – **Diário da República, 2ª série** – Nº 35 de 18 de Fevereiro de 2011. P. 8667-8669

REIS,E (2000) **Estatística Descritiva**. Lisboa: Edições Sílabo

RIBEIRO, José Luís Pais (2007) – **Avaliação em Psicologia da Saúde**. Coimbra. Quarteto. ISBN 989-558-087-8.

ROGERS, Bonnie (1997) – **Enfermagem do Trabalho, Conceitos e Prática.** Loures: Lusociência .ISBN 972-8383-03-7

SANDERS, Catherine; CAMPELL, David (1998) – Consequnces of alternative work scedules – Chapter 6. **International Review of Industrial and Organizational Psychology.** Volume 13. Edited by C.L. Cooper and I.T. Robertson . 1998 John Wiley & Sos Ltd. P.185 - 223.

SCHERNHAMMER, Eva (2011) **"Night work and câncer: na update of recent research"** Biological mechanisns and risk mangement in the 24h society- 20th International Symposium on Shiftwork and Working Time, Stockholm, Sweden , June 28-July 1 , 2011, p.142

SILVA, Carlos; AZEVEDO, M.ª Helena; DIAS, Mário (1995) – Estudo Padronizado do trabalho por turnos – versão portuguesa do SSI. **Psycologica**.13, 1995, 27-36.

SILVA, Carlos; et al. (1996) **Introdução às Cronociências.** Coimbra: Formasau (Manual Sianis Vitais, n.º4)

SILVA, Carlos (2000) – Fundamentos teóricos e aplicações da cronobiologia. **Psicologia: teoria, investigação e prática.** Braga vol. 5 , n.º 2 (Outubro, 2000). p. 253 – 265.

SILVA, Carlos; SILVÉRIO, Jorge; QUEIRÓS, Adolfo (2000) – Trabalho por turnos, diferenças individuais e ritmos circadianos cardiovasculares. **Psicologia: teoria, investigação e prática.** Braga vol. 5 , n.º 2 (Outubro, 2000). p. 313 – 328.

SILVA, Isabel (2000) – Sistemas de turnos: que contributos da cronopsibiologia para a sua concepção? **Psicologia: teoria, investigação e prática**. Braga vol. 5 , n.º 2 (Outubro, 2000). p. 389 – 409.

SILVA, Isabel (2007) **Adaptação ao trabalho por turnos.** Minho. Apresentada na Universidade do Minho. Instituto de Educação e Psicologia. Tese de Doutoramento em Psicologia.

SILVA, Claúdia; MARTINO, Milva (2009) – Aspectos do ciclo vigília-sono e estados emocionais em enfermeiros em diferentes turnos de trabalho. **Rev. Ciênc. Méd.** Campinas 18 (1) Jan/Fev 2009, p. 21 - 33.

SILVA, Rosangela, et al. (2011) – Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. **Esc. Anna Nery.** Brasil. Abr-Jun 2011. Vol 15 (2) p. 270-276

SMITH, Carla et al.(1999) - A process Modelo f Shiftwork anda Health. **Journal of Pccupational Haelth Psycology.** July 1999. Vol 4. N.º 3, p. 207 – 218.

STANHOPE, M.; LANCASTER, J.(2011) – **Enfermagem de Saúde Pública. Cuidados de Saúde na Comunidade Centrados na População** 7ª ed. Loures: Lusodidata. ISBN 978-989-8075-29-1

SUAREZ, Isabel (1999) – El trabajo a turnos. **Ergonomia**. Madrid. http://www.saudeetrabalho.com.br/download/el-trabajo-turnos.pdf Acedido a 1 de Julho de 2011

TAVARES, António (1990) – **Métodos e técnicas de planeamento em saúde**. Portugal. Ministério da Saúde, Departamento de Recursos Humanos da Saúde.

TENKANEN et al.(1997) – Shift work, occupation and coronary heart disease over. **Scandinavian Journal of Work , Environement & Health,** Electronic ISSN: 1795-990X , 23(4), p. 257 - 265.

TUCKER, Philip; FOLKARD, Simon; ANSIAU, David; MARQUIÉ, Jean-Claude (2010) – The effects of age and shift work on perceived sleep problems: results from the VISAT-combined longitudinal and cross-sectional study. **J Occup Enviro Med** 52 (4) p. 392-398.

UVA, Antonio, GRAÇA, Luis (2004) – Saúde e segurança do trabalho: Glossário de termos e expressões mais comuns. **Cadernos Avulso.** Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. N.º 4 Novembro de 2004.

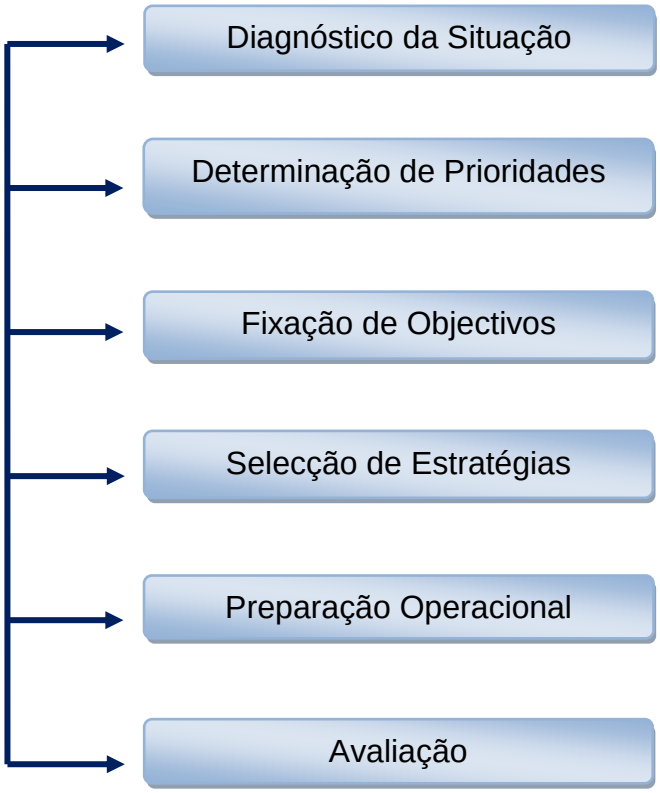
WHO – Constitution. Geneve, WHO,1948
http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf

WHO - Health promotion glossary, Geneve, WHO, 1998
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

ANEXOS

ANEXO 1 – Esquema da Metodologia do Planeamento em Saúde

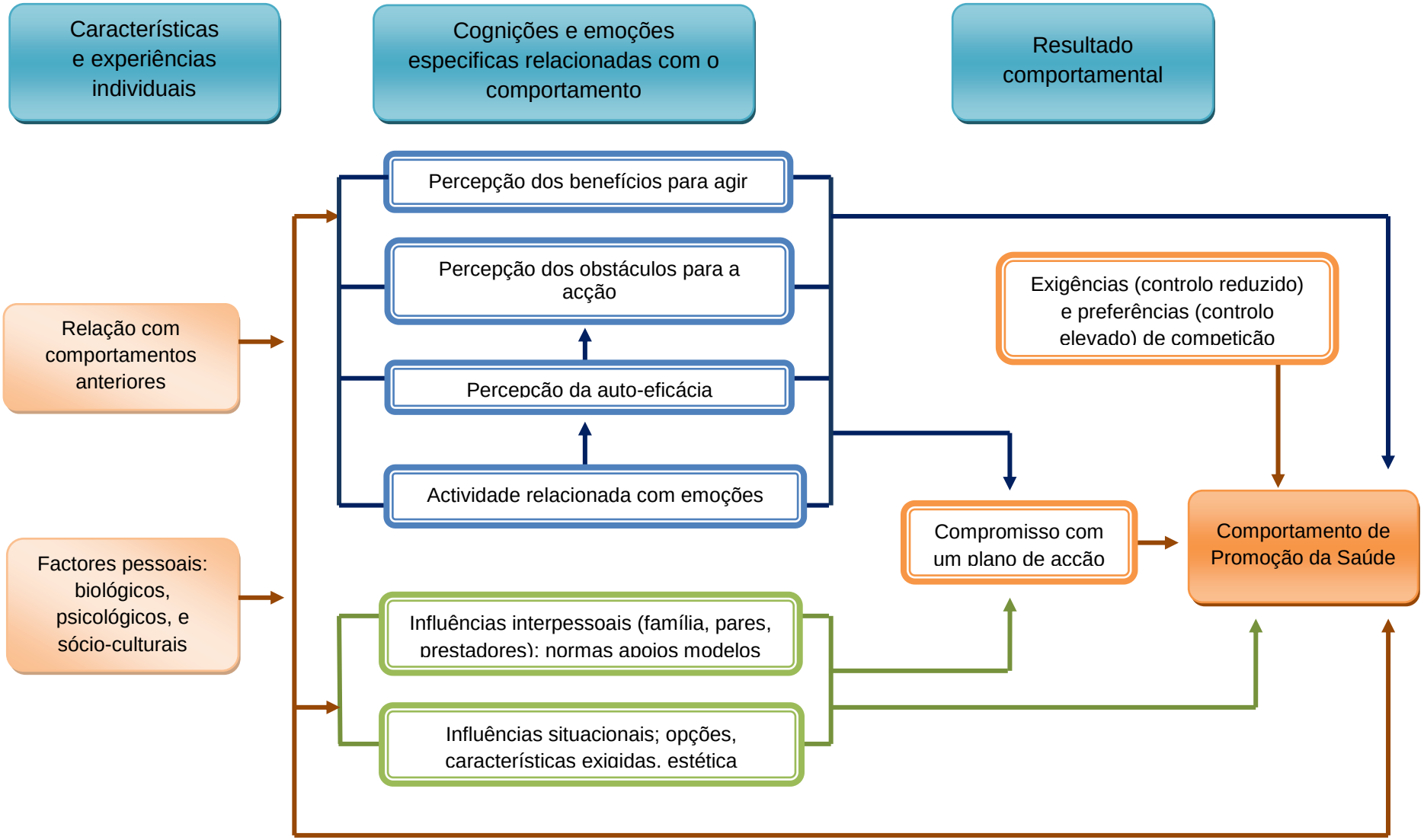
Etapas do Processo de Planeamento em Saúde



(Extraído e modificado de Tavares, 1990)

ANEXO 2 – Esquema do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

Esquema do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender



Extraído e adaptado de Pender, Murdaugh e Parsons (2011)

ANEXO 3 – Mail do Professor

Autorização de utilização do Questionário

Carlos Fernandes <csilva@ua.pt>
Para: Cristina Colaço <cmcolaco@gmail.com>
Cc: Vânia Amaral <vania.amaral@ua.pt>

Responder | Responder a todos | Encaminhar | Imprimir | Excluir | Mostrar original

Boa tarde

Solicito à minha Exma Colega Dra Vânia Amaral que lhe envie o instrumento.

Por razões que se prendem com os direitos de autor, deverá colocar a ref^{a} do Projecto FCT na descrição do instrumento (a Dra Vânia enviará) e deverá no fim do projecto enviar-nos a base de dados (sem nomes dos sujeitos), bem como um exemplar do seu trabalho.

Cumprimentos

Carlos fernandes

ANEXO 4 - Questionário

Exmo.(a) Sr.(a)

O meu nome é Cristina Colaço, sou enfermeira a frequentar o 2º Mestrado em Enfermagem, Especialidade de Saúde Comunitária, na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Estou a desenvolver um Projecto no Serviço de Saúde Ocupacional do seu Hospital, pretendo estudar os efeitos na saúde, de um grupo de profissionais no contexto hospitalar, do trabalho nocturno.

O trabalho nocturno existe pela exigência de manutenção durante as 24 h de determinadas actividades. Nas instituições hospitalares este é absolutamente indispensável para a prestação de cuidados de saúde de urgência e de manutenção.

Se trabalha durante o **período nocturno**, há mais de 6 meses, solicito a sua colaboração no preenchimento deste Questionário.

Asseguro que as informações obtidas são confidenciais e utilizadas apenas neste contexto. Os dados serão trabalhados em conjunto com os de todo o grupo de participantes. O projecto pressupõe a divulgação dos resultados e estratégias pessoais a desenvolver para minimizar os efeitos do trabalho nocturno.

Agradeço a entrega do questionário o mais breve possível.

Qualquer contacto pode ser efectuado através do Serviço de Saúde Ocupacional dos Capuchos.

Muito obrigada pela colaboração

Cristina Maria da Conceição Colaço

1 Dados Individuais

(Azevedo, M.H., Silva, C.F, e Dias, M.R., 2004, adaptado)

Por favor responda às questões que se seguem. A informação dada é estritamente confidencial. Deixe em branco as questões que não se aplicarem ao seu caso.

1.1 Sexo:

Feminino	1	Masculino	2

1.2 Idade: _____

1.3 Estado civil:

a) Casado/vive com companheiro (a)	1
d) Solteiro(a)	2
c) Separado(a) / Divorciado(a) / Viúvo(a)	3

1.4 Qual o seu Grupo Profissional?

Médico(a)	1
Técnico Superior de Saúde	2
Enfermeiro(a)	3
Técnico Diagnóstico Terapêutica	4
Assistente Operacional	5
Outro	6

1.5 Qual é o seu grau de instrução?

4º Ano de Escolaridade	1
6º Ano de Escolaridade	2
9º Ano de Escolaridade	3
12º Ano de Escolaridade	4
Bacharelato	5
Licenciatura	6
Mestrado	7
Doutoramento	8

1.6 Serviço onde trabalha: _____

1.7 Quantas pessoas vivem em sua casa que precisam que cuide delas? _____

1.8 Ao todo, há quanto tempo trabalha? _____ anos.

1.9 Há quanto tempo trabalha no actual regime de turnos? _____ anos _____ meses.

1.10 Ao todo, há quanto tempo anda a trabalhar por turnos? _____ anos _____ meses.

1.11 De acordo com o seu contrato, quantas horas trabalha por semana?
_____horas_____minutos.

1.12 Quantas horas trabalha **actualmente** por semana (incluindo horas extraordinárias)?
_____horas_____ minutos.

1.13 Qual é o padrão de trabalho habitual do seu companheiro?

a) Trabalho diurno	1
b) Turnos rotativos com noites	2
c) Turnos rotativos sem noites	3
d) Noites permanentes	4
e) Outro (especifique)	5

1.14 Como é que o seu companheiro se sente em relação ao seu regime de trabalho por turnos?

Extremamente desfavorável	Bastante desfavorável	Indiferente	Bastante favorável	Extremamente favorável
1	2	3	4	5

1.15 Em média, quanto tempo gasta para ir de casa para o trabalho e do trabalho para casa?

	Para o trabalho	Vir do trabalho
(a) Turno da Manhã ou de dia (12h).....	_____min.	_____min.
(b) Turno da Tarde	_____min.	_____min.
(c) Turno da Noite.....	_____min.	_____min.

1.16 Alguma vez se sentiu inseguro no trajecto para o Hospital, entrada e saída, nos seguintes turnos?

	Quase Nunca	Raramente	Frequentemente	Quase sempre
a) Manhã	1	2	3	4
b) Tarde	1	2	3	4
c) Noite	1	2	3	4
d) Outros (especifique por favor)	1	2	3	4

1.17 Características do trabalho

(responda a cada uma das questões colocando um círculo na resposta apropriada)

(a) Por favor, indique **a sua** carga de trabalho nos seus diferentes turnos:

	Muitíssimo leve	Muito leve	Mais ou menos a mesma coisa	Muito pesado	Muitíssimo pesado
No turno da manhã (ou dia	1	2	3	4	5
No turno da tarde	1	2	3	4	5
No turno da noite	1	2	3	4	5

	Inteiramente fora do meu controle	De algum modo fora do meu controle	Entre uma coisa e outra	De algum modo sob o meu controle	Inteiramente sob o meu controle
b) O ritmo do trabalho que faço está	1	2	3	4	5

1.18 Tipo de pessoa que é

(responda a cada uma das questões colocando um círculo na resposta apropriada)

(a) Acha que é o tipo de pessoa que se sente no seu melhor logo cedo pela manhã, e tende a sentir-se cansado mais cedo que a maior parte das pessoas para o fim do dia?

(por favor, colocar um círculo num algarismo de cada afirmação)

Sem dúvida que não	Provavelmente não	Talvez	Provavelmente sim	Sem dúvida ~ que sim
1	2	3	4	5

b) Acha que é o tipo de pessoa para quem é muito fácil adormecer em horas ou em locais pouco usuais? *(por favor, colocar um círculo num algarismo de cada afirmação*

Sem dúvida que não	Provavelmente não	Talvez	Provavelmente sim	Sem dúvida ~ que sim
1	2	3	4	5

1.19 Na sua opinião as vantagens do seu regime de turnos compensam as desvantagens?

Sem dúvida que não	Provavelmente Não	Talvez	Provavelmente que sim	Sem dúvida que sim
1	2	3	4	5

1.20 Satisfação Geral no Trabalho

(Barton e cols. ,1992)

Esta questão refere-se à sua satisfação no trabalho em geral, e não à sua satisfação com o trabalho por turnos. Classifique com a numeração que se segue cada uma das questões:

1= Discordo fortemente
2= Discordo
3= Discordo um pouco
4= Neutro
5= Concordo um pouco
6= Concordo
7= Concordo plenamente

a) De um modo geral estou muito satisfeito(a) com este trabalho	1	2	3	4	5	6	7
b) Penso frequentemente em desistir deste trabalho	1	2	3	4	5	6	7
c) No geral sinto-me satisfeito(a) com o tipo de trabalho que faço	1	2	3	4	5	6	7
d) a maior parte das pessoas neste trabalho sentem-se muito satisfeitas com o trabalho que fazem	1	2	3	4	5	6	7
e) As pessoas neste trabalho pensam frequentemente em abandoná-lo	1	2	3	4	5	6	7

(1994- C.F. Silva, M.H. Azevedo e M.R. Dias (traduzido e adaptado)

2. Sono e Fadiga

(Barton e cols., 1992)

A seguir encontra onze questões sobre aspectos do seu sono. Por favor, responda a cada uma das questões que se seguem de acordo com as instruções particulares de cada pergunta.

2.1. Normalmente a que horas adormece e acorda, nas seguintes partes do seu regime de turnos?

Por favor use a escala de 24 h (exemplo 23h)

	ADORMEÇO ÀS	ACORDO ÀS
Entre 2 turnos seguidos da **manhã**	_____	_____
Entre 2 turnos seguidos da **tarde**	_____	_____
Antes do 1º turno da **noite**	_____	_____
Entre 2 turnos seguidos da **noite**	_____	_____
Depois do último turno da **noite**	_____	_____
Entre 2 dias seguidos de **folga**	_____	_____

2.2. Se normalmente dorme a sesta, para além do seu período de sono, a que horas o faz?

a) Nos turnos da manhã:	das ____ às ___	e das ___ às ___
b) Nos turnos da tarde	das ____ às ___	e das ___ às ___
c) Nos turnos da noite	das ____ às ___	e das ___ às ___
e) Nos turnos de folga	das ____ às ___	e das ___ às ___

2.3 Quantas horas de sono, sente que normalmente precisa por dia, independentemente do turno em que está

_____ horas _____minutos

2.4. O que sente acerca da quantidade de sono que normalmente dorme?

(colocar um círculo no algarismo apropriado)

	Precisava de dormir muito mais	Precisava de dormir mais	Precisava de dormir um pouco mais	Durmo o que preciso	Durmo muito
a) Entre turnos da manhã seguidos	5	4	3	2	1
b) Entre turnos da tarde seguidos	5	4	3	2	1
c) Entre turnos da noite seguidos	5	4	3	2	1
d) Entre dias de folga seguidos	5	4	3	2	1

2.5. Normalmente como é o seu sono?

(colocar um círculo no algarismo apropriado)

	Muito mau	Mau	Razoável	Bom	Muito bom
a) Entre turnos da manhã seguidos	5	4	3	2	1
b) Entre turnos da tarde seguidos	5	4	3	2	1
c) Entre turnos da noite seguidos	5	4	3	2	1
d) Entre dias de folga seguidos	5	4	3	2	1

2.6.Normalmente como se sente depois de dormir?

(colocar um círculo no algarismo apropriado)

	Nada repou-sado (a)	Não muito repousado (a)	Repou-sado (a)	Muito Repousado (a)	Muitíssimo Repousado (a)
a) Entre turnos da manhã seguidos	5	4	3	2	1
b) Entre turnos da tarde seguidos	5	4	3	2	1
c) Entre turnos da noite seguidos	5	4	3	2	1
d) Entre dias de folga seguidos	5	4	3	2	1

2.7. Alguma vez acorda mais cedo do que pretendia?

(colocar um círculo no algarismo apropriado)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Entre turnos da manhã seguidos	1	2	3	4	5
b) Entre turnos da tarde seguidos	1	2	3	4	5
c) Entre turnos da noite seguidos	1	2	3	4	5
d) Entre dias de folga seguidos	1	2	3	4	5

2.8. Tem dificuldades em adormecer?

(colocar um círculo no algarismo apropriado)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Entre turnos da manhã seguidos	1	2	3	4	5
b) Entre turnos da tarde seguidos	1	2	3	4	5
c) Entre turnos da noite seguidos	1	2	3	4	5
d) Entre dias de folga seguidos	1	2	3	4	5

2.9.Toma comprimidos para dormir?

(colocar um círculo no algarismo apropriado)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Entre turnos da manhã seguidos	1	2	3	4	5
b) Entre turnos da tarde seguidos	1	2	3	4	5
c) Entre turnos da noite seguidos	1	2	3	4	5
d) Entre dias de folga seguidos	1	2	3	4	5

2.10. Toma bebidas alcoólicas para ajudar a dormir?

(colocar um círculo no algarismo apropriado)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Entre turnos da manhã seguidos	1	2	3	4	5
b) Entre turnos da tarde seguidos	1	2	3	4	5
c) Entre turnos da noite seguidos	1	2	3	4	5
d) Entre dias de folga seguidos	1	2	3	4	5

2.11. Alguma vez se sente cansado nos:

(colocar um círculo no algarismo apropriado)

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Turnos da manhã	1	2	3	4	5
b) Turnos da tarde	1	2	3	4	5
c) Turnos da noite	1	2	3	4	5
d) Dias de folga	1	2	3	4	5

2.12 As afirmações que se seguem dizem respeito a **como geralmente se sente,** quanto a cansaço ou energia, **independentemente de ter dormido o que precisa ou ter estado a trabalhar muito.** Algumas pessoas parecem "sofrer" de cansaço permanente, mesmo em dias de descanso e férias, enquanto outros parecem ter energia ilimitada. Por favor, indique em que medida as afirmações que se seguem se aplicam ao seu caso, *colocando um círculo no algarismo apropriado.*

	De modo nenhum		Um pouco		Sim muito
a)Geralmente sinto-me com muita energia	1	2	3	4	5
b) Habitualmente sinto-me esgotado(a)	1	2	3	4	5
c) Geralmente sinto-me muito activo(a)	1	2	3	4	5
d) Sinto-me cansado(a) na maioria das vezes	1	2	3	4	5
e) Geralmente sinto-me cheio(a) de vigor	1	2	3	4	5
f) Habitualmente sinto-me sonolento(a)	1	2	3	4	5
g) Geralmente sinto-me alerta	1	2	3	4	5
h) Sinto-me muitas vezes exausto(a)	1	2	3	4	5
i) Geralmente sinto-me animado(a)	1	2	3	4	5

(1994- C.F. Silva, M.H. Azevedo e M.R. Dias (traduzido e adaptado))

3 Saúde e bem-estar

3.1 Questionário de Saúde Física

(Barton e cols., 1992, traduzido e adaptado por Silva e cols, 1994)

Por favor, indique a frequência com que sente os problemas da lista que se segue, colocando um círculo no algarismo apropriado.

	Nunca	Poucas vezes	Muitas vezes	Sempre
a) Com que frequência é o seu apetite perturbado?	1	2	3	4
b) Com que frequência tem cuidado com o que come para evitar problemas de estômago?	1	2	3	4
c)Com que frequência sente vontade de vomitar?	1	2	3	4
d) Com que frequência sofre de azia ou dores de estômago?	1	2	3	4
e) Com que frequência se queixa de problemas de digestão?	1	2	3	4
f) Com que frequência se queixa de distensão ou gases no estômago?	1	2	3	4
g) Com que frequência se queixa de dores de barriga?	1	2	3	4
h) Com que frequência sofre de diarreia ou prisão de ventre?	1	2	3	4
i) Com que frequência sente o coração a bater depressa?	1	2	3	4
j) Com que frequência tem dores e mal-estar no peito?	1	2	3	4
k) Com que frequência tem tonturas?	1	2	3	4
l) Com que frequência sente que o sangue lhe sobe de repente à cabeça?	1	2	3	4
m) Sente dificuldade em respirar quando sobe escadas normalmente?	1	2	3	4
n) Com que frequência lhe têm dito que tem a tensão arterial elevada?	1	2	3	4
o) Alguma vez sentiu que o coração batia de maneira irregular?	1	2	3	4
p)Com que frequência sente um “aperto” no peito?	1	2	3	4

3.2 Em média, quantos cigarros fumava por semana?

Antes de iniciar turnos _____ Desde que iniciei turnos _____ Nunca _____

3.3 Em média, que quantidade de álcool bebia por semana?

Antes de iniciar turnos	Desde que iniciei turnos	Nunca
_____	_____	_____

3.4 Em média, quantas chávenas de café bebia por dia?

Antes de iniciar turnos	Desde que iniciei turnos	Nunca
_____	_____	_____

(traduzido de Standard Shiftwork Index, de Shiftwork Research Team, 1994)

3.5 Questionário Geral de Saúde

(Barton e cols., 1992)

As perguntas que se seguem dizem respeito ao **modo como se tem sentido durante as últimas semanas**. Por favor em cada um das perguntas coloque um círculo na resposta adequada. Lembre-se que se deve referir a queixas actuais e recentes, e não a queixas que tenha tido há muito tempo.

Recentemente tem:

a) sido capaz de se concentrar no que está a fazer?	Mais que o costume	O mesmo do costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
b) perdido muito sono por preocupações?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
c) sentido que tem um papel útil nas coisas?	Mais que o costume	O mesmo que o costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
d) sido capaz de tomar decisões sobre as coisas?	Mais que o costume	O mesmo que o costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
e) sentido constantemente sobre pressão?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
f) sentido que não é capaz de vencer as suas dificuldades?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
g) tido prazer nas actividades habituais do dia a dia ?	Mais que o costume	O mesmo que o costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
h) sido capaz de enfrentar os seus problemas?	Mais que o costume	O mesmo que o costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume
i) tem-se sentido infeliz e deprimido?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
j) perdido a confiança em si próprio(a)?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
k) pensado que é uma pessoa sem valor?	De modo nenhum	Não mais que o costume	Mais que o costume	Muito mais que o costume
l) tem-se sentido razoavelmente feliz apesar de tudo ?	Mais que o costume	O mesmo que o costume	Menos que o costume	Muito menos que o costume

(1994- C.F. Silva, M.H. Azevedo e M.R. Dias (traduzido e adaptado))

4. Estudo Social e Doméstico

(Barton e cols., 1992)

Com este pequeno questionário pretendemos avaliar em que medida o seu sistema de turnos interfere na sua vida social e doméstica. Por favor para cada uma das questões que se seguem indique o grau de interferência do seu regime de turnos, colocando um círculo no algarismo apropriado.

	De modo nenhum		Decerto Modo		Muitíssimo
1) No geral, em que medida o seu regime de turnos interfere com o tipo de coisas **que gostaria de fazer** nos seus tempos livres (ex: actividades desportivas, passatempos)?	1	2	3	4	5
2) No geral, em que medida o seu regime de turnos interfere com as **actividades domésticas que tem que fazer** fora das horas de trabalho (ex: tarefas domésticas, tratar dos filhos)?	1	2	3	4	5
3) No geral, em que medida o seu sistema de turnos interfere com as **actividades não domésticas, que tem de fazer** fora das horas de trabalho (ex: ir ao médico, cabeleireiro, banco)?	1	2	3	4	5

(1994- C.F. Silva, M.H. Azevedo e M.R. Dias (traduzido e adaptado))

ANEXO 5 - Classificações das Escalas “Questionário do sono”, “Questionário de Saúde Física” e “Questionário Geral de Saúde”

Classificações das Escalas "Questionário do sono", "Questionário de Saúde Física" e "Questionário Geral de Saúde"

Quadro 3 - "Questionário do sono" – Classificação da Perturbação do sono

Classificação da perturbação do sono	Somatório dos 8 itens
Sem perturbações	24 – 48
Perturbação ligeira	49 – 73
Perturbação moderada	74 – 98
Perturbação acentuada	99 ou mais

Fonte: Costa,I (2009)

Quadro 4 - "Questionário de Saúde Física" – Classificação da Perturbação da Saúde Física

Perturbações Gastrointestinais	Somatório dos 8 itens
Frequentes	Superior a 24
Pouco frequentes	16 – 24
Inexistentes	Inferior a 16
Perturbações Cardiovasculares	**Somatório dos 8 itens**
Frequentes	Superior a 24
Pouco frequentes	16 – 24
Inexistentes	Inferior a 16

Fonte: Costa,I (2009)

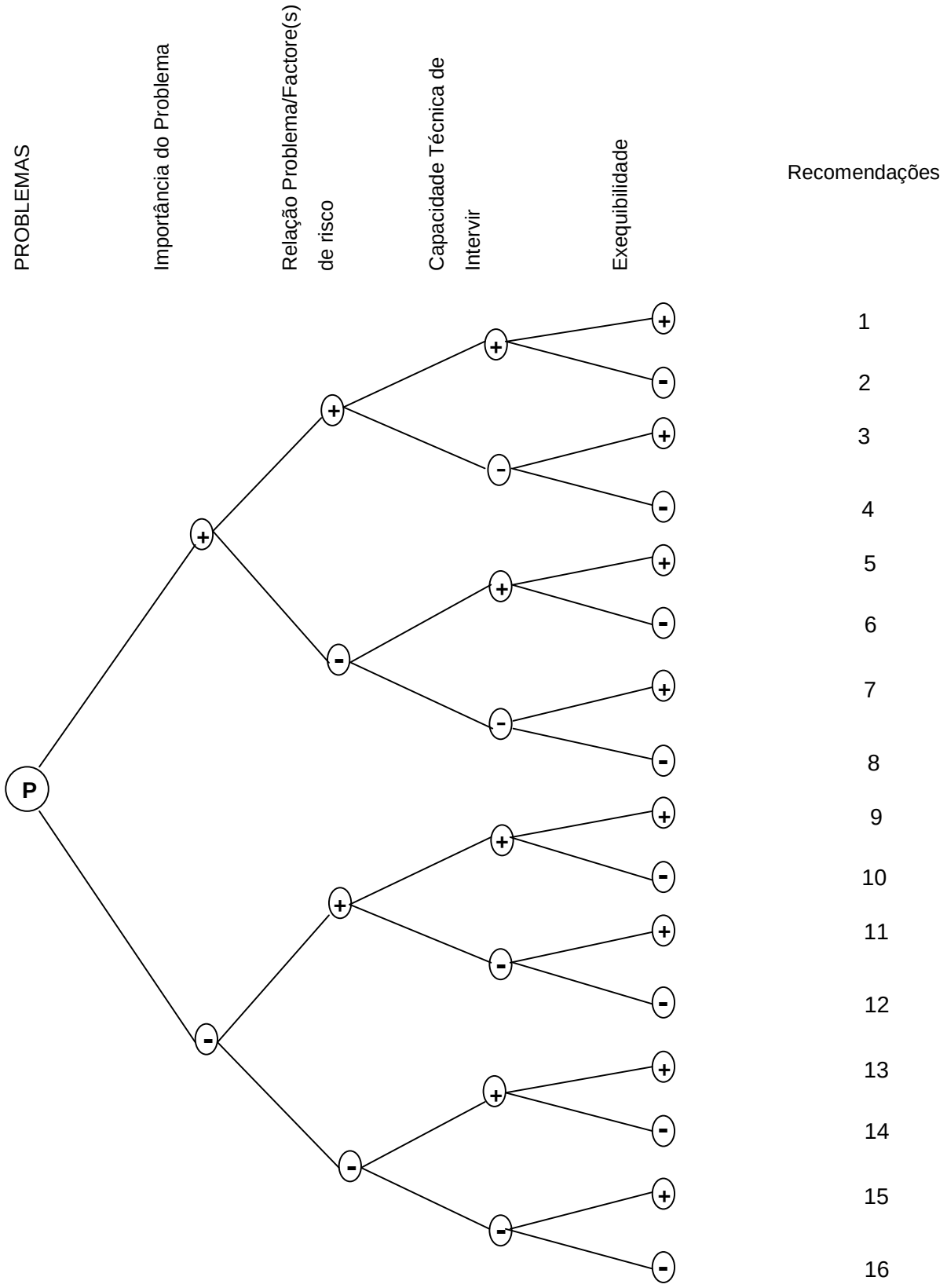
Quadro 5 - "Questionário Geral de Saúde" – Classificação da Perturbação Psicológica

Classificação da perturbação psicológica	Somatório dos 12 itens
Perturbação acentuada	Inferior a 24
Perturbação moderada	24 – 36
Nula	Superior a 36

Fonte: Costa,I (2009)

ANEXO 6 – Grelha de Análise

Grelha de Análise para determinação de prioridades (Pineault e Daveluy, in Tavares, 1990, p. 89)



APÊNDICES

APÊNDICE 1 - Cronograma

2º Curso de Mestrado em Enfermagem, - Área de Especialização Enfermagem Comunitária

Efeitos do trabalho nocturno na saúde: uma intervenção de enfermagem em saúde ocupacional

Cronograma Previsto

	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro				Março			
Estágio																								
Diagnóstico da situação																								
Determinação de prioridades																								
Fixação de Objectivos																								
Selecção de Estratégias																								
Preparação Operacional																								
Avaliação																								
Relatório																								

2º Curso de Mestrado em Enfermagem, - Área de Especialização Enfermagem Comunitária

Efeitos do trabalho nocturno na saúde: uma intervenção de enfermagem em saúde ocupacional

Cronograma Reformulado

	Out.				Nov.				Dez.				Jan.				Fev.				Mar.	Abr.	Mai.	Jun.
Estágio																								
Diagnóstico da situação																								
Determinação de prioridades																								
Fixação de Objectivos																								
Selecção de Estratégias																								
Preparação Operacional																								
Avaliação																								
Relatório																								

APÊNDICE 2 - O ciclo do sono

O ciclo do sono

O sono é um estado fisiológico que ocorre ciclicamente, sendo a sua definição complexa, caracteriza-se por estado em que os movimentos são reduzidos e involuntários, a reactividade a estímulos auditivos, visuais e tácteis é reduzida relativamente à vigília (Fernandes, 2006). É uma necessidade humana básica, "mais essencial à sobrevivência que comer e beber" (Paiva, 2008, 17), a privação do sono não pode ser mantida por mais de cinco ou seis dias sem colocar a sobrevivência em risco (Paiva, 2008).

O sono pode ser caracterizado em dois padrões fundamentais sem movimentos oculares rápidos (NREM) e com movimentos oculares rápidos (REM - do inglês – rapid eyes movement). O sono não NREM é constituído por 4fases: I – sonolência superficial, II – sonolência profunda, II – sono muito profundo de ondas lentas e IV – sono profundo de ondas lentas. As características gerais do sono NREM podem resumir-se como: relaxamento muscular com manutenção do tónus, redução progressiva dos movimentos corporais, aumento progressivo de ondas lentas (no Electroencefalograma), ausência de movimentos oculares rápidos e frequências cardíacas e respiratórias regulares. O sono REM também denominado sono paradoxal, porque é uma fase de sono profundo, no entanto o registo eletroencefalográfico é semelhante ao da vigília. O sono REM caracteriza-se fundamentalmente por: movimentos rápidos dos olhos, hipotonia ou atonia muscular, movimentos e mioclonias multifocais, emissão de sons, Electroencefalograma com ritmos rápidos e de baixa voltagem, frequência cardíaca e respiratória irregulares, é nesta fase que ocorrem os sonhos. A função total dos sonhos ainda não está determinada, existem, no entanto, evidências de que são importantes para a homeostase das áreas relacionadas com a memória, a aprendizagem e funções psíquicas. O sono normal inicia-se pela Fase I do sono NREM (cerca de 10' – podendo estar aumentada na privação de sono e excesso de cansaço), seguindo-se a fase II que dura cerca de 30 a 60', sendo um sono mais profundo, com maior dificuldade no despertar. Seguem –se as fases III e IV, com alternância entre si e duram aproximadamente 90', segue-se sono REM (5 a 10'). Estas fases vão-se alternando, com ligeiro aumento das fases de sono REM. Numa noite de sono de cerca de 8 horas acontecem 5 a 6 ciclos de sono NREM-REM. Ao longo de todo o ciclo podem ocorrer despertares espontâneos ou provocados por exemplo por ruído ou apneia do sono, o individuo pode ou não ter consciência desses despertares. Num adulto na segunda metade da noite e amanhecer há a tendência para

que apenas exista alternância entre as fases I e II do sono NREM e sono REM (Fernandes, 2006).

As necessidades de horas de sono variam ao longo da vida, em média um adulto necessita de 7 a 8horas por dia (Poyares et al., 2003)

A privação de sono numa noite causa uma reorganização nas fases do sono nas duas noites seguintes, na primeira há aumento das proporções do sono REM, na segunda aumento do sono NREM (Fernandes, 2006).

APÊNDICE 3- Medidas de Higiene do sono

Higiene do sono

A higiene do sono tem como foco os hábitos que podem interferir com o sono.

1. Evitar o consumo de cafeína 4 a 6 horas antes de dormir - é um estimulante que pode causar insónia e a sensibilidade à sua ingestão pode aumentar com a idade.
2. A nicotina interfere no sono de duas formas, porque é estimulante e pode causar despertares devido ao síndrome de abstinência – evitar fumar 4 a 6 horas antes d dormir
3. A ingestão de álcool é desaconselhada, aparentemente é um facilitador do sono, mas leva a um sono fragmentando e de pior qualidade.
4. A prática de exercício físico deve ser planeada de forma a haver um intervalo mínimo de 3 horas entre o exercício e a hora de dormir.
5. O ambiente onde se dorme deve ser adequado em termos de temperatura (amena), luminosidade (escurecido), isolado do barulho, o conforto da cama (colchão, roupa, tamanho).
6. Estabelecer horários regulares para dormir, restringindo ao tempo necessário.
7. Não ir para a cama sem sono, não ficar a controlar as horas em que não consegue dormir.
8. Não passar o dia preocupado com o sono.
9. Reservar um período, no inicio da noite para planear e pensar nos problema se actividades par o(s) dia(s) seguinte(s).
10. Ir para a cama apenas quando estiver com sono
11. Usar a cama e o quarto apenas para dormir e actividade sexual
12. A utilização da TV ou leitura com pouca luminosidade durante um curto período de tempo pode induzir o sono, em algumas pessoas
13. Quando tem dificuldade em dormir sair da cama e ir para outro ambiente (Poyares et al.,2003).

APÊNDICE 4 – Consentimento Informado

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem –
Área de Especialização de Enfermagem Comunitária,

Eu, _____ declaro ter aceite participar no projecto "Efeitos do trabalho nocturno na saúde: uma intervenção em saúde ocupacional", do qual conheço os objectivos, concordando na observação a da consulta de enfermagem a ser realizada pela estagiária Cristina Maria da Conceição Colaço.

Lisboa, ____ de _____ de 2011

Assinatura _____

APÊNDICE 4 - Descrição do Instrumento de Colheita de Dados

Descrição do Instrumento de colheita de dados

Grupo 1- Dados individuais

Utilizou-se o questionário da "Versão Reduzida do Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos", traduzido e adaptado por, Silva, Azevedo e Dias (1995). Compõe-se de 21 questões que descrevem as características sócio-demográficas, se tem dependentes, horário do companheiro, e características profissionais e do trabalho. Neste grupo de questões introduziram-se quatro: grupo profissional (1.5), tipo de horário do companheiro (1.13), sentimento percebido do companheiro relativo ao trabalho por turnos (1.14) e sensação de segurança no trajecto de e para o Hospital em cada um dos turnos (1.16). Foi alterada a posição da questão 1.19, porque a partir deste ponto as questões estão segundo o original das várias escalas que compõem o Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos (EPTT). Neste conjunto de questões está ainda a Escala "Satisfação Geral no Trabalho", caracteriza a satisfação no trabalho independentemente do regime de turnos (Silva et al.,1995).

Grupo 2 – Sono e Fadiga

Neste grupo utilizaram-se as Escalas "Questionário do sono" e "Fadiga crónica", desenvolvido por Barton e colaboradores em 1992, traduzido e adaptado por Silva e colaboradores (1995). Este grupo compõe-se de 12 questões, as primeiras 3 (2.1 a 2.3) contabilizam o número de horas de sono. As questões de 2.4 a 2.8 e 2.11, permitem caracterizar a qualidade do sono em cada um dos turnos e folgas. O somatório das cotações de cada turno fornece uma medida de perturbação do sono, quanto maior o valor obtido maior a perturbação. A utilização de medicação ou bebidas alcoólicas como auxílio para dormir estão expostas nas questões 2.9 e 2.10. A questão 2.12 é escala "Fadiga Crónica", composto por 9 itens, em que os itens "a", "c", "e", "g" e "i", são cotados inversamente, somando todos os valores, quanto maior é o total obtido, maior é a fadiga (Barton et al.,1992; Silva et al.,1995).

Grupo 3 – Saúde e Bem-estar

Neste grupo as escalas utilizadas são o "Questionário de Saúde Física" e o "Questionário Geral de Saúde". Ambos foram desenvolvidos por Barton e colaboradores em 1992 traduzidos e adaptados por Silva e colaboradores em 1994 e fazem parte do EPTT. O "Questionário de Saúde Física", questão 3.1, é composto por 16 itens em que se identifica

a frequência de queixas gastrointestinais (itens a) a h)) e cardiovasculares (itens de i) a q)), com o somatório de todos os itens obtém-se um valor que quanto maior for mais pobre é a saúde física. As questões 3.2, 3.3 e 3.4, fazem parte do original do "Questionário de Saúde Física", foram introduzidas por darem informação sobre a influência da prática de trabalho por turnos, no consumo de tabaco, álcool e café (Barton et al.,1992; Silva et al.,1995).

O "Questionário Geral de Saúde" é uma medida simples de saúde mental porque identifica distúrbios psiquiátricos menores na população em geral. Avalia os níveis recentes de auto-confiança, depressão, perda de sono e capacidade de resolução de problemas (Silva e tal, 1995). Nesta escala maiores somatórios de todos os itens correspondem a saúde psicológica mais pobre (Barton et al.,1992; Silva et al.,1995).

Grupo 4 – Estudo Social e Doméstico

Neste grupo usa-se a escala "Estudo Social e Doméstico", desenvolvida pró Barton e colaboradores em 1992, traduzida por Silva e colaboradores (1995) e faz parte do EPTT. Através de três questões propõe-se ao participante para identificar numa escala de uma a cinco a interferência que o trabalho por turnos tem nas actividades "gostaria de fazer" e nas actividades domésticas e não domésticas que tem que fazer (Barton et al.,1992; Silva et al.,1995)

.

APÊNDICE 6 – Grelha de Observação da Consulta de Enfermagem

Estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, - Área de Especialização Enfermagem Comunitária

Observação da Consulta de Enfermagem

Aspecto Observado/ N.º Observação	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**
1.Caracterização de hábitos de sono										
2.Caracterização da qualidade do sono										
3.Realização de sesta profiláctica										

APÊNDICE 7- Plano da Visita

Estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, - Área de Especialização Enfermagem Comunitária

PLANO DE VISITA

Serviço: Cirurgia Secção - B	
Director de Serviço:	Professor ……
Enfermeira Chefe:	Enf.ª ……
Data da visita:	4 de Novembro 11.30h
Pessoa contactada:	Enf.ª Chefe …….
Objectivo Geral:	Caracterizar o ambiente de trabalho dos profissionais incluídos no estudo
Objectivos específicos:	Caracterizar o ambiente físico do serviço; Caracterizar os aspectos organizacionais relacionados com o trabalho por turnos; Descrever as características dos utentes do serviço.
Fundamentação:	Para se conhecer o trabalhador e as suas necessidades relacionadas com o trabalho, é necessário conhecer o ambiente de trabalho (Rogers, 1997; Stanhope e Lancaster, 1999; Oakley, 2003) Entende-se por ambiente de trabalho todo o contexto e estrutura física onde se desenvolve o trabalho (Rogers, 1997; Oakley, 2003). O ambiente de trabalho, que compreende o espaço físico, os equipamentos e a organização, podem influenciar quer a qualidade quer a satisfação no trabalho (Oakley, 2003). Considera-se necessário conhecer as características dos utentes, porque o contacto com situações de doença aguda ou crónica e o sofrimento, e morte, desencadeiam muitas vezes ansiedade (Costa, 2009; Silva e Martino, 2009)
Referências bibliográficas	COSTA , Isabel (2009) **"Trabalho por Turnos, Saúde e Capacidade para o trabalho dos Enfermeiros"**. Coimbra. Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina. Dissertação de Mestrado. ROGERS, Bonnie (1997) - **Enfermagem do Trabalho**. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-03-7 OAKLEY, Katie; et al. (2002) **Occupational health nursing**. Second Edition. Edition by Katie Oakley, Whurr Publishers. London. ISBN 1-86156-294-2 SILVA, Claúdia; MARTINO, Milva (2009) – Aspectos do ciclo vigília-sono e estados emocionais em enfermeiros em diferentes turnos de trabalho. **Rev. Ciênc. Méd.** Campinas 18 (1) Jan/Fev 2009, p. 21 - 33. STANHOPE, M.; LANCASTER, J. – **Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Loures: Lusociência, 1999.

APÊNDICE 8 - Documento de Observação

Hospital ……	**Serviço Cirurgia**	
Equipa : Médicos _____, a fazer Noites _____ Enf.os_____ a fazer Turnos _____A O _____ a fazer Turnos_____		
Local	**Equipamentos**	
Sala de Enfermagem	• Bancadas de registos • Cadeiras • Postos de computador • Registos informáticos? • Quantos enf. por computador • Cadeirões • Lâmpadas	A análise dos postos de trabalho, observando as posturas assumidas, que são influenciadas pelas características do mobiliário são factor de risco para as Lesões músculo-esqueléticas associadas ao trabalho (Serranheira, 2005). As características dos utentes, porque o contacto com situações de doença aguda ou crónica e o sofrimento, e morte, desencadeiam muitas vezes ansiedade (Costa, 2009) A cor e quantidade de luz interfere no ciclo vigília-sono (Manzano e Silva, 2009)
Utentes	• Entrada pela consulta • Entrada pela urgência • Grau de dependência • Grau de Gravidad	
Salas dos utentes	• N.º unidades por sala • N.º cadeirões por sala • Camas com elevação vertical • Elevador de doentes	As condições de trabalho, os equipamentos existentes e o rácio utente/profissional de saúde condicionam a carga física ((Sagehomme, 1997; Serranheira, 2005)
Sala de Pausa	• Existe? • Equipamentos?	Os profissionais têm sala de pausa que lhes permita realizar a ceia? (Rogers, 1997)

ROGERS, Bonnie (1997) - **Enfermagem do Trabalho**. Loures. Lusociência. ISBN 972-8383-03-7
SAGEHOMME, D (1997) – **Por um trabalho melhor.** Coimbra. FORMASAU. ISBN 972-96680-6-X
SERRANHEIRA et al (2005) – "Lesões Músculo-Esqueléticas (LME) e Trabalho" . **Saúde e Trabalho**. Sociedade Portuguesa de Medicina do Trabalho. Agosto 2005

APÊNDICE 9 – Relatório de Observação.

Hospital ……. - Serviço Cirurgia Secção B - Visita realizada a 4 de Novembro de 11

Equipa : Médicos 4 , a fazer Noites 3 Enf.os 12 a fazer Turnos 11 A O 8 a fazer Turnos 6

Local	Equipamentos	Observações
Sala de Registos (Médicos e Enf.os)	• Bancadas de registos • Cadeiras/ Cadeirões • Postos de computador Registos informáticos? • Quantos profissionais por computador • Lâmpadas	Sala de reuniões com uma mesa central e secretárias laterais com 3 postos de computador, os registos de enfermagem não são informatizados. Existem 3 computadores para 4 médicos. Existem cadeiras almofadadas Não existem cadeirões Lâmpadas brancas
Utentes	• Entrada pela consulta • Entrada pela urgência • Grau de dependência • Grau de Gravidade	Admissão pela consulta ou através dos 6.1, 6.2,6.3. Através da urgência: raramente Dependência: pouco frequente por necessidade de repouso, quando há é por questões de necessidade de repouso e não por incapacidade. São geralmente doentes crónicos (a úlcera de perna e pé diabético são as situações mais comuns. O que se torna mais pesado para a equipa é a rotina.
Salas dos utentes	• N.º unidades por sala • N.º cadeirões por sala • Camas com elevação vertical • Elevador de doentes	A enfermaria tem 14 unidades, distribuídas por quartos de 2 a 4 camas. Tema cadeirões para cerca de metade dos utentes Duas camas com elevação vertical, mas pelo tipo de doentes é o suficiente Não têm elevador de doentes quando é necessário pedem emprestado
Sala de Pausa	• Existe? • Equipamentos?	A sala de pausa é a antiga copa que tem os equipamentos necessários para realização de pequenas refeições. Tem uma mesa cadeiras, maquina café frigorífico e microondas

APÊNDICE 10 – Plano da Sessão de Educação para a Saúde

Estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, - Área de Especialização Enfermagem Comunitária

Plano de Sessão de Educação para a Saúde:

O impacto do trabalho nocturno na saúde

Fundamentação:

O trabalho nocturno é uma realidade na nossa sociedade e mesmo sendo reconhecidos os efeitos na saúde física, psíquica e social, não é possível eliminá-lo. É um problema real, comprovado mas nem sempre conhecido, ou reconhecido quer por quem o pratica, quer pelos dirigentes e administradores. Os hospitais são locais onde é indispensável o trabalho nocturno. A organização do trabalho por turnos, principalmente o trabalho realizado à noite provoca uma inversão do ciclo sono/vigília, o trabalhador está a trabalhar numa altura em que o organismo se prepara para dormir (Silva, 2000; Silva et al, 2011). Mas, não é apenas o sono/descanso que fica alterado com este tipo de horário, a vida social de quem trabalha durante a noite também é afectada, por incompatibilidades de tempo para actividades de lazer e outras necessidades, quer com família e amigos. Estes trabalhadores apresentam frequentemente dificuldades para o convívio social. (Clancy e McVicar, 1995; Harrigton, 2001)

Objectivos:

- Transmitir nos trabalhadores a noção do risco para saúde associado ao trabalho nocturno
- Informar quais as estratégias e medidas de prevenção de minimização dos efeitos do trabalho nocturno
- Promover a adopção das estratégias divulgadas

Realização:

Data, local e hora

Conteúdo Programático:

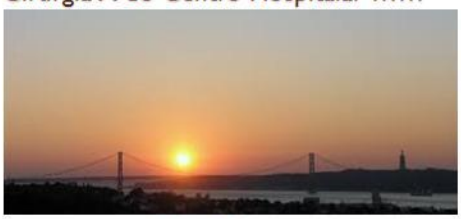
- O sono como necessidade básica. O sono REM e NREM. As necessidades de sono ao longo da vida.
- Definição de trabalho. Impactos do trabalho no equilíbrio físico e social. Alterações causadas pelo trabalho nocturno. Consequências da privação de sono.
- Apresentação de resultados: caracterização socio-demográfica, caracterização do trabalho, sono e fadiga (hábitos de sono, realização de sesta, perturbações do sono e fadiga), saúde e bem-estar (cardiovascular, gastrointestinais e saúde mental) e perturbação da vida social e doméstica.
- Estratégias colectivas e individuais

Metodologia:

Expositiva com interacção com os participantes

APÊNDICE 10 – Diapositivos da Sessão

O impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde do Serviço de Cirurgia X do Centro Hospitalar .....



Cristina Colaço
Aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem
Especialidade de Saúde Comunitária

Professora Orientadora: Professora Doutora Mª Manuel Quintela
Orientação de Estágio no Serviço de Saúde Ocupacional: Enfª Teresa Alves

Lisboa, Janeiro 2012

1

O impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde do Serviço de Cirurgia X do Centro Hospitalar…

Objectivos

- Divulgar os resultados do inquérito aplicado aos profissionais que realizam turnos
- Sensibilizar e divulgar estratégias para minimizar os efeitos do Trabalho Nocturno

Sumário

- As características do sono
- Trabalho Nocturno
- Apresentação de resultados
- Estratégias de minimização das consequências do Trabalho Nocturno

2

Sono

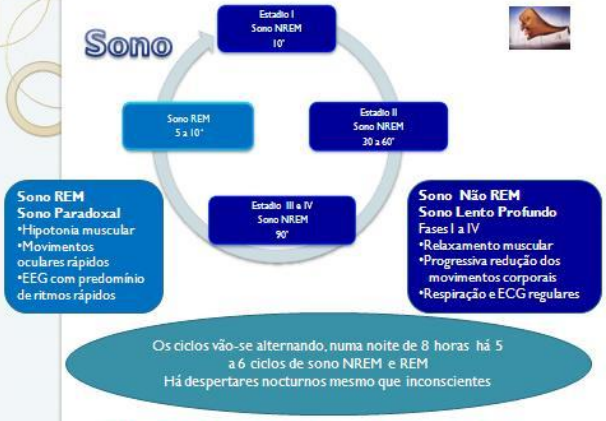
"O sono é caracterizado por uma diminuição da consciência, redução dos movimentos musculares esqueléticos e lentificação do organismo. Tem função restauradora essencial na consolidação da memória"

(Silva et al, 2011)

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

3

Sono



O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

4

Sono

In www.centrodosono.com

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

5

Trabalho Nocturno

Fotografia de Pedro Capoulho

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

6

Trabalho Nocturno

Trabalho Nocturno pode ser definido como: "todo o trabalho que se realize durante o período de pelo menos 7 horas consecutivas, que abranja o intervalo compreendido entre a meia-noite a as 5 horas da manhã".

(Organização Internacional do Trabalho, 1985)

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

7

Trabalho Nocturno

"A organização do trabalho por turnos principalmente o trabalho realizado à noite

- provoca uma inversão do ciclo sono-vigília, o trabalhador está a trabalhar numa altura em que o organismo se prepara para dormir." (Silva, 2000; Silva et al., 2010)

"A não conciliação de horários e a necessidade de utilizar o tempo livre para se recuperar do desgaste do trabalho,

- afectam o tempo e qualidade da convivência." (Fischer et al., 2002)

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

8

Trabalho Nocturno

Alterações causadas /referidas pelo trabalho nocturno:

- Distúrbios do sono
- Alterações gastrointestinais e cardiovasculares
- Alterações da vida social e familiar

(Barnes, 2008; Costa, 2009)

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

9

Trabalho Nocturno

Consequências da Privação Crónica de Sono
Sonolência
Dores de cabeça
Insónia
Fadiga e falta de vigor
Ansiedade e irritabilidade
Falta de concentração
Problemas de memória
Depressão e esgotamento
Diminuição da imunidade
Aumento do risco de diabetes
Excesso de peso e aumento do risco de Obesidade
Aumento do risco de hipertensão arterial
Aumento do risco de morte por qualquer causa
Aumento do risco de acidentes
Incapacidade para o trabalho (Paiva,2008,centro do sono)

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

10

Centro Hospitalar
.....

Apresentação de resultados

Estudo realizado no
Serviço de Cirurgia x
no Centro Hospitalar ...

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

11

Apresentação de resultados

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

12

Apresentação de resultados

População - 108

Médicos 23	Enfermeiros 61	Assistentes Operacionais 24

Amostra = 68

63%

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

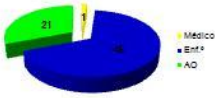
13

Apresentação de resultados

Caracterização Socio-Demográfica

Género	Idade	Estado civil
• Feminino 61 • Masculino 7	• Média – 39 anos • Máximo - 62 anos • Mínimo - 23 anos	• Casado 42 • Solteiro 22 • Separado 4

Distribuição segundo o Grupo Profissional



O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

14

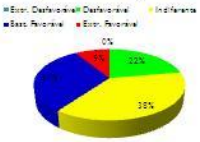
Apresentação de resultados

Caracterização Socio-Demográfica

N.º de pessoas dependentes de cuidados

Número de pessoas dependentes	Frequência
0	36
1	16
2	8
3	2
4	2

Opinião do companheiro



Padrão de Trabalho do companheiro

Padrão de horário	Freq.
Trabalho diurno	22
Turnos rotativos com noites	23
Turnos rotativos sem noites	6
Noites permanentes	1
Outro	1

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

15

Apresentação de resultados

Caracterização do trabalho

Número de Anos de Trabalho

Média	14,9 anos
Máximo	44 anos
Mínimo	6 meses
Moda	5 anos

Anos em trabalho por turnos

Média	12 anos
Máximo	31 anos
Mínimo	6 meses
Moda	11 anos

Satisfação Geral no Trabalho

Escala 1 a 5

Média – 3,9

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

16

Apresentação de resultados

Caracterização do trabalho

CARACTERIZAÇÃO DO TRABALHO /TURNO	M	T	N
Muitíssimo leve	–	–	–
Muito leve	–	1	3
Mais ou Menos a mesma coisa	17	31	36
Muito pesado	33	28	22
Muitíssimo pesado	18	5	5

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

17

Apresentação de resultados

Caracterização do trabalho

Vantagens do trabalho nocturno

Sem dúvida que não	11
Provavelmente não	10
Talvez	23
Provavelmente sim	14
Sem dúvida que sim	10

24

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

18

Apresentação de resultados

Sono e Fadiga - Hábitos de sono

Turno de Trabalho	Média horas	Máximo horas	Mínimo horas	Moda horas
Manhã	6:30	9	3:25	6
Tarde	8:20	11	5	9
Noite	9	14:30	6:30	10
Entre Noites	4	8:30	0	4
Última Noite	2:35	8	0	0
Folga	9	12	6:30	10

Não dormem após trabalho nocturno

- Entre Noites • 10
- Após última Noite • 22 + 4 NR

26 – 38,2%

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

19

Apresentação de resultados

Sono e Fadiga - Hábitos de sono

Comparação entre horas dormidas e percepção de horas necessárias de sono

	Horas dormidas	Horas necessárias
Média	6:30	7:35
Máximo	8:45	10:30
Mínimo	3:45	5
Moda	7	8

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

20

Apresentação de resultados

Sono e Fadiga - Hábitos de sono

Hábitos de Sesta

Turno	Faz	Não Faz
Manhã	5	28
Tarde	1	32
Noite	9	24
Folga	6	25

Não responderam: 35

O tempo das sestas é cerca de 2 a 3 horas

Quem faz sesta na Manhã ou na Folga deita-se às 23 ou 24h

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

21

Apresentação de resultados

Sono e Fadiga - Hábitos de sono

Perturbação do sono – "Questionário do Sono"

- Sem perturbação • 2 – 2,9%
- Perturbação Ligeira • 23 – 33,9%
- Perturbação Moderada • 38 – 55,9%
- Perturbação Acentuada • 5 – 7,4%

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

22

Apresentação de resultados

Sono e Fadiga - Hábitos de sono

Perturbação do sono – "Questionário do Sono"

Inclui questão sobre utilização de comprimidos para dormir

- Apenas 10 pessoas tomam Raramente ou Algumas vezes comprimidos para dormir na noite anterior ao Turno da Manhã
- Apenas 8 pessoas tomam Raramente ou Algumas vezes comprimidos para dormir na noite anterior ao Turno da Tarde
- Apenas 5 e 4 pessoas tomam comprimidos para dormir Raramente ou algumas vezes no nas noites dos dias do Turno da Noite e na Folga

Escala de "Fadiga Crónica"

Numa Escala de 1 a 5 em que:
1 corresponde a "De modo nenhum" e
5 corresponde a "Sim Muito"

Média	3
Máximo	3,9
Mínimo	1,6
Moda	3

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

23

Apresentação de resultados

Saúde e Bem Estar

"Questionário de Saúde Física"

Classificação de presença de sinais e sintomas	Gastrointestinais	Cardio-vasculares
Frequentes	0	0
Pouco Frequentes	25	19
Inexistentes	43	49

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

24

Apresentação de resultados

Saúde e Bem Estar

Hábitos de consumo de tabaco, álcool e café aumento após inicio de turnos – 61 respostas

Consumo de tabaco	
9 fumadores	Aumento em 4 pessoas

Consumo de Álcool	
3 consumidores	Aumento numa pessoa

Consumo de café		
49 consumidores	Aumento em 27 pessoas	Média de 2.5 cafés por dia

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

25

Apresentação de resultados

Saúde e Bem Estar

"Questionário Geral de Saúde"

Abrange os níveis recentes de auto-confiança, perda de sono, depressão e resolução de problemas. Teste de triagem de alterações menores de saúde mental.

Sem Perturbação	0
Perturbação Moderada	6
Perturbação Acentuada	61

Solicita-se às pessoas para pensar sobre a sua saúde ao longo das últimas semanas e responder às perguntas de acordo com o que sentem relativamente por exemplo: à capacidade de lidar com os problemas e tomar decisões, prazer nas actividades, pressão sentida, confiança em si próprio, perturbação do sono por preocupações sentidas.

(Barton et al. ; Costa, 2009)

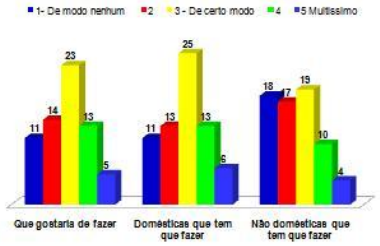
O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

26

Apresentação de resultados

Perturbação da vida social e doméstica

Interferência do sistema de turnos no tipo de Actividade



O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

27

Dormir bem, viver melhor

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

28

Dormir bem, viver melhor

"Os que dormem bem e gostam de dormir podem sentir-se felizes por serem robustos numa função essencial. O sono é partilhado por inúmeras espécies animais e tem sido vital à sobrevivência das mesmas ao longo de milhões de anos"

(Paiva, 2008)

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

29

Dormir bem, viver melhor

ESTRATÉGIAS

Medidas colectivas

Medidas individuais

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

30

Dormir bem, viver melhor

Medidas colectivas

- Os turnos devem rodar no sentido horário – sequência : Manhã – Tarde – Noite (Glancy e McVicar, 1995;Harrington,2001;Moreno et al, 2003; Paiva, 2008)
- Ritmo semanal de 7 dias (Moreno et al, 2003; Paiva, 2008)
- Não exceder 5 turnos de 8 horas ou 4 de 12 por semana (Paiva, 2008)
- Evitar trabalho diurno e aos fins-de-semana excessivo (Moreno et al, 2003; Paiva, 2008)
- Promover o desenvolvimento da capacidade de decisão (Moreno et al, 2003; Paiva, 2008)
- Promover a realização de exames médicos periódicos (Harrington, 2001; Moreno et al, 2003)

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

31

Dormir bem, viver melhor

Medidas individuais - Higiene do sono

"Tratar" bem o sono

Alimentação

Exercício físico

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

32

Dormir bem, viver melhor

Higiene do sono "Tratar "bem o sono

- Manter um horário regular para dormir;
- Dormir o número de horas necessárias;
- Reservar o quarto para o sono, relaxamento e actividade sexual;
- Manter ambiente agradável no quarto: escuro e silencioso;
- Cama agradável: colchão nem rígido nem macio;
- Temperatura amena;
- Evitar "levar" preocupações para a cama;
- Evitar ver Televisão, ou ler;
- Não se expor a luz intensa perto da hora de dormir;
- Apanhar sol de manhã.

(Moreno et al, 2003; Poyares et al.,2003;Bahia, 2006; Paiva, 2008,)

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

33

Dormir bem, viver melhor

Higiene do sono Alimentação

- Manter um horário de refeições regular;
- À noite ingerir refeições "leves";
- Não ir dormir com fome;
- Não ingerir demasiados líquidos antes de dormir;
- Não ingerir cafeína após o meio da tarde;
- Não ingerir bebidas estimulantes, álcool nem fumar perto da hora de dormir.

(Moreno et al, 2003; Poyares et al. 2003; Bahia, 2006; Paiva, 2008,)

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

34

Dormir bem, viver melhor

Higiene do sono Exercício físico

- Praticar exercício físico regularmente;
- Terminar o exercício físico 3 horas antes de dormir;
- Tomar um banho quente 2 horas antes de deitar.

(Moreno et al, 2003; Poyares et al, 2003; Bahia, 2006; Paiva, 2008,)

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

35

Dormir bem, viver melhor

Após o Trabalho nocturno

- Evitar a luz solar;
- Utilizar óculos escuros;
- Planear as tarefas familiares ou domésticas para o período da tarde;
- Escurecer o quarto;
- Tentar dormir um período de 6 horas;
- Evitar conduzir;
- Fazer uma sesta profilática no dia que antecede o trabalho nocturno;
- Expor-se a luz intensa no fim do dia, nos dias em que tem trabalho nocturno.

(Moreno et al, 2003; Bahia, 2006; Paiva, 2008)

O Impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde

36

Bibliografia

- BAHIA, Marliana (2008). Impacto da higiene do sono em doentes com síndrome de apneia obstrutiva do sono. Revista Portuguesa de Pneumologia. Vol. XIII N.º2 Março/Abril. P. 147-176
- BARRETO, Diana (2008)"Implicações do Trabalho Nocturno na Saúde e na Vida Social e Familiar dos Trabalhadores de Turnos Industriais". Porto de Lima. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências da Saúde.
- BARTON, J; FOLKARD,S; SMITH,L.R.; SPELTENE,R.; TOTTERDELL, P.A. Shiftwork Research Team, MRC/ESRC Social and Applied Psychology Unit. STANDARD SHIFTWORK INDEX MANUAL. www.sheffield.ac.uk, acesso a 6 de Setembro de 2011
- CLANCY, J; MOVICAR (1999) –"Ritmos circadianos 2: o trabalho por turnos e a saúde". Nursing ISBN 0871-6196.Set 1996. Ano 8. N.92
- COSTA , Isabel (2009) "Trabalho por Turnos, Saúde e Capacidade para o trabalho dos Enfermeiros". Coimbra. Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina. Dissertação de Mestrado.
- FISCHER, et al. (2002) "Percepção de sono : duração, qualidade e sieste em profissionais da área de enfermagem". Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (5): 1261 – 1269, Set-Out 2002
- HARRINGTON, J.M "Health effects of shiftwork and extended hours of work". Occup Environ Med 2001 58: 68-72, Published by group.bmj.com
- MORENO et al. "A saúde do trabalhador na Sociedade 24 horas". São Paulo em Perspectiva, 17(1): 34-46, 2003.
- PAIVA, Teresa, "Bom sono, boa vida" (2008) 6ª Edição. Alfragide: Oficina do Livro. ISBN 978-989-555-350-1.
- POYARES , Dalva, et al. (2003) I Concenso Brasileiro de Insônia. Hypnos.
- Organização Internacional do Trabalho (1989) . Convenção 171.
- SILVA, Isabel (2000) "Sistemas de turnos: que contributos da cronopsicobiologia para a sua concepção?" Psicologia teoria, investigação e prática. Braga, vol. 5,nº 2 (Outubro 2000) p.389-409.
- SILVA, et al. (2011) "Trabalho nocturno e a sua repercussão na saúde dos enfermeiros" EEC. Anna Nery. Brasil Abr-Jun 2011. Vol 15 (2) p. 270-275.

37

Bom Sono

38

APÊNDICE 12 - Cartaz

Saúde Ocupacional

O impacto do Trabalho Nocturno nos Profissionais de Saúde do Serviço de Cirurgia 6 do CHLC

Cristina Colaço - Aluna do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Especialidade de Saúde Comunitária
Professora Orientadora: Professora Doutora M.ª Manuel Quintela Orientação de Estágio SSO c[redacted] Enf.ª Teresa Alves

A necessidade de assistência e prestação de cuidados ao longo de 24 horas, exige que os profissionais de saúde realizem Trabalho por Turnos, incluindo Trabalho Nocturno. No entanto, trabalhar durante a noite, quando o organismo se prepara para dormir, origina alterações da saúde em quem o pratica.
Trabalhar por turnos, nomeadamente no turno da noite, provoca: distúrbios do sono, perturbações gastrointestinais e cardiovasculares e alterações da vida social e familiar.
Os distúrbios do sono, associados ao Trabalho Nocturno ou não, só por si causam: sonolência, insónia, alterações do humor, irritabilidade, fadiga, dores de cabeça, depressão, problemas de memória e concentração, diminuição da imunidade, aumento do risco de diabetes, do risco de excesso de peso, do risco de hipertensão arterial, do risco de alguns tipos de cancro e do risco de acidentes.

RESULTADOS Em Novembro de 2011 foi aplicado um questionário de avaliação do impacto do trabalho nocturno nos profissionais de saúde do Serviço de Cirurgia [redacted] apresentam-se alguns resultados:

População – 108
Respostas - 68

Médicos	Enf.os	A O
1	46	21

Numa escala de 1 a 5 a média de classificação da satisfação no trabalho foi de 3,9

Vantagens do trabalho por turnos

- Talvez - 23
- Provavelmente sim - 14
- Sem dúvida que sim - 10

Média de horas de sono

Dormidas 6: 30

Necessárias/ Referidas 7:35

Perturbação do sono – "Questionário do Sono"

- Sem perturbação • 2 – 2,9%
- Perturbação Ligeira • 23 – 33,9%
- Perturbação Moderada • 38 – 55,9%
- Perturbação Acentuada • 5 – 7,4%

- Manter um horário regular para dormir
- Dormir o número de horas necessárias, no adulto, o aconselhável são 7 a 8 horas
- Reservar o quarto para o sono e relaxamento
- Manter ambiente agradável no quarto
- Cama agradável, temperatura amena
- Evitar "levar" preocupações para a cama
- Evitar ver televisão, ou ler
- Ingerir alimentos com triptofano (leite, mel, banana, abacate, batata, feijão, lentilhas, nozes, castanhas)
- Não se expor a luz intensa perto da hora de dormir
- Não ingerir estimulantes, nem grandes refeições
- Não ingerir líquidos, álcool ou fumar antes de dormir

Antes do Trabalho Nocturno

- Fazer uma sesta profiláctica no dia que o antecede
- Expor-se a luz intensa no fim do dia que o antecede

Após o Trabalho Nocturno

- Evitar a luz solar, usar óculos escuros
- Planear as tarefas familiares ou domésticas para o período da tarde
- Escurecer o quarto
- Tentar dormir 6 horas
- Evitar conduzir

BARTON, J.; FOLKARD,S.; SMITH,L.R.; SPELTEN,E.R.; TOTTERDELL, P.A. Shiftwork Research Team, MRC/ESRC Social and Applied Psychology Unit. STANDARD SHIFTWORK INDEX MANUAL www.workingtime.org.
CLANCY, J.; MCVICAR (1995) – "Ritmos circadianos 2: o trabalho por turnos e a saúde". Nursing ISSN 0874-6196 Set 1995. Ano 8, N 92.
COSTA, Isabel (2008) "Trabalho por Turnos, Saúde e Capacidade para o trabalho dos Enfermeiros". Coimbra. Universidade de Coimbra. Faculdade de Medicina. Dissertação de Mestrado.
FISCHER, et al. (2002) "Percepção de sono : duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem". Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18 (5): 1261 – 1269, Set-Out 2002
MORENO et al. "A saúde do trabalhador na Sociedade 24 horas". São Paulo em Perspectiva,17 (1): 84-46, 2003.
SILVA, et al. (2011) "Trabalho noturno e a sua repercussão na saúde dos enfermeiros". EEC. Anna Nery. Brasil Abr-Jun 2011. Vol 15 (2) p. 270-276.
PAIVA, Teresa, "Bom sono, boa vida" (2008) 6ª Edição. Alfragide: Oficina do Livro. ISBN 978-989-555-950-1.

APÊNDICE 13 – Plano da Acção de formação

Estágio do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem, - Área de Especialização Enfermagem Comunitária

Plano de Sessão de Educação para a Saúde:

O impacto do trabalho nocturno na saúde dos profissionais de saúde

Fundamentação:

Os efeitos na saúde da prática de trabalho nocturno são frequentemente desconhecidos ou desvalorizados. 43 dos 68 trabalhadores estudados apresentam perturbação moderada ou acentuada do sono. 24 dos 31 trabalhadores que responderam à questão, não fazem sesta profilática e 26 não dormem após o turno da noite

Objectivos:

- Mobilizar os conhecimentos dos profissionais de saúde ocupacional sobre os riscos para saúde associados ao trabalho nocturno
- Informar os profissionais de saúde ocupacional das estratégias e medidas de prevenção de minimização dos efeitos do trabalho nocturno

Realização:

Data, local e hora

Conteúdo Programático:

As características do sono Consequências do trabalho nocturno Divulgação de resultados Estratégias para minimizar os efeitos do trabalho nocturno

Metodologia:

Expositiva com interacção com os participantes

APÊNDICE 14 – Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde

Avaliação das Sessões de Educação para a Saúde

Para avaliação da Sessão de Educação para a Saúde, foi preenchido, no fim da sessão, pelos participantes, anonimamente um pequeno questionário com 9 afirmações cujas respostas são dadas através de uma escala de Likert de classificação de concordância com as afirmações.

1 – Discordo
2 – Discordo parcialmente
3 – Não concordo nem discordo
4 – Concordo parcialmente
5 – Concordo

No Quadro seguinte podem observar-se as respostas obtidas.

Quadro - Avaliação da Sessão de Educação para a Saúde

Descritivo/ Valor atribuído	1	2	3	4	5
A -Esta acção correspondeu às minhas expectativas				4	6
B - Os conteúdos foram interessantes				2	8
C - Os conteúdos estão relacionados com a minha realidade no trabalho		1	1	4	4
D - Eu já conhecia as informações dadas sobre os efeitos do trabalho nocturno		1	4	3	2
E - Eu já conhecia as informações que forma dadas sobre medidas colectivas apresentadas		2	5	3	
F - Eu já conhecia as medidas individuais relacionadas com o "Tratar bem o sono"		2	3	5	
G - Eu já conhecia as medidas Individuais relacionadas com a alimentação e exercício físico		2	4	4	
H - Eu já conhecia as Indicações de cuidados a ter depois do trabalho nocturno		1	4	5	
I - As medidas são possíveis de colocar em prática			3	4	3

Nas afirmações A e B onde se avaliava o interesse da sessão, todas as respostas foram "Concordo" e " Concordo totalmente". A afirmação C avaliava a adequação da sessão à realidade do trabalhador, 8 resposta foram afirmativas. Quanto ao conhecimento dos trabalhadores sobre os efeitos do trabalho nocturno, 1 respondeu "Discordo" e 4 " Não concordo nem discordo", 2 responderam já conhecer. Nas questões E, F, G e H avaliava-se a percepção dos conhecimentos sobre medidas preventivas, as respostas foram de

metade ou mais de metade em “Discordo” ou “Não concordo nem discordo”. Sobre a exequibilidade de colocar as medidas apresentadas houve 7 respostas em “ Concordo” e “Concordo totalmente”, ninguém as considerou não exequíveis.

APÊNDICE 14 – Documento de Avaliação do Projecto - Questionário

Avaliação

“Viver bem, dormir melhor” – Fevereiro 2012

1- Assinale as seguintes afirmações com Verdadeiro – V ou Falso - F

A – O Trabalho por Turnos, nomeadamente o trabalho nocturno é inócuo para a saúde. ☐

B – Quem trabalha por turnos, dorme menos e tem um sono de pior qualidade. ☐

C –A privação crónica de sono pode provocar, entre outros: dores de cabeça, problemas de memória, depressão, diminuição da imunidade, aumento do risco de hipertensão arterial ☐

2- Mencione 4 medidas de “Higiene do sono”, que minimizem os efeitos do trabalho por turnos, com realização de trabalho nocturno.

1._____
2._____
3._____
4._____

3 – Na saída do turno da noite podem tomar-se algumas medidas no sentido de minimizar os efeitos do trabalho nocturno. Enumere três.

1._____
2._____
3._____

APÊNDICE 15 – Guião da entrevista

“Dormir Bem, Viver Melhor”

Guião de Entrevista semi-estruturada – Fevereiro de 2012

1 – O trabalho por turnos é um risco psicossocial, considera necessário a existência de trabalhos nesta área?

2- São conhecidos e estudados os efeitos do trabalho por turnos, com realização do turno nocturno. Por favor, enumere algumas das consequências.

3- A adopção de medidas de “Higiene do sono” é absolutamente necessária na prevenção das consequências do trabalho por turnos. Enumere, por favor, algumas medidas.

4 – Considera viável em Consulta de Enfermagem, nomeadamente em contexto de Exame de Vigilância de Saúde Periódico, abordar o tema das consequências do trabalho por turnos, com realização de trabalho nocturno?