



Sono, qualidade de vida e humor em profissionais de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Infantil

Sleep, quality of life and mood of nursing professionals of Pediatric Intensive Care Units
Sueño, calidad de vida y humor en profesionales de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos Infantiles

Priscilla Caetano Guerra¹, Nilton Ferraro Oliveira¹, Maria Teresa de Sande e Lemos Ramos Ascensão Terreri², Claudio Arnaldo Len²

Como citar este artigo:

Guerra PC, Oliveira NF, Terreri MTR, Len CA. Sleep, quality of life and mood of nursing professionals of pediatric intensive care units. Rev Esc Enferm USP. 2016;50(2):277-283. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000200015>

¹ Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Departamento de Pediatria, São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo, Escola Paulista de Medicina, Professor Adjunto, Departamento de Pediatria, Setor de Reumatologia, São Paulo, SP, Brasil.

ABSTRACT

Objective: To assess sleep, quality of life and mood of nursing professionals of pediatric intensive care units. **Method:** Quantitative, cross-sectional and descriptive study. Professionals grouped by morning, afternoon and evening shifts were assessed by means of the instruments: Morningness-Eveningness Questionnaire; Pittsburgh Sleep Quality Index; Epworth Sleepiness Scale; Generic questionnaire for the assessment of quality of life (SF-36); Beck Depression Inventory; Beck Anxiety Inventory; State-Trait Anxiety Inventory. **Results:** Sample consisted of 168 professionals, with prevalence of neutral typology (57.49%). There was no statistical significance regarding sleep, despite scores showing a poor quality of sleep and excessive daytime sleepiness for the three shifts. Quality of life did not reveal any statistical significance, but in the field “social role functioning” of the evening shift, a lower score was observed ($p < 0.007$). There was no statistical significance regarding levels of anxiety and depression. **Conclusion:** The results suggest that these professionals may present sleeping problems, but they do not have lower scores of quality of life or mood disorders. Likely explanations for these findings may include an adaptation to their work type over time and the fact that working with children is rewarding.

DESCRIPTORS

Sleep; Quality of Life; Mood Disorders; Nursing Team; Shifts Work; Intensive Care Units, Pediatric.

Autor correspondente:

Claudio A. Len
Rua Borges Lagoa, 802
CEP 04083-002
São Paulo, SP, Brasil
claudiolen@gmail.com

Recebido: 05/04/2015
Aprovado: 29/01/2016

INTRODUÇÃO

Os profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal são submetidos a uma carga de trabalho intensa e estressante, uma vez que lidam com vidas de pacientes em risco e são obrigados a tomar decisões muitas vezes complexas. Além disto, trabalham em turnos, em finais de semana e feriados, fato que os diferencia quanto ao regime laboral de outras atividades⁽¹⁾.

Estudos mostram que este tipo de atividade tem um impacto no sono, qualidade de vida e humor⁽²⁻⁴⁾. Portanto, a mensuração destes aspectos é importante para que se conheça com maior profundidade a rotina dos enfermeiros e seus efeitos na equipe multiprofissional.

As queixas relacionadas ao sono são comuns entre aqueles que trabalham em escala de plantões. O trabalho em turnos favorece o aumento da sonolência diurna e a diminuição dos estados de alerta do indivíduo, propiciando um maior risco de ferimentos e acidentes de trabalho⁽²⁾. Estes achados foram observados em estudo⁽⁵⁾ que avaliou a qualidade do sono de enfermeiros que trabalham em unidades de terapia intensiva através do questionário *The Pittsburgh Sleep Quality Index* (PSQI). Os autores demonstraram que a qualidade do sono dos profissionais de enfermagem é ruim, podendo comprometer o desempenho no trabalho.

Apesar da subjetividade do conceito de qualidade de vida, dispomos de questionários objetivos para a sua mensuração, o questionário genérico *SHORT FORM 36 – SF-36. Medical Outcomes Study 36 – Item Short Form Health Survey*⁽⁶⁾, que engloba oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Sabemos que regime de trabalho em turnos e envolvendo pacientes críticos pode ter um impacto em várias dimensões da qualidade de vida dos profissionais de enfermagem⁽³⁾. Por outro lado, o número de estudos sobre o tema é reduzido, além do fato de observarmos diferenças importantes nos variados ambientes de trabalho e nas características dos pacientes⁽⁷⁾. Nossa hipótese é que a qualidade de vida dos profissionais de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal possa estar comprometida.

Tão importante quanto a avaliação do sono e da qualidade de vida, faz-se necessária a detecção de transtornos do humor, como o aparecimento de ansiedade, depressão, irritabilidade, angústia, tensão, confusão, fadiga, alterações psicofuncionais, como dificuldade de relacionamento, alteração do humor e prejuízo nas relações familiares⁽⁴⁾. Supomos que o fato de cuidar de crianças e adolescentes possa estar associado a transtornos do humor na equipe de saúde, uma vez que estes pacientes apresentam particularidades técnicas, como, por exemplo, dificuldades no acesso venoso, além da pressão dos familiares. Entretanto, não identificamos estudos voltados para a mensuração de transtornos do humor em enfermagem de unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal.

Após realizarmos extensa revisão sobre este tema, observamos que é escasso o número de publicações que envolvem profissionais de enfermagem que trabalham em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal⁽⁷⁾. E pelo nosso

conhecimento, este é o primeiro estudo baseado em questionários para a avaliação do sono, da qualidade de vida e do transtorno do humor destes profissionais em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal. Todos os questionários foram traduzidos e validados para a língua portuguesa e são autoadministrados e de fácil interpretação, ademais, clinicamente útil para avaliação dos respectivos transtornos por eles mensurados. Desta forma, nos motivamos a avaliar em uma mesma população, por meio de instrumentos padronizados, os três aspectos em questão: 1) Qualidade do sono; 2) Qualidade de vida e 3) Presença de transtornos do humor em profissionais de enfermagem agrupados em turnos de trabalho (matutino, vespertino e noturno).

MÉTODO

O estudo caracterizou-se por ser quantitativo, transversal e descritivo. Foi realizada coleta de dados primários por meio de questionários aplicados aos sujeitos.

A pesquisa foi efetuada no período de novembro de 2012 a abril de 2014 em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal de cinco hospitais-escola de uma região metropolitana.

Participaram deste estudo (n=168) profissionais de enfermagem distribuídos nos turnos da manhã (69), tarde (29) e noite (70), sendo que estes variavam de acordo com os contratos de trabalho estabelecidos, podendo ser de seis, oito e doze por trinta e seis horas.

A seleção foi consecutiva, e todos os profissionais presentes no turno foram convidados a participar.

A coleta de dados foi efetuada pela própria pesquisadora (P.C.G.), que acompanhou e forneceu orientações sobre o preenchimento dos questionários autorrespondidos durante os períodos de intervalo dos plantões ou na entrada e saída dos profissionais, esclarecendo eventuais dúvidas.

Objetivando maior adesão dos sujeitos, quando os enfermeiros estavam desempenhando ações que não deviam ser interrompidas, os questionários foram entregues e foi estipulado um prazo de até sete dias para a devolução.

A investigação foi iniciada após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética local, sob o número do parecer 110.472. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Protocolo para Coleta de Dados Demográficos: elaborado pela equipe de pesquisa para este estudo, constou de perguntas que caracterizassem os dados sociodemográficos dos profissionais de enfermagem.

Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI): mensuração da qualidade de sono. O questionário consiste em 19 questões autoadministradas, agrupadas em sete componentes: qualidade subjetiva do sono, latência para o sono, duração do sono, eficiência habitual do sono, transtornos do sono, uso de medicamentos para dormir e disfunção diurna. O escore global varia de 0 a 21, e quanto maior a pontuação, pior a qualidade do sono. Um escore global do PSQI > 5 indica que o indivíduo está apresentando grandes dificuldades em pelo menos dois componentes, ou dificuldades moderadas em mais de três componentes⁽⁸⁻⁹⁾, denotando, desta forma, qualidade do sono boa ou ruim.

Escala de Sonolência Epworth (ESS): questionário autoadministrado, refere-se à possibilidade de cochilar em oito situações cotidianas. Consiste em uma escala de 0 a 3, onde 0 corresponde a nenhuma e 3 a grande probabilidade de cochilar⁽¹⁰⁻¹¹⁾. ESS \leq 10 corresponde à ausência de sonolência; ESS = 11-15 sugere sonolência diurna excessiva; ESS \geq 16 indica sonolência grave.

Questionário de Identificação Matutinação-Vespertinidade (IMV): questionário para identificação dos indivíduos quanto à matutinação-vespertinidade. O resultado do questionário corresponde a um escore final que pode variar de 86 a 16 pontos. De 86 a 70 representa indivíduos matutinos; de 69 a 59, indivíduos relativamente matutinos; de 58 a 42, neutros; de 41 a 31, relativamente vespertinos; de 30 a 16, indivíduos vespertinos⁽¹²⁻¹³⁾.

Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36): mensura a qualidade de vida. É um questionário multidimensional formado por 36 itens englobados em oito escalas ou componentes: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Apresenta um escore final de 0 a 100, no qual zero corresponde ao pior estado geral de saúde e cem ao melhor estado de saúde^(6,14).

Inventário de Depressão de Beck (BDI): este inventário discrimina indivíduos normais de deprimidos ou ansiosos, e é uma escala autoaplicada. O instrumento é composto por 21 categorias de sintomas e atitudes que descrevem manifestações comportamentais, cognitivas, afetivas e somáticas da depressão. A pontuação de cada um dos itens varia de zero a três, sendo zero a ausência dos sintomas depressivos e três a presença dos sintomas mais intensos. BDI < 9 – ausência de depressão ou sintomas depressivos mínimos, 10-18 – depressão leve a moderada, 19-29 – depressão moderada a grave, 30-63 – depressão grave⁽¹⁵⁻¹⁶⁾.

Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): avalia o rigor dos sintomas de ansiedade em pacientes deprimidos. Consiste em 21 itens que refletem somaticamente, afetivamente e cognitivamente os sintomas característicos de ansiedade, mas não de depressão. Trata-se de uma escala de 4 pontos, variando de 0 (não a todas) a 3 (severamente). Os itens somados resultam em escore total que pode variar de 0 a 63. BAI < 10 – ausência de ansiedade ou sintomas ansiosos mínimos, 11-19 – ansiedade leve a moderada, 20-30 – ansiedade moderada a grave, 31-63 – ansiedade grave⁽¹⁷⁾.

Inventário de Ansiedade Traço-Estado (IDATE): é um questionário autoaplicado utilizado na monitorização

de estados ansiosos, composto de duas escalas distintas elaboradas para medir dois conceitos de ansiedade, ou seja, estado ansioso (IDATE-Estado) e traço ansioso (IDATE-Traço). Cada escala consiste em 20 afirmações que variam quatro pontos (1 a 4). O escore total de cada escala varia de 20 a 80 pontos, sendo que os valores mais altos indicam maiores níveis de ansiedade^(16,18).

Foi realizada análise descritiva para avaliar as medidas dos resultados coletados e o perfil da amostra, segundo as variáveis em estudo. Foram elaboradas tabelas de frequência para as variáveis categóricas (com valores de frequência absoluta (N) e percentuais (%)).

O teste não paramétrico *Kruskal-Wallis* foi utilizado para a comparação das variáveis numéricas. O nível de significância estatística adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, o valor de p igual ou inferior a 0,05 para o resultado estatisticamente significativo (p < 0,05). Resultados não significantes não serão discutidos.

Os dados coletados foram digitados no programa Excel for Windows/7 (Microsoft Office 2007) e, posteriormente, transportados para o programa SPSS – *System for Windows (Statistical Analysis System)*, versão 19 (SAS Institute Inc., 2002-2003, Cary, NC, USA). Todo o suporte ao tratamento estatístico foi oferecido pelos profissionais do Serviço de Estatística da Fundação de Apoio à Pesquisa.

RESULTADOS

Referente aos dados sociodemográficos e às características da atividade profissional dos 168 indivíduos envolvidos no estudo, notou-se que 79,17% trabalhavam em UTI Pediátrica e 20,83% em UTI Neonatal. Observou-se que 41,07% atuavam no turno diurno, 17,26% no vespertino e 41,67% no noturno. Houve um equilíbrio entre a função de cada um, a amostra foi composta por 29,26% de enfermeiros, 33,54% de auxiliares de enfermagem e 37,20% de técnicos de enfermagem, sendo que 67,86% destes profissionais exerciam a função há pelo menos 10 anos e 32,14% de 11 a 30 anos. Constatou-se um predomínio do sexo feminino (94,05%), com até 40 anos de idade (74,31%), e em união estável (58,18%). Quanto à responsabilidade pelo orçamento doméstico, 60,12% o assumiam até 50%. Relativo à escolaridade, 41,67% concluíram o Ensino Médio, 26,79% estavam cursando ou finalizaram a Graduação e 31,54% estavam cursando ou concluíram a Pós-graduação.

Para avaliar a sonolência diurna, utilizou-se o ESS. Constatou-se preponderância de sonolência grave para o turno noturno, e de sonolência diurna excessiva para o turno diurno. Os valores estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Escore da escala de sonolência Epworth (ESS) entre os turnos – São Paulo, SP, Brasil, 2012 a 2014.

		Diurno		Vespertino		Noturno	
		n	(%)	n	(%)	n	(%)
Ausência de sonolência	\leq 10	29	(37,18)	16	(20,51)	33	(42,31)
Sonolência diurna excessiva	11-15	30	(46,87)	11	(17,19)	23	(35,94)
Sonolência grave	\geq 16	8	(36,36)	1	(4,55)	13	(59,09)

Nota: (n=164).

Considerando a qualidade do sono e a prevalência do cronotipo dos profissionais envolvidos no estudo, observou-se o predomínio de indivíduos neutros, conforme denota a Tabela 2.

Tabela 2 – Distribuição de frequência dos indivíduos segundo o escore do índice de qualidade do sono de Pittsburgh (PSQI) e o questionário de identificação Matutuidade-Vespertinidade (IMV), por turno de trabalho – São Paulo, SP, Brasil, 2012 a 2014.

Cronotipo	Diurno		Vespertino		Noturno	
	Qualidade do Sono					
	Boa	Ruim	Boa	Ruim	Boa	Ruim
Total	29	39	17	12	24	39
Matutino	3	2	0	0	0	0
Relativamente Matutino	9	10	4	2	4	3
Vespertino	1	1	1	1	0	2
Relativamente Vespertino	1	6	5	4	3	5
Neutro	15	20	7	5	17	29

Nota: (n=167).

No que concerne ao perfil da qualidade de vida (Tabela 3), a maioria dos domínios do teste SF=36 não apresentou significância estatística para os três distintos grupos, a única exceção foi observada para o aspecto social

($p=0,007$). Nota-se que o turno noturno apresentou menor escore quando comparado com os turnos matutino ($p=0,022$) e vespertino ($p=0,004$). Em contrapartida, os turnos diurno e vespertino apresentaram o mesmo perfil de escore ($p=0,244$), conforme Tabela 4.

Tabela 3 – Postos médios dos escores da qualidade de vida SF-36 entre os turnos – São Paulo, SP, Brasil, 2012 a 2014.

Domínio	Matutino	Vespertino	Noturno	Valor de P
Capacidade funcional	84,45	97,60	77,93	0,179
Limitação física	83,40	92,21	81,19	0,552
Dor	83,09	86,78	83,74	0,940
Estado geral de saúde	82,76	95,72	80,34	0,340
Vitalidade	89,76	84,74	75,50	0,210
Aspectos sociais	88,42	100,34	70,18	<u>0,007*</u>
Aspectos emocionais	82,49	95,88	80,55	0,236
Saúde mental	79,46	88,28	84,29	0,677
Escore total	102,21	72,59	71,04	0,121

Nota: (n=168). Teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*, estatisticamente significativo ($p<0,05$).

*As correlações significativas estão sublinhadas na tabela.

Tabela 4 – Comparação múltipla para o aspecto social entre os distintos turnos – São Paulo, SP, Brasil, 2012 a 2014.

Comparações múltiplas	p-valor
Diurno e Vespertino	0,244
Diurno e Noturno	0,022
Vespertino e Noturno	0,004

Nota: (n=168). Teste não paramétrico *Kruskal-Wallis*.

No que diz respeito à análise do humor, foram utilizados os testes BAI, BDI IDATE-T-E por turno de trabalho, e não houve significância estatística nos escores dos instrumentos

utilizados. A maioria dos indivíduos apresentou ausência de depressão e ansiedade no BDI e BAI, respectivamente. Do mesmo modo, o perfil da amostra segundo o IDATE T- E mostrou-se com ausência ou leve indicio de ansiedade.

DISCUSSÃO

Em nosso estudo observamos uma má qualidade de sono entre os profissionais de enfermagem em unidades de terapia intensiva infantil, independentemente do turno de trabalho. O ponto forte da metodologia foi a utilização sistemática de questionários validados internacionalmente. Apesar dos profissionais trabalharem em três turnos

distintos (matutino, vespertino e noturno), todos eles são submetidos a estresse em suas rotinas de trabalho, uma vez que lidam com crianças em estado grave.

QUALIDADE DE VIDA E TRANSTORNO DO HUMOR DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UTI PEDIÁTRICA E NEONATAL

A despeito de estudarmos profissionais de unidades com diferenças relacionadas à faixa etária dos pacientes, no caso neonatal e pediátrico, e de turnos de trabalhos distintos, a rotina de trabalho é semelhante, todos têm contato direto com pacientes em estado crítico e com os seus familiares⁽¹⁹⁾. Observamos que a maioria dos profissionais (67,86) exercia a atividade há menos de 10 anos, em média, e apenas 5,35% há mais de 20 anos, e que 74,31% tinham até 40 anos de idade.

Estes dados também foram relatados em outros estudos envolvendo profissionais que trabalham em unidades semelhantes⁽²⁰⁾, e mostram que, apesar de terem uma formação profissional específica e 31,54% cursarem ou terem finalizado a pós-graduação *lato sensu*, o tempo de permanência destes profissionais nesta atividade é reduzido. Estes resultados sugerem que os profissionais mais experientes mudam de atividade ao longo dos anos, provavelmente para atividades com menor nível de estresse e desgaste emocional.

Nossas hipóteses iniciais eram que os escores de qualidade de vida (SF-36) fossem baixos de modo geral, e que os escores dos questionários de transtorno do humor (BAI, BDI e IDATE) apontassem para maiores taxas de ansiedade e depressão. No entanto, não observamos tais resultados, ou seja, o único achado estatístico observado foi com relação ao aspecto social do SF-36; nossos dados mostram que apesar dos escores de qualidade de vida global estarem na média, os profissionais do turno noturno apresentam escores mais baixos no aspecto social quando comparados aos demais grupos. Estes dados podem estar relacionados com a falta de tempo para atividades sociais e de lazer observada nestes profissionais.

Um estudo⁽²¹⁾ que objetivou analisar a associação entre qualidade do sono e qualidade de vida de 264 profissionais de enfermagem em turno, mostrou que houve correlação estreita entre estas variáveis, indicando um prejuízo da qualidade do sono associado com turno, idade e sexo, e comprometendo a qualidade de vida do profissional.

Outra pesquisa⁽³⁾, que teve como objetivo avaliar a relação entre estresse relativo ao trabalho, *burnout*, satisfação profissional e saúde geral em 1200 enfermeiras em quatro hospitais, demonstrou que o *burnout* foi significativamente evidenciado na piora da saúde mental das enfermeiras, fato que comprometeu a produtividade, a *performance*, como também a qualidade do cuidado aos pacientes.

E em um trabalho multicêntrico⁽⁴⁾, realizado em 31 unidades de terapia intensiva com o objetivo de estimar se a prevalência de *burnout*, depressão e regras de segurança influenciavam erros médicos ou eventos adversos, constatou-se que a frequência de iatrogenia nestas unidades foi elevada quando a equipe apresentava sintomas de depressão.

Corroborando com estes trabalhos, outro estudo⁽²²⁾ que analisou a prática da atividade de enfermagem, considerando saúde, horas trabalhadas, satisfação profissional, sono adequado, condição dos cochilos durante os plantões e o equilíbrio entre a relação familiar e profissional, sugeriu que seja adotada instrumentalizações diferentes possibilitando um ambiente de práticas profissionais saudáveis visando à melhoria da saúde das enfermeiras.

Além disso, um estudo de revisão de literatura⁽²³⁾ objetivou verificar se havia relação entre a personalidade e a especialidade escolhida pelos profissionais de enfermagem, e sugeriu que há algumas evidências de relação entre características de personalidade, especialidade escolhidas, *burnout* e satisfação profissional. Foi observado que as referências bibliográficas sobre este assunto são restritas e o efeito da personalidade sobre a permanência na atividade, pouco estabelecido.

Pelo nosso conhecimento, este é o primeiro estudo baseado em questionários para a avaliação de distúrbios do sono, qualidade de vida e transtornos do humor destes profissionais em unidades de terapia intensiva pediátrica e neonatal.

Possíveis explicações para os escores de qualidade de vida adequada são: 1) adaptação dos profissionais aos turnos de trabalho, que contemplam períodos de descanso suficientes para o estabelecimento de uma rotina saudável; 2) tipologia dos indivíduos, uma vez que estes procuram trabalhar de acordo com as suas características. Segundo o Questionário IMV (Tabela 2), percebeu-se que houve certo predomínio dos profissionais com tipologia matutino e/ou relativamente matutino no turno diurno; e que os profissionais com tipologia relativamente vespertino e/ou vespertino distribuíram-se de forma equiparada entre os três turnos; e que os com tipologia neutra (57,49%) prevaleceram no turno da noite; estes indivíduos são capazes de trabalhar em horários aleatórios sem que haja efeitos negativos para o organismo⁽²⁰⁾; 3) trabalhar com criança seja recompensador. Um estudo⁽⁷⁾ realizado em dois centros oncológicos pediátricos, contando com uma amostra de 107 profissionais de saúde, incluindo enfermeiras, concluiu que apesar do trabalho ser estressante e possuir complexidades, trabalhar com crianças pode ser recompensador e propiciar um bem-estar na equipe e redução do estresse.

QUALIDADE DO SONO DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM EM UTI PEDIÁTRICA E NEONATAL

Considera-se que o sistema de horários pode trazer dificuldades importantes para o plano de vida familiar e social em decorrência da falta de contato social e familiar, imposta pelo desgaste relacionado ao trabalho em turnos. Pode-se observar manifestações de quadros de depressão ou infelicidade, irritabilidade, sensação de diminuição da autoestima e labilidade de humor nos trabalhadores⁽⁴⁾.

Em nosso trabalho, ao aplicarmos os questionários para avaliação do sono PSQI e ESS, não observamos diferenças significativas entre a qualidade do sono e a sonolência diurna excessiva nos três grupos. Porém, na avaliação qualitativa houve frequência de qualidade de sono ruim nos três turnos no teste PSQI, e o escore total do teste ESS denotou sonolência diurna excessiva também nos três turnos.

Uma pesquisa⁽²⁾ que objetivou descrever os efeitos agudos e crônicos da deficiência de sono na equipe de enfermagem, aventou a pouca atenção dada a este assunto e recomendou que seja criada uma política que promova quantidade e qualidade melhor ao sono destes profissionais.

Um estudo⁽²⁰⁾, com o objetivo de analisar o ciclo vigília-sono e a qualidade do sono de 60 enfermeiras que trabalham em turno, mostrou: uma má qualidade do sono; prevalência do cronotipo indiferente; período de despertar e adormecer durante os dias de semana e fins de semana estatisticamente diferente, sugerindo que esses profissionais não têm o tempo de descanso necessário durante a semana.

Outro trabalho⁽²⁴⁾, que objetivou identificar os sintomas referentes ao estado geral de saúde associado ao trabalho em turno e relacioná-los com a qualidade de sono de 136 profissionais de enfermagem, constatou presença de alteração da saúde física e mental, independentemente do turno trabalhado, e uma pior qualidade do sono noturno nas profissionais do turno matutino.

FALHAS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Algumas dificuldades encontradas na coleta de dados que podem ter interferido no resultado: possibilidade de profissionais com problemas mais sérios, especialmente do ponto de vista psicológico, estarem em licença; o não englobamento de profissionais de hospitais públicos, locais onde os problemas estruturais (alimentação, conforto, remuneração) são mais comuns; resistência dos profissionais

em responder aos questionários quando percebiam que as perguntas eram referentes à vida afetivo-emocional; alguns profissionais se negaram a preencher o protocolo quando notavam que era composto por oito testes de múltipla escolha, e o tempo médio de preenchimento era de quinze minutos, assim como o preenchimento incompleto dos questionários, conduta esta que acarretou perdas de dados. Além disso, houve dificuldade em obter um local ou acertar com a chefia uma pausa para o preenchimento. Outra limitação diz respeito ao uso do instrumento SF-36, que tem sido frequentemente aplicado para mensurar resultados do cuidado médico, restringindo-se a representar aspectos de qualidade de vida em sua extensão.

Desta forma, os resultados deste estudo sugerem que a frequência de aspectos sociais deficitários obtidos no SF-36, a sonolência diurna excessiva e a qualidade de sono ruim podem ser observados nos profissionais. Assim, o grande desafio do trabalhador noturno é, sem dúvida, adequar seu ritmo de vida aos princípios biológicos e à convivência social⁽²⁵⁾.

CONCLUSÃO

Os resultados sugerem que estes profissionais podem apresentar problemas no sono, entretanto não apresentam escores mais baixos de qualidade de vida ou transtornos do humor. Possíveis explicações para estes achados são que haja uma adaptação ao regime de trabalho ao longo do tempo e que trabalhar com crianças seja recompensador.

RESUMO

Objetivo: Avaliar sono, qualidade de vida e humor em profissionais de enfermagem em Unidades de Terapia Intensiva Infantil. **Método:** Estudo quantitativo, transversal e descritivo. Profissionais agrupados por turnos matutino, vespertino e noturno foram avaliados pelos instrumentos: Questionário de identificação Matutinação-Vespertinidade; Índice de qualidade do sono de Pittsburgh; Escala de sonolência Epworth; Questionário genérico de avaliação de qualidade de vida – SF-36; Inventário de depressão de Beck; Inventário de ansiedade de Beck; Inventário de ansiedade Traço-Estado. **Resultados:** Amostra composta por 168 profissionais, predominando tipologia neutra, 57,49%. Não houve significância estatística quanto ao sono, apesar dos escores mostrarem qualidade ruim e sonolência diurna excessiva para os três turnos. A qualidade de vida não denotou diferença estatística, mas no domínio “aspecto social” do turno noturno, observou-se escore pior ($p < 0,007$). Não houve significância estatística nos níveis de ansiedade e depressão. **Conclusão:** Os resultados sugerem que estes profissionais podem apresentar problemas no sono, entretanto não apresentam escores mais baixos de qualidade de vida ou transtornos do humor. Possíveis explicações para estes achados são que haja uma adaptação ao regime de trabalho ao longo do tempo e que trabalhar com crianças seja recompensador.

DESCRIPTORIOS

Sono; Qualidade de Vida; Transtornos do Humor; Equipe de Enfermagem; Trabalho em Turnos; Unidades de Terapia Intensiva Pediátrica.

RESUMEN

Objetivo: Evaluar el sueño, la calidad de vida y el humor en profesionales de enfermería en Unidades de Cuidados Intensivos Infantiles. **Método:** Estudio cuantitativo, transversal y descriptivo. Profesionales agrupados por turno matutino, vespertino y nocturno fueron evaluados por los instrumentos: Cuestionario de identificación Matutinidad-Vespertinidad; Índice de calidad del sueño de Pittsburgh; Escala de somnolencia de Epworth; Cuestionario genérico de evaluación de calidad de vida – SF-36; Inventario de depresión de Beck; Inventario de ansiedad de Beck; Inventario de ansiedad Trazo-Estado. **Resultados:** Muestra compuesta de 168 profesionales, predominando la tipología neutra en el 57,49%. No hubo significación estadística en cuanto al sueño, pese a que los puntajes muestren mala calidad y somnolencia diurna excesiva para los tres turnos. La calidad de vida no denotó diferencia estadística, pero en el dominio “aspecto social” del turno nocturno, se observó puntaje peor ($p < 0,007$). No hubo significación estadística en los niveles de ansiedad y depresión. **Conclusión:** Los resultados sugieren que esos profesionales pueden presentar problemas en el sueño, sin embargo no presentan puntajes más bajos de calidad de vida o trastornos del humor. Posibles explicaciones para dichos hallazgos son que exista una adaptación al régimen laboral a lo largo del tiempo y que trabajar con niños sea recompensador.

DESCRIPTORIOS

Sueño; Calidad de Vida; Trastornos del Humor; Grupo de Enfermería; Trabajo por Turnos; Unidades de Cuidado Intensivo Pediátrico.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução n. 7, de 24 de fevereiro de 2010. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de Unidades de Terapia Intensiva e dá outras providências [Internet]. Brasília; 2010 [citado 2013 nov. 10]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2010/res0007_24_02_2010.html
2. Eanes L. CE: the potential effects of sleep loss on a nurse's health. *Am J Nurs*. 2015;115(4):34-40.
3. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(1):652-66.
4. Garrouste-Orgeas M, Perrin M, Soufir L, Vesin A, Blot F, Maxime V, et al. The iatroréf study: medical errors are associated with symptoms of depression in ICU staff but not burnout or safety culture. *Intensive Care Med*. 2015;41(2):273-84.
5. Santos TCM, De Faria AL, Feitosa MS, Coimbra GT, Ferreira LC, De Martino MMF. Quality and sleep disturbances of the nursing staff of a therapy unit. *Rev. Enferm UFPE Online [Internet]*. 2014 [cited 2014 nov. 15];8(5):1110-6. Available from: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5292/pdf_4993
6. Ware JE, Snow KK, Kosinski M, Gandek B. SF-36 - Health Survey: manual and interpretation guide. Boston: Health Institute; 1993.
7. Bowden MJ, Mukherjee S, Williams LK, DeGraves S, Jackson M, McCarthy MC. Work-related stress and reward: an Australian study of multidisciplinary pediatric oncology healthcare providers. *Psychooncology*. 2015;24(11):1432-8.
8. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh Sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatr. Res.* 1989;28(2):193-213.
9. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Dartora EG, Miozzo IC, Barba ME, et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of Pittsburgh Sleep Quality Index. *Sleep Med*. 2011;12(1):70-5.
10. Johns MW. A new method for measuring daytime sleepiness: the Epworth Sleepiness Scale. *Sleep*. 1991;14(6):540-5.
11. Bertolazi AN, Fagundes SC, Hoff LS, Pedro VD, Menna-Barreto SS, Johns MW. Portuguese-language version of the Epworth sleepiness scale: validation for use in Brazil. *J Bras Pneumol*. 2009;35(9):877-83.
12. Horne JA, Östberg O. A self-assessment questionnaire to determine morningness-eveningness. *Int J Chronobiol*. 1976;4(2):97-110.
13. Benedito-Silva AA, Menna-Barreto L, Marques N, Tenreiro S. A self-assessment questionnaire for the determination of morningness-eveningness types in Brazil. *Prog Clin Biol Res*. 1990;341B:89-98.
14. Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinão I, Quaresma MR. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev.Bras Reumatol*. 1999;39(3):143-50.
15. Beck AT, Steer RA. Beck Scale for Depression Inventory: manual. San Antonio: Psychological; 1993.
16. Gorestein C, Andrade L. Validation of a Portuguese Version of the Beck Depression Inventory and the State-Trait Anxiety Inventory in Brazilians subjects. *Braz J Med Biol Res*. 1996;29(4):453-7.
17. Beck AT & Steer RA. Beck Scale for Anxiety Inventory. Manual. San Antonio. TX: Psychological Corporation, 1993.
18. Spielberg CD, Gorsuch RL, Lushene RE. Manual for the state-trait anxiety inventory. Palo Alto: Consulting Psychologist; 1970.
19. Ferreira NN, Lucca SR. Burnout syndrome in nursing assistants of a public hospital in the state of São Paulo. *Rev.Bras Epidemiol*. 2015;18(1):68-79.
20. De Martino MMF, Abreu ACB, Barbosa FSB, Teixeira JEM. The relationship between shift work and sleep patterns in nurses. *Ciência Saúde Coletiva*. 2013;18(3):763-8.
21. Palhares VC, Corrente JE, Matsubara BB. Association between sleep quality and quality of life in nursing professionals working rotating shifts. *Rev Saúde Pública*; 2014;48(4):597-601.
22. Kushner J, Ruffin T. Empowering a healthy practice environment. *Nurs Clin North Am*. 2015;50(1):167-83.
23. Kennedy B, Curtis K, Waters D. Is there a relationship between personality and choice of nursing specialty: an integrative literature review. *BMC Nurs*. 2014;13(1):40.
24. Mendes SS, De Martino MMF. Shift work: overall health state related to sleep in nursing workers. *Rev Esc Enferm USP*. 2012;46(6):1471-6.
25. Ghalich L, Pournik O, Ghaffari M, Vingard E. Sleep quality among health care workers. *Arch Iran Med*. 2013;16(2):100-3.