



Referência - Revista de Enfermagem

ISSN: 0874-0283

referencia@esenfc.pt

Escola Superior de Enfermagem de  
Coimbra  
Portugal

da Fonseca Santos, Ricardo Manuel; Batista Franco, Mário José; Dias Batista, Vera  
Lúcia; da Fonseca Santos, Paulo Miguel; Carvalho Duarte, João  
Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: um estudo  
empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã  
Referência - Revista de Enfermagem, vol. II, núm. 8, diciembre, 2008, pp. 17-31  
Escola Superior de Enfermagem de Coimbra  
Coimbra, Portugal

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=388239955002>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica

Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal

Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto

## Consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida dos enfermeiros: um estudo empírico sobre o Hospital Pêro da Covilhã

The effects of the shiftworks in the nurse's quality of life: an empirical study at the Hospital Pêro da Covilhã

Ricardo Manuel da Fonseca Santos\*

Mário José Batista Franco\*\*

Vera Lúcia Dias Batista\*\*\*

Paulo Miguel da Fonseca Santos\*\*\*\*

João Carvalho Duarte\*\*\*\*\*

### Resumo

As consequências do trabalho por turnos nos profissionais de saúde, como é o caso dos enfermeiros, têm-se tornado cada vez mais evidentes no dia-a-dia. Esta investigação tem como objectivo geral identificar os principais factores ligados ao trabalho por turnos que são considerados como preditores na qualidade de vida dos enfermeiros. Para alcançar este objectivo, recorreu-se a uma investigação de natureza quantitativa (tipo de investigação não experimental, descritivo, analítico, correlacional, bem como retrospectivo e transversal) cuja amostra por conveniência, foi constituída por 152 enfermeiros, a exercer funções no Hospital Pêro da Covilhã. Para a recolha de dados, adoptou-se um questionário adaptado do EPTT e *Whoqbol bref*. Neste estudo, quanto à qualidade do sono, os enfermeiros classificam-no de “razoável”. No geral e relativamente à sua personalidade, os enfermeiros mostram-se introvertidos e sem fadiga, verificando-se, no entanto, pela avaliação do *coping*, que existe por parte destes profissionais um controlo moderado. No geral, a qualidade de vida foi auto-classificada como “boa”. Conclui-se ainda que a personalidade, o *burnout*, o *coping* e os sintomas físicos são variáveis preditoras da qualidade de vida.

**Palavras chave:** trabalho em turnos, qualidade de vida, enfermeiros.

\*Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela Universidade da Beira Interior; Enfermeiro no Centro Hospitalar Cova da Beira (santosfricardo@gmail.com)

\*\* Mestrado e Doutoramento em Gestão, pela Universidade da Beira Interior; Professor no Departamento de Gestão e Economia da Universidade da Beira Interior (mfranco@ubi.pt)

\*\*\* Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela Universidade da Beira Interior; Enfermeira no Centro Hospitalar Cova da Beira (batista.vera@gmail.com)

\*\*\*\* Mestrado em Gestão de Unidades de Saúde, pela Universidade da Beira Interior; Enfermeiro graduado no Centro Hospitalar Cova da Beira (paulosantos817@hotmail.com)

\*\*\*\*\* Mestrado em Sócio-psicologia, pelo Instituto Miguel Torga; Professor Coordenador da Escola Superior de Saúde de Viseu (johnnyduarte@hotmail.com)

### Abstract

The influences of the shiftwork in the health care professionals, as it's the case of nurses; have become more and more evident daily. This investigation aims is to identify the main factors connected to the shiftwork which are considered as predictors in the nurses' quality of life. To achieve this objective, we applied a survey (non experimental, descriptive, analytic, co-relational as well as retrospective and cross-sectional study), where the sample method was by convenience (152 nurses). To gather data, we used a questionnaire adapted from EPTT and *Whoqbol bref*, which was applied at the Hospital Pêro da Covilhã. We concluded that concerning quality of sleep, the nurses classify it as “reasonable”. In general and regarding their personality they are introverted and without fatigue. They argue that the shifts interfere in a certain way in the social and domestic life. Such result was obtained through the estimation of the coping, which shows a moderate control from nurses. The nurses globally showed a “good” quality of life. These results show also that personality, burnout, coping and physical problems were considered as predictors in quality of life.

**Keywords:** shift work, quality of life, nurses.

Recebido para publicação em: 24-10-2007

Aceite para publicação em: 25-02-2008

## 1. Introdução

As representações dos enfermeiros sobre o seu trabalho e sobre a relação desse trabalho com a qualidade de vida, evidenciam um conjunto de significados e significações, que retratam as concepções sobre si mesmas, em determinada realidade organizacional.

O trabalho dos enfermeiros, pela sua natureza e conteúdo, envolve a esfera psico-afectiva desses profissionais - esforços mentais, procura de maior esforço para a concentração da atenção, duração da exposição e intensidade do ritmo de trabalho. Nessa realidade, articulam-se elementos afectivos, mentais e sociais que integram a cognição, a linguagem e a comunicação das relações sociais que afectam as representações sociais e a realidade material, social e ideativa sobre a qual eles intervêm (Fernandes *et al.*, 2002).

Por outro lado, a satisfação do trabalhador é influenciada não somente pelo trabalho, mas por realizações pessoais, como o reconhecimento no ambiente de trabalho, posição social, desenvolvimento profissional permanente, promoções, entre outros aspectos (Maslow, citado por Alvarez, 1996). Todavia, de acordo com Filho (1998), o trabalho, inerente à própria condição humana, como factor de equilíbrio, desenvolvimento do ser humano e fonte de prazer, motivação e satisfação, não tem, muitas vezes, conseguido proporcionar à grande massa de trabalhadores, oportunidades para o seu equilíbrio psíquico e físico.

Tendo em conta que cerca de 29% da população activa trabalha por turnos, os efeitos da intolerância ao trabalho por turnos assumem relevância em termos de saúde ocupacional. A relevância aumenta quando se considera as profissões envolvidas, bem como o grau de responsabilidade que exigem e as implicações para os consumidores dos bens e serviços: médicos; enfermeiros; polícias; tripulantes de aeronaves, de navios e transportes públicos rodoviários e ferroviários; controladores de tráfego; trabalhadores de centrais nucleares, de fábricas, entre outros (Silva *et al.*, 2000).

Os enfermeiros desempenham o seu papel vinte e quatro horas por dia, trezentos e sessenta e cinco dias por ano, pois lidam com o indivíduo como um todo, num processo global de assistência contínua. Para estes profissionais, as noites, os fins-de-semana

e os dias festivos, são dias de trabalho, onde a sua presença é imprescindível e inquestionável, apesar das solicitações exteriores, familiares e sociais que possam ter (Estryn, 1992).

De facto, a organização do horário de trabalho por turnos ou em horários irregulares é uma prática cada vez mais utilizada pelas organizações, envolvendo um número crescente de indivíduos nos mais variados sectores de actividade, não sendo o sector da saúde uma excepção.

Assim, este estudo pretende dar um contributo nesta área do conhecimento - enfermeiros a exercer horário por turnos - e tem como principal propósito demonstrar as consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida deste tipo de profissional de saúde. Mais precisamente, o objectivo geral é identificar os factores ligados ao trabalho por turnos que são considerados como preditores na qualidade de vida dos enfermeiros do Hospital Pêro da Covilhã.

## 2. Enquadramento Teórico

A interdependência de uma organização e o seu meio envolvente é uma condicionante essencial, especialmente no caso das organizações de saúde, as quais estão sujeitas a numerosas e mutáveis influências, nomeadamente: demográficas e de mobilidade; económico-financeiras; sociais e culturais; legislativas; tecnológicas e funcionais. Verifica-se, assim, que as organizações hospitalares são sistemas complexos compostos por diversos departamentos e profissões, tornando-as sobretudo uma organização de pessoas confrontadas com situações emocionalmente intensas tais como, a vida, a doença e a morte, as quais causam ansiedade e tensão física e mental.

Num mundo em constantes mudanças, têm-se observado melhorias consideráveis na produtividade, na competitividade, obtendo ganhos consideráveis. Contudo, a qualidade de vida no trabalho continua a ser negligenciada. Assim, o trabalho, inserindo-se num contexto social, torna-se um elemento essencial na construção do indivíduo, não podendo ser causa do seu sofrimento físico, psíquico e emocional (Filho, 1998).

Na literatura (e.g., Souza e Barroso, 1999; Trentini, 2004; Zhan, 1992), a concepção de qualidade de vida permanece controversa e não existe, ainda, uma definição que seja comumente aceite pelos estudiosos do tema, assim como não há consenso

sobre os atributos que compõem o conceito. Vários termos igualam qualidade de vida a atributos como: satisfação com a vida, bem-estar, saúde, felicidade, auto-estima, adaptação, valor da vida, significado da vida e estado funcional. Consequentemente, as dimensões do conceito variam de estudo para estudo.

Bowling (1998) identifica a qualidade de vida como um conceito que representa as respostas individuais aos efeitos físicos, mentais e sociais que a enfermidade produz sobre a vida diária, o qual influi sobre a medida em que se pode conseguir a satisfação pessoal com as circunstâncias da vida. Abarcando mais do que um adequado bem-estar físico, inclui também percepções de bem-estar, um nível básico de satisfação e um sentido geral de auto-estima. Trata-se de um conceito abstracto e complexo que engloba diversas áreas, que contribuem para a inteira satisfação pessoal e auto-estima (Pinto e Ribeiro, 2006).

O estado de saúde tem sido, cada vez mais, referido como qualidade de vida, e restringindo a sua operacionalidade em estudos, a qualidade de vida é cada vez mais referida no contexto dos profissionais de saúde. A saúde relativa à qualidade de vida, como estado de saúde subjectivo, é baseado no utente, mas foca cada vez mais o impacto do estado de saúde percebido na aptidão de viver uma vida em pleno (Bullinger *et al.*, 1993 e Bowling, 1998).

Mendes (2003) mencionou que, para a qualidade de vida dos trabalhadores prosperar, as organizações devem apoiar as relações sociais que visem a construção de um colectivo de trabalho e a promoção de um certo grau de autonomia e competência, pela participação efectiva dos trabalhadores na gestão do próprio trabalho. Também, para Macedo, citado por Alvarez (1996), a participação na resolução de problemas, a reestruturação do trabalho, os sistemas de compensação inovadores e a melhoria no ambiente de trabalho, proporcionam um relacionamento equilibrado entre os trabalhadores e a organização, o que se traduz num maior nível de satisfação e motivação.

A melhoria da qualidade de vida no trabalho tem como objectivo promover uma organização mais humanizada e, através dela, construir uma relação cooperativa entre a entidade patronal e os trabalhadores (Alvarez, 1996).

Neste contexto, o trabalho por turnos é um dos aspectos das condições de trabalho que tem uma

repercussão mais directa sobre a vida diária do trabalhador. O número de horas de trabalho e a sua distribuição podem afectar a qualidade de vida.

O enfermeiro, enquanto profissional de saúde, ao estar sujeito ao trabalho por turnos, para Ramos (1996: 157), tem que ser visto como elemento central do processo de trabalho, percebê-lo na sua singularidade como ser activo e reflexivo e compreendê-lo numa visão multidimensional. Estes estudos visam resgatar o significado do trabalho como uma experiência saudável, criadora, enriquecedora, contribuindo para a qualidade de vida.

Ao analisar o agir/trabalhar do enfermeiro enquanto profissional dotado de conhecimentos específicos voltados para o ser humano, complexo por definição, percebe-se que a sua subjectividade passa despercebida, uma vez que está, constantemente, envolvido em inúmeras actividades relacionadas não só quanto a sua competência, mas também com a de outros profissionais, ficando sem tempo para reflectir criticamente a sua prática.

Neste seguimento, de acordo com Silva *et al.* (2000), o objectivo do trabalho por turnos como organização laboral consiste em assegurar a continuidade da produção (de bens e/ou serviços) mediante a existência de várias equipas que trabalham em tempos diferentes no mesmo posto de trabalho.

O trabalho por turnos inclui o trabalho ao fim de semana e o trabalho nocturno. Considera-se trabalho nocturno o que ocorre entre as 20 horas de um dia e as 7 horas do dia seguinte. Ainda para os mesmos investigadores, o trabalho por turnos trata-se também do trabalho prestado a horas não sociais, num período em que a generalidade das pessoas têm o seu tempo de repouso (descanso) e o seu sono recuperador.

Estudos realizados por Mcghe e Russel (1962) mostram que existe uma nítida diferença em alguns parâmetros do sono entre trabalhadores nocturnos e diurnos. Estamos a referir-nos ao tempo para adormecer, os acordares durante o sono, o acordar precoce e a utilização de hipnóticos.

Rosa, citado por Santos (2007), refere que, após 3 a 5 turnos rotativos de 3-4 dias, os trabalhadores sujeitos a este regime de trabalho apresentam uma diminuição do desempenho profissional, da vigília e do sono. Por outro lado, está provado que a qualidade e duração do sono reduzem-se com a idade e com a duração do período durante o qual o trabalhador está sujeito ao sistema de trabalho por turnos.

Concomitantemente, outros factores vão também influenciar e contribuir para o aparecimento de alterações do sono. Os ruídos ambientais procedentes da residência são um factor relevante de alteração do sono, assim como a existência de filhos pequenos.

As alterações ao nível da duração da qualidade do sono, como afirmam Cruz e Silva (1995, p. 40), “*levam ao aparecimento de um estado de fadiga mental.*” Alguns estudos têm revelado que no trabalho nocturno há uma diminuição importante do estado de vigília, nomeadamente, entre as 2 e as 4 horas. Isto, juntamente com a fadiga mental, irá acarretar uma diminuição da capacidade mental, que influenciará negativamente o rendimento laboral, essencialmente nos serviços que exigem maior concentração. Esta diminuição do estado de vigília associado ao cansaço mental poderá pôr em risco a segurança do próprio trabalhador, colegas e utentes.

Para Cruz e Silva (1995, p. 40), “*várias são as manifestações clínicas dos trabalhos por turnos; no entanto as mais evidentes, por certo as mais comuns, são as alterações a nível digestivo.*” Os estudos de Mcghee e Russel (1962) mostram claramente que a frequência de úlceras gastroduodenais é significativamente maior nos grupos profissionais cuja característica principal é o trabalho por turnos.

A irregularidade no horário das refeições a que os trabalhadores estão sujeitos têm sido apontados como um dos principais factores de desenvolvimento de úlceras gástricas, embora existam outros factores, como por exemplo, o regime alimentar desequilibrado.

Cruz e Silva (1995, p. 40) salientam ainda que “*as alterações do peso e do apetite surgem como outros aspectos que os trabalhadores referem diversas vezes, chegando mesmo a suceder casos de bulimia.*” Outras queixas gastrointestinais também apontadas são a flatulência, a dispepsia, gastralgia, colites, obstipação e diarreia.

O trabalho por turnos pode originar ainda algumas modificações em certas áreas da personalidade. O “nervosismo” ou “queixas nervosas” são, para Cruz e Silva (1995, p. 40), “*síntomas inúmeras vezes apresentados pelos trabalhadores por turnos, assim como “estado de aborrecimento”, “reações emotivas” e tendência para a irritabilidade.*”

Do ponto de vista social, o trabalho por turnos gera dificuldades a nível da sociedade, no convívio social e no acesso a bens de consumo. Por outro lado, na

família, esse mesmo trabalho pode trazer dificuldades na supervisão e educação dos filhos e na organização e tarefas de casa. Na vida conjugal, pode determinar um desencontro entre os membros do casal, contribuindo para o aparecimento ou agravamento de dificuldades de comunicação e ajustamento sexual (Fisher *et al.*, 2002).

### 3. Metodologia de Investigação

*Hipótese de investigação.* Para procurar responder a algumas das inquietações das consequências do trabalho por turnos na qualidade de vida do enfermeiro e de acordo com a problemática em estudo e a fundamentação teórica efectuada, procurou-se estabelecer relações entre algumas variáveis, constituindo-se assim a seguinte hipótese de investigação nuclear:

*Hipótese:* As variáveis sócio-demográficas, sócio-profissionais e algumas variáveis antecedentes dos enfermeiros a exercer trabalho por turnos no Hospital Pêro da Covilhã são predictoras da qualidade de vida.

*Tipo de estudo.* O tipo de estudo que foi equacionado para esta investigação, engloba as seguintes características:

- Segue os métodos do estudo de *análise quantitativa*, pois pretende-se garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação;
- Insere-se no tipo de *investigação não experimental* - pois não se procura manipular as variáveis em estudo;
- É um estudo, *descritivo, analítico e correlacional* - pois tem como objectivo, não só descrever e examinar, como também analisar relações entre as variáveis; ou seja, conhecer alguns factores que influenciam a qualidade de vida dos enfermeiros trabalhadores por turnos.
- É *Retrospectivo e transversal* - dado que o fenómeno estudado, remontam ao passado das pessoas e processaram-se num período de tempo bem definido e com uma população relativamente homogénea.

*População e amostra.* Uma vez que o universo da população de enfermeiros do Hospital Pêro da Covilhã tem vindo a aumentar significativamente, continuando com perspectivas de aumentar, tornou-se difícil estudar a população na sua totalidade (N=319), para tal, recorreu-se a uma amostra, que

incidiu sobre 298 enfermeiros distribuídos por 17 serviços onde se pratica o horário por turnos (manhã, tarde e noite). No entanto, o serviço de urgência pediátrica, consultas externas (gerais; gastro – exames especiais; Ginecologia/obstetria), hospital de dia, central de esterelização, CCI, Urgência/emergência e cirurgia ambulatorio, não foram incluídas na amostra, devido aos enfermeiros que trabalham nestes serviços não exercerem horário por turnos (manhã, tarde e noite).

No presente estudo, recorreu-se a uma amostra não probabilística por conveniência (Patton, 1990). As amostras por conveniência são, sem dúvida, as mais acessíveis para a investigação, mas eventualmente as mais falíveis, dado que o controlo das diferentes variáveis se torna bastante problemático (Giglione e Matalon, 1993).

De referir que, nos serviços incluídos na amostra foram considerados todos os membros das equipas excepto os que exerciam horário fixo. Deste modo, a amostra inicial foi formada por 298 enfermeiros, no entanto, destes apenas 152 enfermeiros preencheram o questionário na sua totalidade, constituindo este número a amostra final, ou seja, obtendo-se uma taxa de resposta de 51%.

**Variáveis em estudo.** Para a realização desta investigação, considerou-se um conjunto de variáveis necessárias e fundamentais para o tratamento estatístico: variáveis sócio-demográficas (idade, sexo, estado civil, grau de instrução e descendentes menores); sócio-profissional (coping no trabalho) e antecedentes (personalidade, fadiga, tipo de pessoa, saúde e bem estar e hábitos de sono).

**Instrumento de recolha de dados.** A recolha de dados consistiu de um protocolo constituído por questionários e escalas que os enfermeiros em regime por turnos preencheram de uma forma individual e anónima. Mais precisamente, a construção do questionário foi baseada a partir do Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos – EPTT (Silva *et al.*, 1996) e *Whoqol bref* (Whoqol Group, 1995), que foi aplicado no período de 25 de Janeiro a fins de Março de 2006 no Hospital Pêro da Covilhã.

A qualidade de vida foi elaborada em escala tipo *Likert*, a escala é constituída por 8 itens, havendo para cada um cinco alternativas de resposta. Com cinco opções de resposta ordenados de forma crescente, indo de 1 “Muito insatisfeito” a 5 “muito satisfeito”. Valores baixos indicam “pouca qualidade” por sua vez valores

altos indica “boa qualidade”. Da cotação, resultam pontos de corte que são obtidos pela equação (Média  $\pm$  0,25\*dp) o que permite classificar os inquiridos em (Pestana e Gajeiro, 2006):

- 37 pouca qualidade de vida
- 38 – 39 razoável qualidade de vida
- 40 boa qualidade de vida

**Procedimentos formais e éticos.** Antes de se iniciar a investigação, um dos procedimentos efectuados foi a formulação do pedido de autorização ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Cova da Beira com o objectivo de recolher dados e ter acesso à informação junto dos enfermeiros a exercer funções em serviços onde existe trabalho por turnos, para avaliar a consequência deste tipo horários na qualidade de vida destes profissionais de saúde, comprometendo-se a entregar à Instituição os resultados da investigação, após a sua conclusão.

**Procedimentos estatísticos.** Na análise dos dados recorreu-se à estatística descritiva e analítica. Em relação à estatística descritiva, determinaram-se: frequências absolutas e percentuais; médias; desvios padrão. No que respeita à estatística analítica utilizaram-se: matrizes de correlação de **pearson** - para avaliar eventuais relações entre variáveis; regressões múltiplas - para testar modelos preditivos com mais de uma variável independente; análises de variância relacionadas (anova) para comparação de médias entre três ou mais variáveis; teste de **Kruskall-wallis H** e o teste **UMW**, para comparação de médias entre grupos.

## 4. Apresentação e Análise dos Resultados

### 4.1. Caracterização geral da amostra

A caracterização da amostra final é constituída por 100 enfermeiras e 52 enfermeiros. Em relação à idade, os homens (média = 32,87) são ligeiramente mais velhos que as mulheres (média = 30,5 anos). A situação de casado é o estado civil mais representativo entre os enfermeiros com 49,3%, contribuindo sobretudo para este valor percentual os 53,8% do sexo masculino. Os enfermeiros que referem ser solteiros correspondem

a 46,7% sendo esta percentagem mais significativa entre as mulheres 48,0%. De notar que os divorciados tanto do sexo masculino como do sexo feminino, representam valores percentuais pouco significativos. Quanto à existência de filhos menores constata-se que a maioria dos enfermeiros (75%) não tem filhos menores. Entre os que referem ter filhos menores denota-se um valor percentual semelhante em ambos os sexos 18,8% e 23,0% no sexo masculino e feminino, respectivamente. Da totalidade dos inquiridos, 71,1% possui como grau de instrução a licenciatura, sendo sobretudo as enfermeiras que mais contribuem para este valor. Entre os 5,9% que referem ter mestrado/pós-graduação, a maior percentagem (11,5%) situa-se no sexo masculino, o mesmo ocorrendo com os que possuem o curso de bacharelato.

A escala de matutividade/vespertinidade, pretende identificar aspectos do cronotipo do indivíduo, comprovadamente relacionados com o grau de tolerância ao trabalho nocturno e por turnos. Na amostra em estudo mais de metade (59,2%) corresponde aos vespertinos, classificando-se apenas 6,6% dos enfermeiros como matutino, ou seja, neste estudo os enfermeiros têm mais predisposição para trabalhar à tarde ou noite.

Quanto à fadiga, metade da totalidade dos inquiridos (56,6%) apresenta uma fadiga ligeira, sendo, contudo, esta mais evidente no sexo masculino que no feminino. Nota-se também que são as enfermeiras que apresentam um valor percentual mais elevado de fadiga acentuada.

Observa-se que 52,0% da totalidade da amostra se classifica como sendo introvertida, com predomínio para ambos os sexos, sendo porém mais evidente no sexo masculino (59,6%) que no feminino (48,0%).

Dos enfermeiros classificados com personalidade “estável” que corresponde a 44,7% do total da amostra, verifica-se uma maior prevalência no sexo feminino já que regista 47,0% do seu total. O tipo de personalidade menos representativo (3,3%) foi o classificado de “neurótica”, na qual se registam 5,0% de casos observados no sexo feminino.

Para 78,3% dos enfermeiros, as perturbações cardiovasculares são “inexistentes” e para 21,7% pouco frequentes, havendo uma maior percentagem de sujeitos do sexo feminino que as refere (26,0%), quando comparado com o masculino (13,5%). Quanto às perturbações digestivas, a maioria dos inquiridos a que corresponde 64,5% não apresentam qualquer

tipo de perturbação e em 34,2% elas são “pouco frequentes”, sendo também neste caso maiores no sexo feminino (36,0%) que no masculino (30,8%). Por sua vez quanto às perturbações físicas, pode constatar-se que na maioria dos enfermeiros 70,4% são inexistentes e pouco frequentes em 29,6%, sendo estes mais relevantes nas mulheres (35,0%) que nos homens (19,2%).

O grau de controlo que o indivíduo pensa ter quando trabalha por turnos, obtém-se através do somatório de quatro aspectos da vida de uma pessoa quando trabalha por turnos: sono, vida social, saúde e trabalho. A maior percentagem dos enfermeiros 48,0% classifica-se como tendo um “controlo moderado”, não estando muito distante os que se classificam de “controlo muito ligeiro” (42,1%). Salienta-se a pequena percentagem dos que referem ter uma “ausência de controlo” (2,6%).

#### **4.2. Relação entre as variáveis sócio-demográficas e a qualidade de vida**

A caracterização da amostra final é constituída por 100 enfermeiras e 52 enfermeiros. Na tabela 2 apresentam-se os resultados com os grupos de corte utilizados. Denota-se que a “boa qualidade de vida” pondera em 44,7% da totalidade da amostra, contribuindo para este valor percentual os 51,9% dos enfermeiros e os 41,0% das enfermeiras. Há porém a registar que 36,2% dos inquiridos auto-avaliam a sua qualidade de vida de “pouca qualidade”, observando-se neste particular um valor percentual mais elevado no sexo feminino (39,0%) que no masculino (30,8%). Em quaisquer dos casos as diferenças percentuais não são significativas. Em relação à idade, os homens (média = 32,87) são ligeiramente mais velhos que as mulheres (média = 30,5 anos). Analisando ainda os grupos etários verifica-se que entre os que se auto-classificaram com “boa qualidade de vida”, 64,8% tem uma idade inferior a 31 anos. Entre os que referem razoável qualidade de vida surgem os grupos etários de 25-26 anos, 27-31 anos e 32-36 anos com percentagem igual (24,1%) sendo os enfermeiros com idade inferior a 24 anos que apresentam menor percentagem. Quanto aos enfermeiros com “pouca qualidade de vida” 65,4% têm idade inferior a 31 anos, contribuindo para este percentual os 23,6% dos enfermeiros do grupo etário de 27-31 anos. Acresce referir que o grupo etário dos

32-36 anos é o que apresenta valor percentual mais baixo.

Asituação de casado é o estado civil mais representativo entre os enfermeiros com 49,3%, contribuindo sobretudo para este valor percentual os 53,8% do sexo masculino. Os enfermeiros que referem ser solteiros correspondem a 46,7% sendo esta percentagem mais significativa entre as mulheres 48,0%. De notar que os divorciados tanto do sexo masculino como do sexo feminino, representam valores percentuais pouco significativos. Relativamente a esta variável, a “pouca qualidade de vida” surge essencialmente entre os solteiros com 52,7% e a “razoável” e “boa qualidade de vida” nos sujeitos casados com 51,7% e 55,9% respectivamente.

As diferenças entre os três grupos são significativas ( $p=0,05$ ) configurando-se a boa qualidade de vida entre o grupo dos casados (ordenação média = 84,89) secundados pelos solteiros (ordenação média = 869,42) e com pior qualidade de vida os divorciados (ordenação média = 55,42) tal como revelou o teste de *Kruskal – Wallis H* efectuado.

No que concerne ao grau de instrução (escolaridade), da totalidade dos inquiridos, 71,1% possui como grau de instrução a licenciatura, sendo sobretudo as enfermeiras que mais contribuem para este valor. Entre os 5,9% que referem ter mestrado/pós-graduação, a maior percentagem (11,5%) situa-se no sexo masculino, o mesmo ocorrendo com os que possuem o curso de bacharelato. Nota-se ainda que é entre os enfermeiros com menores habilitações literárias: bacharelato (51,4%) e licenciatura (45,4%) que se verificam uma “melhor qualidade de vida”, enquanto a “pouca qualidade de vida” prevalece essencialmente entre os habilitados com mestrado/pós-graduação (55,6%). As diferenças entre os grupos não são estatisticamente significativas o que é comprovado pelo teste de *Kruskal – Wallis H* ( $p = 0,057$ ) embora a tendência para as ordenações médias mais elevadas se configurem nos habilitados com o curso de bacharelato (87,12) seguidos dos possuidores de licenciatura (73,34) e, em último lugar, os que possuem habilitação mais elevada mestrados/pós-graduações (48,83).

TABELA 2 – Relação entre qualidade de vida e variáveis sócio-demográficas

GRUPOS VARIÁVEIS	Pouca qualidade		Razoável		Boa qualidade		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Sexo								
Masculino	16	30,8	9	17,3	27	51,9	52	34,2
Feminino	39	39,0	20	20,0	41	41,0	100	65,8
Idade								
< = 24 anos	11	20,0	3	10,3	14	20,6	28	18,4
25-26 anos	12	21,8	7	24,1	12	22,1	31	20,4
27-31 anos	13	23,6	7	24,1	15	22,1	35	23,1
32-36 anos	7	12,7	7	24,1	14	20,6	28	18,4
> = 37 anos	12	21,8	5	17,2	13	19,1	30	19,7
Estado civil								
Solteiro	29	52,7	14	48,3	28	41,2	71	46,7
Casado	22	40,0	15	51,7	38	55,9	75	49,3
Divorciado	4	7,3	0	0,0	2	2,9	6	3,9
Escolaridade								
Bacharelato	10	28,6	7	20,0	18	51,4	35	23,0
Licenciatura	40	37,0	19	17,6	49	45,43	108	71,1
Mestrado/ pós-grad.	5	55,6	3	33,3	1	11,1	9	5,9
Existência filhos								
Sim	15	39,5	10	26,3	13	34,2	38	25,0
Não	40	35,1	19	16,7	55	48,2	114	75,0

Quanto à existência de filhos menores constata-se que a maioria dos enfermeiros (75%) não tem filhos menores. Entre os que referem ter filhos menores denota-se um valor percentual semelhante em ambos

os sexos 18,8% e 23,0% no sexo masculino e feminino, respectivamente. Ainda em relação a esta variável, os dados apresentados na tabela 2 revelam que a sua ausência é para 48,2% motivo de “boa qualidade de



vida”. Em oposição a boa qualidade de vida é de 34,2% entre os enfermeiros que têm filhos menores. Por outro lado, entre os enfermeiros classificados com “pouca qualidade de vida” os valores percentuais são semelhantes nos de têm e não têm filhos menores (39,5% vs. 35,1%) – Tabela 2.

Sendo o trabalho por turnos o objecto de estudo deste trabalho, torna-se pertinente, antes de proceder à apresentação e análise de resultados referente às variáveis antecedentes, salientar que o grupo de enfermeiros que trabalham entre 2-5 anos, em regime de turnos, são os mais representativos com 36,2%, sendo também significativo o grupo de enfermeiros com o tempo de trabalho nesse regime superior a 11 anos (27%). Os enfermeiros que trabalham há menos de 1 ano são o grupo menos representativo (16,4%). Por outro lado, é antes do 1º turno da noite, ou seja, precedida de descanso, que se registam os valores mínimos e máximos de horas de sono, respectivamente, 7 e 13 horas sendo a média também mais alta de 9,64 horas. Em contrapartida, o número mínimo (3) e máximo (7,25) mais baixo de horas de sono, observa-se entre uma tarde e uma manhã com uma média de 5,81 horas.

Quanto às horas médias de sono entre o adormecer e o acordar, observa-se que as enfermeiras dormem mais que os enfermeiros, mas somente entre dois turnos da manhã, entre dois turnos da noite, entre dois dias de folga e entre uma noite e uma manhã se registaram diferenças estatísticas significativas. Quanto à qualidade do sono a maioria refere ser razoável.

### 4.3. Relação entre as variáveis antecedentes e a qualidade de vida

Quanto à fadiga, metade da totalidade dos inquiridos (89,5%) apresenta uma fadiga ligeira, sendo, contudo, esta mais evidente no sexo masculino que no feminino. Nota-se também que são as enfermeiras que apresentam um valor percentual mais elevado de fadiga acentuada/crónica.

Assim, pelos resultados apresentados na tabela 3 observa-se que os valores percentuais mais elevados se concentram entre os enfermeiros que não apresentam fadiga na qualidade de vida razoável (60,0%), sendo de 40,0% os que têm “pouca qualidade de vida”. Entre os enfermeiros com fadiga ligeira, 47,1% apresentam “boa qualidade de vida”, havendo

neste grupo 35,3% com “pouca qualidade de vida”. É sobretudo nos enfermeiros com fadiga crónica que se encontra o maior percentual de “pouca qualidade de vida” (45,5%) e, conseqüentemente, o menor de boa qualidade de vida (36,4%). As diferenças entre os grupos não são significativas ( $p=0,715$ ) observando-se pelas ordenações médias do teste de *Kruskal – Wallis H* que os grupos com fadiga ligeira (77,38) e com fadiga crónica (72,00) são os que apresentam valores mais elevados quando comparados com o de sem fadiga (75,47).

Dos enfermeiros classificados com personalidade “estável” que corresponde a 44,8% do total da amostra, verifica-se uma maior prevalência no sexo feminino já que regista 47,0% do seu total. O tipo de personalidade menos representativo (3,3%) foi o classificado de “neurótica”, na qual se registam 5,0% de casos observados no sexo feminino. Ainda para o tipo de personalidade, a “boa qualidade de vida” surge em 59,5% dos classificados como introvertidos e em 30,9% dos estáveis, registando-se neste grupo 48,5% com “pouca qualidade de vida”. Quanto aos classificados como neuróticos observam-se 80,0% que referem “pouca qualidade de vida” e somente 20,0% razoável. As diferenças percentuais são estatisticamente significativas, o que aliás é reforçado pelo teste de *Kruskal – Wallis H* que apresenta os neuróticos com os de menores ordenações médias (26,40), figurando os introvertidos com maiores ordenações (89,79) e os estáveis como grupo de ordenação intermédia (64,74) sendo o valor de ( $p$ ) altamente significativo ( $p=0,000$ ).

A escala de matutuidade/vespertinidade (tipo de pessoa), pretende identificar aspectos do cronotipo do indivíduo, comprovadamente relacionados com o grau de tolerância ao trabalho nocturno e por turnos. Na amostra em estudo mais de metade (59,2%) corresponde aos vespertinos, classificando-se apenas 6,6% dos enfermeiros como matutino, ou seja, neste estudo os enfermeiros têm mais predisposição para trabalhar à tarde ou noite. Quanto à relação entre qualidade de vida e tipo de pessoa que é, denota-se que a “boa qualidade de vida” pondera entre o grupo dos vespertinos (50,0%) enquanto que a “pouca qualidade de vida” se regista entre o grupo dos intermédios (46,2%). Entre os matutinos encontram-se a maior percentagem de enfermeiros (40,0%) que têm uma razoável qualidade de vida.

Quanto às perturbações digestivas, a maioria dos

inquiridos a que corresponde 64,5% não apresentam qualquer tipo de perturbação e em 34,2% elas são “pouco frequentes”, sendo também neste caso maiores no sexo feminino (36,0%) que no masculino (30,8%). Por sua vez quanto às perturbações físicas, pode constatar-se que na maioria dos enfermeiros 70,4 são inexistentes e pouco frequentes em 29,6%, sendo estes mais relevantes nas mulheres (35,0 %) que nos homens (19,2%). No que respeita à qualidade de vida e sua relação com os problemas digestivos, a tabela 3 revela ainda que a “boa qualidade de vida” surge maioritariamente entre os enfermeiros sem problemas digestivos (54,1%) enquanto que a “pouca qualidade de vida” pondera entre os enfermeiros com “poucos ou frequentes” distúrbios digestivos com 46,2% e 50,0%, respectivamente. De notar ainda que a “razoável qualidade de vida” tem o seu valor percentual mais elevado (50,0%) entre os enfermeiros que revelam distúrbios digestivos frequentes. O teste de *Kruskal – Wallis H*, vem confirmar estes resultados ao revelar que é entre os enfermeiros com distúrbios digestivos inexistentes que se verifica

uma maior ordenação média (84,75) e consequente melhor qualidade de vida, seguido pelos enfermeiros com distúrbios digestivos frequentes (64,75) sendo menor (73,52) entre os enfermeiros com distúrbios digestivos pouco frequentes, sendo as diferenças estatísticas significativas ( $p = 0,008$ ).

Para 78,3% dos enfermeiros, as perturbações cardiovasculares são “inexistentes” e para 21,7% pouco frequentes, havendo uma maior percentagem de sujeitos do sexo feminino que as refere (26,0%), quando comparado com o masculino (13,5%). Para esta variável, observa-se que o maior percentual de “boa qualidade de vida” recai entre os que têm ausência de problemas cardíacos (51,30%), sendo porém nos enfermeiros com perturbações cardíacas pouco frequentes que se encontra uma percentagem elevada e significativa (63,6%) de “pouca qualidade de vida”. O teste de UMW confirma a significância estatística ( $p = 0,000$ ) ao apresentar ordenações médias mais elevadas no grupo de enfermeiros onde as perturbações cardíacas são inexistentes (84,55) em comparação com as pouco frequentes (47,47).

TABELA 3 – Relação entre qualidade de vida e variáveis antecedentes.

GRUPOS VARIÁVEIS	Pouca qualidade		Razoável		Boa qualidade		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Fadiga								
Sem fadiga	2	40,0	3	60,0	0	0,0	5	3,3
Fadiga ligeira	48	35,3	24	17,6	64	47,1	136	89,5
Fadiga crónica	5	45,5	2	18,2	4	36,4	11	7,2
Personalidade								
Introvertido	18	22,8	14	17,7	47	59,5	79	52
Estável	33	48,5	14	20,6	21	30,9	68	44,8
Neurótico	4	80,0	1	20,0	0	0,0	5	3,3
Tipo de pessoa								
Vespertino	28	31,1	17	18,9	45	50,0	90	59,2
Estável	24	46,2	8	15,4	20	38,5	52	34,2
Matutino	3	30,0	4	40,0	3	30,0	10	6,6
Distúrbios digestivos								
Inexistentes	30	30,6	15	15,3	53	54,1	98	64,5
Pouco frequentes	24	46,2	13	25,0	15	28,8	52	34,2
Frequentes	1	50,0	1	50,0	0	0,0	2	1,3
Distúrbios cardíacos								
Inexistentes	34	28,6	24	20,2	61	51,3	119	78,3
Pouco frequentes	21	63,6	5	15,2	7	21,2	33	21,7
Sintomas físicos								
Inexistentes	31	29,0	18	16,8	58	54,2	107	70,4
Pouco frequentes	24	53,3	11	24,4	10	22,2	45	29,6
Coping								
Ausência de controle	2	50,0	0	25,0	2	50,0	4	2,6
Controlo muito ligeiro	34	53,1	10	37,5	20	31,3	64	42,1
Controlo moderado	18	24,7	17	23,3	38	52,1	73	48,0
Controlo elevado	1	9,1	2	9,1	8	72,7	11	7,2

Já no que respeita aos sintomas físicos, denota-se para que a “boa qualidade de vida” ocorre com maior frequência entre os enfermeiros com problemas físicos inexistentes (54,2%), enquanto que a “pouca qualidade de vida” se verifica sobretudo entre os enfermeiros classificados com distúrbios físicos pouco frequentes (53,3%). As ordenações médias revelam que os enfermeiros com melhor qualidade de vida são os que referem não ter perturbações físicas são mais elevadas no grupo de enfermeiros com perturbações físicas (85,12) em comparação com os que têm distúrbios físicos pouco frequentes (56,0%) revelando o teste de UMW diferenças estatísticas significativas ( $p=0,000$ ).

O grau de controlo (*coping*) que o indivíduo pensa ter quando trabalha por turnos, obtém-se através do somatório de quatro aspectos da vida de uma pessoa quando trabalha por turnos: sono, vida social, saúde e trabalho. A maior percentagem dos enfermeiros 48,0% classifica-se como tendo um “controlo moderado”, não estando muito distante os que se classificam de “controlo muito ligeiro” (42,1%). Salienta-se a pequena percentagem dos que referem ter uma “ausência de controlo” (2,6%). Finalmente, analisando os resultados obtidos entre qualidade de vida e *coping* no trabalho, verifica-se que os grupos de enfermeiros classificados com ausência de controlo, com controlo moderado e controlo elevado apresentam valores percentuais altos no que respeita à boa qualidade de vida respectivamente de 50,0%, 52,1% e 72,7%, sendo entre o grupo de enfermeiros de controlo muito ligeiro que se encontram a maior percentagem de “pouca qualidade de vida”. As diferenças entre os

grupos são estatisticamente significativas, conforme revela o teste de UMW ( $p=0,143$ ), verificando-se que os enfermeiros com controlo elevado, são os que apresentam maiores ordenações médias (106,18) seguindo-se por ordem decrescente os de controlo moderado (86,42), ausência de controlo (64,25) e controlo ligeiro (60,85).

#### 4.4. Variáveis predictoras na qualidade de vida

Efectuada a caracterização da amostra e dando respostas aos objectivos inicialmente definidos para esta investigação e com vista a validar a hipótese formulada, utilizou-se como modelo de análise a regressão múltipla

Pela tabela 4 pode notar-se que as correlações entre a qualidade de vida e as variáveis independentes oscilam entre o ínfimo na matutividade ( $r=-0,033$ ) e o razoável na personalidade ( $r=-0,431$ ) estabelecendo uma relação inversa com a horas de trabalho, matutividade, horas de sono, personalidade, *burnout*, problemas digestivos problemas cardiovasculares, problemas físicos e situação social e doméstica e directa com a idade e *coping*, o que nos leva a afirmar que, quanto maiores os índices nas variáveis acima descritas, mais grave é a qualidade de vida sendo esta melhor com as variáveis onde existe correlação positiva. Exceptuando as horas de trabalho, a matutividade, as horas de sono e a fadiga crónica, as diferenças com as restantes variáveis são estatisticamente significativas.

TABELA 4 – Correlação linear de *Pearson* entre qualidade de vida e as variáveis independentes.

	r	p
Idade	0,188	0,010*
Horas de trabalho	-0,094	0,124
Matutividade	-0,033	0,342
Horas de sono	-0,080	0,164
Fadiga crónica	0,126	0,061
Personalidade	-0,431	0,000*
Burnout	-0,166	0,021*
Perturbações digestivas	-0,296	0,000*
Perturbações cardiovasculares	-0,375	0,000*
Perturbações físicas	-0,382	0,000*
Situação social e doméstica	-0,264	0,001*
<i>Coping</i> no trabalho	0,298	0,000*

ns  $p > 0,05$

\*  $p < 0,05$

A primeira variável a entrar no modelo de regressão é a personalidade pois como pode verificar-se pelas correlações apresentadas na tabela anterior, é a que apresenta um maior coeficiente de correlação em valor absoluto. Esta variável explica no primeiro modelo 18,5% da variação da qualidade de vida e o erro padrão de regressão é de 5,391 correspondente à diferença entre os índices observados e estimados da qualidade de vida.

No segundo modelo de regressão, deu entrada a variável problemas físicos passando a explicar as duas variáveis 24,2% da variabilidade diminuindo o erro estimado para 5,219. O terceiro modelo de regressão vai englobar além das variáveis já descritas o *burnout*, que no conjunto passam a explicar 27,8% de variabilidade, com um erro estimado de 5,108.

Finalmente, no quarto modelo de regressão cujos resultados são sumariamente apresentados no quadro 2, verifica-se que as variáveis que se constituem como predictoras da qualidade de vida do trabalhador por turnos, são a personalidade, os problemas físicos, o *burnout* e o *coping* no trabalho. A correlação que estas variáveis estabelecem com a qualidade de vida é positiva e razoável ( $r=0,551$ ) explicando no seu conjunto 30,4% da variação da qualidade de vida, sendo o erro padrão da estimativa de 5,035.

Os testes F são todos estatisticamente significativos o que nos leva à rejeição de nulidade entre as variáveis que entraram no modelo de regressão e os valores de (t) dado apresentarem diferenças estatísticas significativas permite-nos afirmar que as variáveis independentes: personalidade, problemas físicos, *burnout* e *coping* no trabalho têm poder explicativo na qualidade de vida do trabalhador por turnos, pois os coeficientes de cada uma das variáveis é diferente de zero, confirmando-se assim parcialmente a hipótese para estas variáveis, não se confirmando em relação às restantes.

Finalmente, pelos coeficientes padronizados beta nota-se que a personalidade é a que apresenta maior valor preditivo sendo seguido pelos problemas físicos e *burnout*, surgindo em último lugar o *coping* no trabalho. As três primeiras variáveis estabelecem uma relação inversa ou seja por cada aumento no índice da personalidade em 0,335 nos problemas físicos em 0,206 e no *burnout* em 0,187 desvios padrões diminui em um desvio padrão a qualidade de vida do trabalhador por turnos mas aumenta um desvio padrão com o *coping* no trabalho quando esta aumenta 0,168 desvios padrões (Quadro 1). Em suma, confirma-se parcialmente a hipótese formulada para as variáveis predictoras que entraram no modelo de regressão.

QUADRO 1 – Regressão múltipla entre qualidade de vida e variáveis independentes

Variável dependente = qualidade de vida					
R = 0,551					
R <sup>2</sup> = 0,304					
R <sup>2</sup> Ajustado = 0,285					
Erro padrão da estimativa = 5,035					
Incremento de R <sup>2</sup> = 0,025					
F = 5,340					
P = 0,022					
Pesos de Regressão					
Variáveis independentes		Coeficiente padronizado	t	p	
Personalidade		- 0,335	-4,474	0,000	
Problemas físicos		-0,206	-2,674	0,008	
burnout		-0,187	-2,707	0,008	
Coping		0,168	2,311	0,022	
Análise de variância					
Efeito	Soma quadrados	GL	Média quadrados	F	p
Regressão	1625,068	4	406,267	16,025	0,000
Residual	3726,767	147	25,352		
Total	5351,836	151			

## 5. Discussão dos Resultados e Considerações Finais

Após a análise dos resultados, obtiveram-se várias conclusões que serão descritas a seguir.

Algumas características dos ritmos biológicos que estão associadas à tolerância ao trabalho em turnos modificam-se à medida que as pessoas envelhecem. Vários estudos têm demonstrando que as pessoas mais velhas preferem dormir mais cedo do que anteriormente o faziam, tornando-as por esse facto ao longo dos anos mais matutinas, razão que pode dificultar a tolerância a turnos nocturnos e consequentemente produzir uma maior interferência no desempenho profissional. A idade constitui-se assim como um factor de risco adicional para o desenvolvimento de problemas de saúde e do denominado “envelhecimento funcional precoce” que poderá atingir os trabalhadores por turnos ainda em idade produtiva. Conforme afirma Costa e Santos (1998), a idade favorece uma intolerância progressiva, pois geralmente está associada à instabilidade de ritmos circadianos, distúrbios de sono, depressão e um declínio na capacidade física e na saúde. Face aos resultados do estudo desenvolvido, parece que tais problemas não se põem por ora já que a sua faixa etária oscila entre os 22 e os 56 anos, com uma média de idades de 31,31 anos, sendo o grupo etário mais representativo os que possuem uma idade compreendida entre 27 a 31 anos, ao qual correspondeu 23,0% do total da amostra. Por outro lado, também parece, que os enfermeiros mais jovens têm uma maior predilecção para trabalhar por turnos. Duas possíveis razões podem ser apontadas para tal acontecer: em primeiro, a necessidade de alcançar o mais rapidamente a independência económica visto as horas de qualidade terem remuneração extra e em segundo, o facto do trabalho por turnos ser efectuado em locais estimulantes a nível da aprendizagem e experiência profissional.

Neste estudo concluiu-se que o sexo tem forte influência na tolerância ao trabalho por turnos, agindo mais pelas vias sociais do que pelas vias biológicas. Entre os que trabalham à noite, por exemplo, a reorganização da rotina é mais complexa para as mulheres, em função do papel que tradicionalmente lhes é atribuído no que se refere à casa e à família. As exigências do trabalho doméstico reduzem a disponibilidade de tempo para o sono doméstico e,

além disso o tempo dedicado ao lazer também tende a ser menor entre as trabalhadoras por turnos, quando comparadas com os seus colegas do sexo masculino. De facto, as exigências do trabalho doméstico reduzem a disponibilidade de tempo para o sono doméstico (Rotenberg, 2003) e, além disso o tempo dedicado ao lazer também tende a ser menor entre as trabalhadoras por turnos, quando comparadas com os seus colegas do sexo masculino (Knauth, 1993). Daí que a sua qualidade de vida possa ser de algum modo afectada. Ainda para estes investigadores, as mulheres, em comparação com os homens, pagam um preço biológico mais elevado por trabalharem por turnos. É neste sentido que Iskra-Golec, (1993) refere que as mulheres dormem menos e com menos qualidade, têm menores índices de saúde (psiconeuroses, problemas digestivos, problemas circulatórios e fadiga crónica), até aos 40-50 anos. No que se refere ao estado civil, Taffa, citado por Clancy e Mcavicar (1995), sublinha que os problemas sociais que acompanham o trabalho por turnos são provocados por uma falta de tempo quantitativo e qualitativo gasto com a família e amigos, acrescentando ainda que estes factos poderão estar relacionados com os altos índices de divórcio e os sentimentos de isolamento e abandono que são, frequentemente, demonstrados pelos trabalhadores por turnos. Tais afirmações não estão porém de acordo com os resultados obtidos neste estudo porquanto a percentagem de divorciados tanto do sexo masculino como do sexo feminino é pouco significativa.

Perante os resultados obtidos, afigura-se que o efeito da presença do cônjuge, não tem implicações na diferença de género o que contraria o comentário de Nachreiner (1998), quando numa revisão recente sobre a tolerância ao trabalho em turnos, afirma que para as mulheres trabalhadoras, a presença do cônjuge está relacionada a uma maior carga de trabalho em casa, ao passo que para o trabalhador, a presença da esposa pode significar um aspecto favorável à tolerância.

Um dado significativo para a análise da qualidade de vida entre trabalhadores por turnos é a existência de filhos menores. Neste estudo concluiu-se que estes não são motivo para maiores ou menores alterações na qualidade de vida, pois existe uma percentagem muito similar entre os enfermeiros com filhos e sem filhos em relação à pouca e à boa qualidade de vida. Já no que respeita à qualidade de vida e variáveis

anteriores, os resultados obtidos mostraram que mais de metade dos inquiridos de ambos os sexos apresentam índices de matutividade/vespertividade que corresponde aos vespertinos (mochos), ou seja, tem maior preferência para trabalhar à noite. Provavelmente, a razão dos índices de matutividade/vespertividade obtidos prende-se com os hábitos de sono e neste particular com a quantidade de sono, já que se verificou que no seu geral os enfermeiros dormem pouco.

Silva *et al.*, (2000) relatam que em relação às médias populacionais, há pessoas que possuem acrofases dos seus ritmos avançadas, pelo que acordam mais cedo e são mais eficientes de manhã, sendo designados de madrugadores, matutinos ou cotovias. Outros denominados de vespertinos, noctívagos ou mochos, possuem as acrofases atrasadas, pelo que tendem a acordar mais tarde e são mais eficientes para o fim do dia ou noite dentro.

Uma vez que esta investigação teve como objecto de estudo a qualidade de vida dos trabalhadores por turnos, foi relevante analisar a sua fadiga, ou seja, verificou-se que os enfermeiros apresentavam, na sua maioria, fadiga ligeira, sendo esta mais prevalente no sexo masculino que no feminino, provavelmente pela carga de trabalho executada e o número de turnos consecutivos que como se referiu é maior neste grupo profissional. Associado está indubitavelmente o cansaço físico. O estudo realizado revelou que, regra geral, são as mulheres que manifestam maiores índices de cansaço entre turnos, mas só se encontraram diferenças significativas entre tarde e manhã.

De acordo com Pereira (2003), a fadiga possui uma estreita relação com o sono, quanto mais uma pessoa sente fadiga, mais o seu estado de alerta entra em declínio, correspondendo a uma menor capacidade de desempenho.

Também no que se refere à saúde e bem-estar, concluiu-se que não existem problemas de saúde, ou seja, com a qualidade de vida não se encontrou uma relação de causalidade, denotando-se, porém, uma boa qualidade de vida para os enfermeiros que não apresentam problemas físicos, constituindo-se esta como preditora na qualidade de vida.

De igual modo, os problemas digestivos e cardiovasculares são inexistentes ou pouco frequentes para a quase totalidade dos enfermeiros estudados com maior prevalência destes nas mulheres. A boa qualidade de vida recai para os enfermeiros que não

apresentam problemas digestivos ou cardiovasculares mas estas variáveis não se constituíram como preditoras.

Curiosamente, estes achados não estão em consonância com a bibliografia consultada, pois com efeito, Cruz e Silva (1995) referem que uma das repercussões apontadas ao trabalho por turnos é o aparecimento de transtornos digestivos nomeadamente, o aparecimento de úlceras de pressão resultantes de padrões de alimentação desorganizados e irregularidade no horário das refeições, e Filho (1998) aponta, entre outras como causas prováveis para o aparecimento de perturbações cardiovasculares, o stress e os factores psicossociais.

O trabalho por turnos pode acarretar algumas modificações em certas áreas da personalidade tais como, o “nervosismo” ou “queixas nervosas”. As alterações do humor estão também presentes, havendo referências a “estados depressivos” e “falta de energia”. A ansiedade é também uma das queixas mais frequentes notando-se ainda baixos níveis de corticosteróides e adrenalina durante a noite, quando os trabalhadores por turnos têm de dar o seu melhor, o que lhes provoca uma diminuição da eficiência. Neste estudo, constatou-se que, a nível global, os enfermeiros tendem para a introversão, sendo mais evidente no sexo masculino que no feminino. De sublinhar que a personalidade foi preditora na qualidade de vida do enfermeiro.

O stress é uma exigência que põe à prova os recursos que cada indivíduo possui para enfrentar um problema que se depara no dia a dia. Os resultados deste estudo indicam que os homens apresentam índices mais elevados de *burnout* que as mulheres, e ao constituir-se como preditor da qualidade de vida variando na relação indirecta, respectivamente, ou seja, quanto maiores os índices de *burnout* menor a qualidade de vida.

O *stress* é uma exigência que põe à prova os recursos que cada indivíduo possui para enfrentar um problema que se depara no dia a dia. Queirós (1998) recorrendo a Maslach, diz que *burnout* é um síndrome de cansaço físico e emocional que implica uma atitude negativa em relação ao trabalho, e que se traduz em síndrome de exaustão emocional, despersonalização e de redução de realização profissional.

Por último, a hipótese inicialmente formulada confirma-se parcialmente, já que se identificaram como variáveis preditoras de qualidade de vida: a

personalidade, os problemas físicos, o *burnout* e *coping* no trabalho.

Após a descrição das principais conclusões a que se chegou nesta investigação, não se pretende terminar sem apresentar algumas sugestões/recomendações. Primeiro, pensa-se que seria importante investir mais em formação e, neste caso concreto, na área da cronobiologia e do trabalho por turnos, não só para os enfermeiros em si, mas também para as chefias, para que deste modo possa haver uma melhor compreensão das repercussões que este tipo de horário provoca na qualidade de vida dos profissionais de saúde. Segundo, não se poderão prestar bons cuidados de saúde aos utentes, sem que primeiro haja atenção aos problemas dos enfermeiros, já que são estes os prestadores de cuidados.

Devem-se adoptar medidas que visem o respeito máximo dos ritmos naturais, principalmente, o do sono-vigília e da alimentação, e facilitar, assim, a vida de relação no seio familiar e dos grupos sociais e culturais. Dentro deste ponto de vista, pode haver uma melhor adaptação ao trabalho por turnos por parte dos enfermeiros e, por conseguinte, alcançar-se uma melhoria na qualidade de vida destes.

Por último, todos os estudos deste tipo apresentam algumas lacunas. Assim, uma das limitações verificadas nessa investigação prendeu-se com o facto deste estudo se restringir apenas ao Hospital Pêro da Covilhã. Assim, face a esta limitação, sugere-se que no futuro sejam efectuados outros estudos que incluam amostras de maiores dimensões e, também, outros hospitais para que, deste modo, se possa fazer um estudo de comparação.

Em termos metodológicos, de referir ainda que a adopção do método de amostragem não probabilístico por conveniência, apesar de ser rápido e de fácil aplicação, implica resultados e conclusões somente à amostra, não podendo ser extrapolados com confiança para o universo da restante população. Assim, esta limitação leva também à necessidade de confirmar os resultados obtidos junto de amostras mais alargadas.

Apesar destas limitações, pensa-se, no entanto, que os resultados obtidos e as conclusões alcançadas com esta investigação poderão constituir-se como um contributo valioso para a comunidade científica ao permitir, por um lado, compreender a problemática da qualidade de vida em trabalhadores em regime de trabalho por turnos e, por outro, possibilitar uma

intervenção pedagógica junto dos trabalhadores por turnos no sentido de lhes facultar uma adequada orientação profissional.

## 6. Bibliografia

- ALVAREZ, B. R. (1996) – **Qualidade de vida relacionada à saúde de trabalhadores**. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina. Dissertação de mestrado.
- BOWLING, A. (1998) - **Measuring health: a review of quality of life measurement scales**. 2ª ed. Buckingham : Open University Press.
- BULLINGER, M. [et al.] (1993) - Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. **Quality of Life Research**. Vol. 2, nº 6, p. 451-459.
- CLANCY, J. ; MACVICAR, A. (1995) – Rítmos circadianos 2: o trabalho por turnos e a saúde. **Nursing**. Ano 8, nº 92, p. 24-28.
- COSTA, I. ; SANTOS, A. (1998) – Rítmos biológicos e depressão. **Saúde Mental Hoje**. Nº 2, p. 15-29.
- CRUZ, A. G. ; SILVA, C. F. (1995) – Consequências do trabalho por turnos. **Revista Sinais Vitais**. Nº 3, p. 37-42.
- ESTRYN, B. (1992) – Le travail de nuit à l'hôpital: quelques constats à mieux prendre en compte. **Archives des Maladies Professionnelles**. Vol. 54, nº 8, p. 709-719.
- FERNANDES, J. D. [et al.] (2002) - Saúde mental e trabalho feminino: imagens e representações de enfermeiras. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Vol. 10, nº 2, p. 199-206.
- FISHER, F. M. [et al.] (2002) - Percepção de sono: duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. **Cadernos de Saúde Pública**. Vol. 18, nº 5, p. 1261-1269.
- GIGLIONE, R. ; MATALON, B. (1993) – **O inquérito: teoria e prática, métodos e técnicas**. 2ª ed. Oeiras : Celta Editora.
- ISKRA-GOLEC, I. (1993) - The relationship between circadian personality and temperament characteristics and attitude towards shift work. **Ergonomics**. Vol. 36, nº 1-3, p. 149-153.
- KNAUTH, P. (1993) – The design of shift systems. **Ergonomics**. Vol. 36, nº 1-3, p. 15-28.
- MCGHIE, A. ; RUSSELL, S. M. (1962) – The subjective assessment of normal sleep patterns. **Journal Mental Science**. Vol. 108, nº 456, p. 642-654.
- MENDES, A. M. (2003) – **Uma proposta para pesquisa e gestão da qualidade de vida no trabalho: pesquisa sobre subjectividade, trabalho e saúde na abordagem psicodinâmica** [Em linha]. Brasília : Universidade de Brasília. [Consult. 16 Set. 2003]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.pol.org.br/colunistas/magnolia/artigo03.cfm>>.
- NACHREINER, F. (1998) - Individual and social determinants of shiftwork tolerance. **Scandinavian Journal Work Environment Health**. Vol. 24, nº 3, p. 35-42.

- PATTON, M. Q. (1990) - **Qualitative evaluation and research methods**. California : Sage Publications.
- PEREIRA, A. (2003) – Qualidade: é ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. **Qualidade em Saúde**. Nº 7, p. 3-8.
- PESTANA, M. H. ; GAJEIRO, J. N. (2003) – **Análise de dados para as ciências sociais. A complementaridade do SPSS**. 3ª ed. Lisboa : Edições Sílabo.
- PINTO, C. ; RIBEIRO, J. L. (2006) – A qualidade de vida dos sobreviventes de cancro. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Vol. 24, nº 1, p. 37-56.
- QUEIRÓS, P. J. (1998) – Burnout em enfermeiros: comparação de três grupos. **Revista Sinais Vitais**. Nº 16, p. 17-21.
- RAMOS, F. R. S. (1996) - **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador de saúde**. Pelotas : Ed. Universitária/UFPel.
- RÉGIS FILHO, G. I. (1998) – **Síndrome de mal adaptação ao trabalho em turnos: uma abordagem ergonómica** [Em linha]. Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina. [Consult. 16 Nov. 1998]. Dissertação de mestrado. Disponível em WWW: <URL:<http://www.eps.ufsc.br/disserta98/gilsee/>> .
- ROTENBERG, L. (2003) – **Trabalho em turnos e nocturnos na sociedade de 24 horas**. São Paulo : Atheneu.
- SANTOS, R. M. (2007) – **O trabalho por turnos e as suas repercussões na qualidade de vida e saúde mental do enfermeiro**. Covilhã : Universidade da Beira Interior. Dissertação de mestrado.
- SILVA, C. [et al.] (2000) – Envelhecimento, ritmos biológicos e capacidade laboral. Versão portuguesa do Work Ability Index (WAI). **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**. Vol. 5, nº 2, p. 329-339.
- SILVA, C. F. [et al.] (1996) – **Introdução às cronociências**. Coimbra : Formasau. (Manual Sinais Vitais; 4).
- SOUZA, L. J. ; BARROSO, M. G. (1999) - Qualidade de vida na criança acidentada. **Texto e Contexto Enfermagem**. Vol. 8, nº 3, p. 308-317.
- TRENTINI, C. M. (2004) - **Qualidade de vida em idosos**. Porto Alegre : Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Tese de doutoramento.
- WHOQOL-BREF (1996) – **Introduction, administration, scoring and generic version of the assessment**. Fiel Trial Version. Geneva : World Health Organization, Programme on Mental Health.
- ZHAN, L. (1992) – Quality of life: conceptual and measurement issues. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 17, nº 7, p. 795-800.



