



UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS



INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO

**TRABALHO POR TURNOS: CONSEQUÊNCIAS
(IN)DESEJÁVEIS NA FORMAÇÃO CONTÍNUA DOS
ENFERMEIROS**

Mestrado em Ciências da Educação
Área de Especialização de Educação e Formação de Adultos

Vanda Maria de Sousa Seromenho

FARO
2008

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA
ESCOLA SUPERIOR DE EDUCAÇÃO**

**TRABALHO POR TURNOS: CONSEQUÊNCIAS
(IN)DESEJÁVEIS NA FORMAÇÃO CONTÍNUA DOS
ENFERMEIROS**

**Mestrado em Ciências da Educação
Área de Especialização de Educação e formação de adultos**

Vanda Maria De Sousa Seromenho

Dissertação orientada pela Professora Doutora Teresa Pires Carreira e Doutora
Sandra Maria Rodrigues de Carvalho Bos

FARO

2008

AGRADECIMENTOS

De uma forma especial agradeço à Professora Doutora Teresa Carreira a orientação e apoio essenciais na realização de um trabalho desta natureza, agradeço a atenção e disponibilidade que sempre demonstrou.

À Doutora Sandra Bos, minha Co-orientadora neste trabalho, pela transmissão dos seus conhecimentos e pelas constantes palavras de incentivo, expresso os meus agradecimentos.

Aos colegas que colaboraram na realização deste estudo, sem os quais não teria sido possível concretizar o mesmo.

Aos meus pais, irmão e amigos que sentiram a minha ausência, agradeço a compreensão, incentivo, e apoio que demonstraram.

À Enfermeira Maria de Fátima Pinheiro, minha chefe, pela compreensão, apoio e disponibilidade de horário que me proporcionou.

A todos os que de alguma forma contribuíram para que este estudo fosse concretizado, um profundo reconhecimento.

RESUMO

O trabalho noturno ou por turnos é uma situação cada vez mais frequente no mundo actual, e, principalmente na área da saúde, envolvendo hoje milhões de trabalhadores. A Cronobiologia, ciência que estuda os determinantes da ritmicidade temporal dos fenómenos fisiológicos e bioquímicos que se relacionam com as diversas horas do dia, tem revelado que os efeitos do trabalho noturno ou por turnos são particularmente evidentes relativamente à quantidade e qualidade de sono. Vários estudos científicos confirmam a influência do sono no desempenho, mas poucas são as investigações realizadas em contextos educativos/formativos. Na área de enfermagem a qualidade dos cuidados depende de bons níveis de conhecimentos e de desempenho. Tendo em conta o importante papel que a formação contínua deverá desempenhar no aprofundamento de conhecimentos e desenvolvimento de competências, surge o tema para o nosso estudo **Trabalho por turnos: Consequências (in)desejáveis na formação contínua dos Enfermeiros**. A ausência de estudos associando estas duas temáticas, levou-nos a realizar este estudo exploratório, de natureza quantitativa, com a aplicação de um inquérito por questionário, a uma amostra de 142 enfermeiros do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E., a exercerem funções em regime de trabalho por turnos, com idades compreendidas entre os 22 e os 57 anos; predominantemente do sexo feminino, com 81% de indivíduos. A média de experiência profissional é de 9,6 anos. Na amostra, o grau académico superior é o mestrado com 2,1% de enfermeiros com este grau académico, e 5,6% como especialistas na carreira de Enfermagem. Os resultados indicam que de forma geral os enfermeiros estão satisfeitos com o trabalho por turnos, apesar de considerarem que a qualidade e quantidade de sono entre turnos da noite é precária, não consideram o trabalho por turnos como uma razão de incompatibilidade à realização de formação contínua; no entanto, constatou-se que para realizar formação contínua, os enfermeiros têm de fazer trocas de turnos com os colegas, e inclusive assistir a formações após o turno/período noturno. De forma geral as hipóteses em estudo foram confirmadas.

ABSTRACT

Night-shifts or shift-work has become throughout the years more frequent, particularly in health medical services, involving nowadays millions of workers. Chronobiology, the science which studies biological rhythms, has confirmed the effects of night-shift and shift-work on several rhythms and particularly on sleep duration/quality. Although some studies confirm that poor sleep interferes with performance, few studies exist in the field of education/training. In Nursing the quality of health care practices to patients depends on the knowledge and performance of the caregivers. Since continuous life-time education/training is vital to improve Nurses knowledge and to develop their skills, the present thesis was entitled: «Shift-work: Un(desirable) effects on Nurses continuous education/training». As studies concerning these two combined areas are to our knowledge inexistent, the present study was designed to be exploratory and quantitative. A questionnaire was elaborated and answered by a sample of 142 shift-work Nurses of the Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E., who were between 22-57 years, mostly females (81%) and with an average work experience of 9.7 years. The percentage of Nurses with a Master degree was 2.1% and 5.6% were specialised Nurses. Results revealed that most Nurses were satisfied with shift-work, although their sleep quality and duration was worst between night shifts. In general shift-work was not considered incompatible with continuous education/training, although to attend training courses most of the sample referred the need to change shift with a colleague or to attend courses after the night-shift. As a whole our hypotheses were confirmed.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
CAPITULO I - ORIENTAÇÃO TEÓRICA GERAL.....	7
1.1 – ASPECTOS CRONBIOLÓGICOS	7
1.2 – TRABALHO POR TURNOS	11
1.2.1 - SISTEMA DE ROTAÇÃO POR TURNOS	13
1.2.2 - CONSEQUÊNCIAS DO TRABALHO POR TURNOS	18
1.2.2.1– EFEITOS FISIOLÓGICOS.....	18
1.2.2.2 – EFEITOS PSICOLÓGICOS	20
1.2.2.3 – ALTERAÇÕES SÓCIO-FAMILIARES	23
1.2.2.4 - ALTERAÇÕES DO SONO	24
1.2.2.5. – EFEITOS NA EDUCAÇÃO / FORMAÇÃO	29
1.3 - A FORMAÇÃO CONTÍNUA NOS ENFERMEIROS	31
1.3.1 - TRABALHAR VERSUS ESTUDAR.....	42
CAPITULO II – EDUCAÇÃO DE ADULTOS, FORMAÇÃO DE ADULTOS E APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA	46
CAPITULO III – DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO	57
3.1 – OBJECTIVOS E PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	58

3.2 – O UNIVERSO DO ESTUDO.....	61
3.3 – PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DE DADOS.....	65
3.4 - OPÇÃO METODOLÓGICA	65
3.5 – HIPOTESES.....	72
3.6 - IDENTIFICAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO	74
3.7 – MODELO DE ANÁLISE.....	79
3.8 – TECNICAS DE RECOLHA DE DADOS	82
3.9 – VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS.....	88
CAPITULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	91
4.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	91
4.2 - SISTEMA DE TURNOS	97
4.2.1 RELAÇÃO ENTRE OS HORÁRIOS DE TURNOS E A QUANTIDADE /QUALIDADE DO SONO.....	104
4.2.1.1. QUANTIDADE DE SONO	104
4.2.1.2. QUALIDADE DE SONO	105
4.3 - FORMAÇÃO CONTÍNUA	108
4.4 - COMPATIBILIDADE DO HORÁRIO DE TRABALHO POR TURNOS VERSUS FORMAÇÃO CONTÍNUA.....	111

V - DISCUSSÃO	118
5.1 – CONCLUSÕES	123
5.2 – SUGESTÕES.....	126
5.3 – LIMITAÇÕES	128
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	130
LEGISLAÇÃO CONSULTADA.....	141
WEBGRAFIA CONSULTADA	142
ANEXO I - GUIÃO DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA	145
ANEXO II - INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO REALIZAADO AOS ENFERMEIROS.....	147
ANEXO III - PEDIDO DE REALIZAÇÃO DE ESTUDO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO DO CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO ALENTEJO, E.P.E.....	157

INDICE DE TABELAS

TABELA Nº 1 – Síntese da amostra da população.....	64
TABELA Nº 2 – Modelo de Análise.....	81
TABELA Nº 3 – Resumo do guião de Entrevista Exploratória.....	83
TABELA Nº 4 – Idade do Enfermeiros Inquiridos.....	91
TABELA Nº 5 – Categoria Profissional dos Enfermeiros.....	93
TABELA Nº 6 – Percentagem de participação consoante os serviços do CHBA.....	95
TABELA Nº 7 – Tempo de Experiência Profissional dos Enfermeiros Inquiridos.....	96
TABELA Nº 8 – Tempo a trabalhar no actual regime de Trabalho por Turnos.....	96
TABELA Nº 9 – Quantidade de sono que dorme entre turnos de manhã seguidos..	101
TABELA Nº 10 – Quantidade de sono que dorme entre turnos de tarde seguidos...	101
TABELA Nº 11 – Quantidade de sono que dorme entre turnos de noite seguidos...	101
TABELA Nº 12 – Qualidade de sono que dorme entre turnos de noite seguidos....	102
TABELA Nº 13 - Qualidade de sono que dorme entre turnos de manhã seguidos...	102
TABELA Nº 14 - Qualidade de sono que dorme entre turnos de tarde seguidos.....	102
TABELA Nº 15 – O que pensa acerca da quantidade de sono que normalmente dorme.....	107
TABELA Nº 16 – Normalmente como é o seu sono.....	108
TABELA Nº 17 – Normalmente em que medida se sente repousado depois de dormir.....	108
TABELA Nº 18 - Número de formações, de duração superior a 1 dia, nos últimos 5 anos.....	109
TABELA Nº 19 – Trabalhador por turnos, iguais oportunidades para fazer formação contínua, do que trabalhadores que não fazem trabalho por turnos.....	116

INDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO Nº1 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a idade.....	92
GRÁFICO Nº2 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o sexo.....	92
GRÁFICO Nº 3 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o Grau de Escolaridade.....	93
GRÁFICO Nº4 – Distribuição dos Enfermeiros por nº de horas de trabalho semanal.....	94
GRÁFICO Nº5 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a opinião sobre a carga de trabalho no turno da manhã.....	99
GRÁFICO Nº6 - Distribuição dos Enfermeiros segundo a opinião sobre a carga de trabalho no turno da tarde.....	99
GRÁFICO Nº7 - Distribuição dos Enfermeiros segundo a opinião sobre a carga de trabalho no turno da noite.....	100
GRÁFICO Nº8 – Como se sente em relação ao Trabalho por Turnos.....	104
GRÁFICO Nº9 – Requerimento Estatuto Trabalhador-Estudante.....	110
GRÁFICO Nº 10 – Horário das formações.....	110
GRÁFICO Nº 11 – Dias das Formações.....	111
GRÁFICO Nº12 – Assistir as formações após o turno da noite.....	113
GRÁFICO Nº13 – Trocar turnos para assistir às formações.....	115

INDICE DE QUADROS

QUADRO N°1 – Habilitações Académicas dos Enfermeiros no ano 2007.....	45
QUADRO N°2 - Modelo de Análise.....	80
QUADRO N°3 – Horário das formações compatível com o horário de trabalho....	112
QUADRO N°4 – Como se encontra durante as formações.....	113
QUADRO N°4.1 – Como se encontra durante as formações.....	114

INTRODUÇÃO

O interesse pelos ciclos temporais da natureza existe há milhares de anos. Desde muito cedo o homem relacionou, embora de uma forma empírica, a vida humana, dos animais e das plantas com os ciclos geofísicos (estações do ano, a noite, o dia, fases lunares, etc.). Filósofos e historiadores, passando por eclesiásticos e outros pensadores, tentaram ao longo da história perceber e explicar a dimensão temporal do universo. No entanto, foram as filosofias orientais e a medicina tradicional chinesa, embora sem demonstração científica, as primeiras a admitirem a existência de ritmos biológicos, nomeadamente, processos cíclicos do tempo, não lineares, simbolizados por uma oscilação pendular, isto é, um movimento helicoidal (Marques e Menna-Barreto, 1997). Na Europa, apenas no século XVIII foram descritos alguns fenómenos bioperiódicos (movimentos foliares das plantas, migração de aves, etc.) e Hipócrates, considerado por alguns como o pai da cronopatologia (variações cíclicas de processos patológicos), relacionou algumas patologias com factores temporais.

A dimensão temporal da organização da matéria viva continuou a interessar aos intelectuais de diversas disciplinas e ciências, e surgiu um novo ramo da Biologia, a Cronobiologia¹, que só em meados do século XX começou a ter reconhecimento no mundo académico e científico. O mesmo autor refere que o estudo dos ritmos biológicos tem aumentado exponencialmente nos últimos trinta anos por cientistas de

¹ Podemos considerar a **cronobiologia** (do grego, cronos = tempo e logos = ciência) como a disciplina científica que tem por objecto as flutuações periódicas de diversas actividades dos seres vivos, a génese das mesmas, os processos de sincronização com os ritmos ambientais (ex: dia/noite), as alterações da estrutura temporal dos organismos e as aplicações destes conhecimentos na promoção da saúde e bem estar (Silva, 2000a).

diversas disciplinas (exemplo: matemática, física, química, medicina, psicologia, etc.), ao ponto de alguns investigadores considerarem mais adequado o termo “Cronociências” (Silva et al., 1996). O interesse pelos ritmos biológicos, as suas características, as suas bases endógenas e exógenas, a sua sincronização e os mecanismos de adaptação provenientes das flutuações observadas, é uma constatação que se tem verificado nestes últimos anos. De facto, torna-se fundamental reconhecer a natureza temporal dos seres humanos, acompanhar os resultados dos últimos estudos cronobiológicos e integrá-los na prática dos diversos empregos. A todos os níveis da evolução dos seres vivos, damo-nos conta da existência de uma organização biológica, que tem como base uma ritmicidade própria. Vivemos numa era de consumismo, onde o principal objectivo é produzir e consumir, pelo que, no meio deste processo, não se respeita o indivíduo como ser biológico que é, nem como ser social. Neste ambiente despreocupado, com o aspecto humano do trabalho, têm surgido várias disciplinas preocupadas com o homem, e o seu relacionamento com o mundo do trabalho. A cronobiologia é uma dessas disciplinas visto explorar a dimensão temporal do comportamento e da cognição humana.

Muitas das funções do nosso organismo, flutuam no tempo de uma forma cíclica, denominando-se por ritmos biológicos. São exemplo disto a temperatura corporal, a força muscular, a atenção e a memória a curto prazo, a memória semântica, o sono-vigília, o humor, etc. (Cruz e Silva; 1995, Cruz, 2003a e 2003b; Silva *et al*, 1996) A persistência dos ritmos biológicos, em condições ambientais constantes indica a persistência de um relógio endógeno interno, que controla a periodicidade de certas variáveis. Os ritmos biológicos do homem são inatos e automantidos, embora a

adaptação às exigências da organização social, implique a necessidade de sincronizadores² (Silva *et al.*, 1996; Cruz, 2003b). Os diversos ritmos biológicos numa mesma pessoa deverão manter entre si relações estáveis. Se os ritmos perderem as relações de fase que deveriam manter, surge uma dessincronização interna, que está subjacente à maior parte dos problemas de saúde. É o que acontece no caso do trabalho por turnos.

O trabalho noturno ou por turnos³ é uma situação cada vez mais frequente no mundo industrializado, envolvendo hoje milhões de trabalhadores. O trabalho por turnos constitui um problema ocupacional. Com efeito há questões que se relacionam com a higiene e segurança no trabalho, medicina do trabalho, ergonomia e psicossociologia das organizações. Os efeitos do mesmo são evidentes relativamente à quantidade e qualidade do sono, reflectindo-se também, a nível gastrointestinal, psicológico, social e familiar. Estudos mais recentes de natureza longitudinal sugerem que o trabalho por turnos está associado de modo consistente com diversos factores de risco das doenças cardíacas coronárias (ex: aumento do consumo de tabaco, diminuição do consumo de fibras e aumento em 45% no consumo de sacarose) (Silva, 2000b). Os efeitos da intolerância ao trabalho por turnos assumem relevância que aumenta quando consideramos as profissões envolvidas, bem como o grau de responsabilidade que exigem e as implicações para os consumidores dos bens e serviços.

² Factores exógenos que apresentam variações cíclicas, capazes de modificar um ou mais parâmetros que os caracterizam (Silva *et al.*, 1996; Cruz, 2003b)

³ O trabalho por turnos pode ser definido como um tipo de organização laboral que visa assegurar a continuidade de produção (de bens e/ou serviços) graças à presença de várias equipas que trabalham em tempos diferentes num mesmo posto de trabalho. Isto é, o trabalho por turnos inclui tanto os turnos rotativos como os turnos fixos noturnos (Silva, 2000a)

O trabalho por turnos é um problema de saúde pública, a despeito das dúvidas que possam persistir. Com efeito, constitui um quadro clínico reconhecido por todas as actuais classificações diagnósticas, nomeadamente pela Classificação Internacional das Perturbações do Sono (AASM, 2005). São imensos os estudos⁴ em todo o mundo relacionados com o trabalho por turnos, de interesse não só científico, como sobretudo para a comunidade em geral.

Os enfermeiros são um grupo de profissionais de saúde que, devido às características do seu trabalho, para além dos riscos profissionais resultantes da exposição a variados factores ambientais, estão sujeitos a exigências psicológicas particulares, nomeadamente, o trabalho por turnos. A prestação de cuidados a doentes, muitas vezes em perigo de vida, exige-lhes uma continuidade de serviço durante as 24 horas do dia implicando sistemas de trabalho por turnos para assegurar essa continuidade (Cruz, 2003^a). No entanto, tem-se verificado em estudos anteriores que com o passar do tempo a concentração de pessoas com mais idade encontram-se a trabalhar no período diurno em comparação com o turno nocturno (Martino, 2002).

Com a evolução das carreiras e o desejo de progredir que se tem desenvolvido entre todas as profissões, a profissão de Enfermagem não ficou indiferente, pelo que, cada vez mais, existe um maior número de Enfermeiros a desenvolver diverso tipo de formação de forma a aumentar os seus conhecimentos, progredir na carreira ou obter

⁴ Alves, Cruz, Rosa, e Silva (2005); Aschoff (1969); Azevedo (1980); Azevedo (1980); Azevedo, Duarte, e Silva (1997); Clancy e McVicar (1995); Cipolla-Neto, Marques e Menna-Barreto (1988); Cruz (2003a); Cruz e Silva (1995); Fernandes, Santos e Torre (2002); Filho (1998); Fischer e Metzner (2001); Folkard (1992); Halberg (1959); Knutsson (2004); Martino. (2002); Melo (2001); Ramos (2003); Sagehomme (1997); Silva Filho e Turnes (1995); Silva (2000a); Silva *et al.* (1996); Silva e Silvério (1997); Taub e Berger (1974).

uma melhor remuneração. Trabalhar e estudar em simultâneo começa a ser uma prática cada vez mais usual em todos os países da Europa. Entre duas realidades, por vezes, com interesses antagónicos, um trabalhador-estudante enfrenta dificuldades quer no local de trabalho quer no de estudo. Desde a dificuldade em ser reconhecido o estatuto de trabalhador-estudante, como as dispensas para avaliações (Lobo, 2005). Não é de estranhar, por tudo isto, que a *falta de tempo para estudar* seja apontada como a maior condicionante do desempenho académico, ainda que não seja a única, ao associar-se, também, o cansaço (Lobo, 2005).

Uma vez que no contexto Nacional e Internacional existe actualmente uma falta de estudos que investiguem a influência dos horários de trabalho dos Enfermeiros na sua formação contínua o objectivo desta Dissertação consistiu em explorar esta temática numa amostra de enfermeiros trabalhadores por turnos.

A dissertação encontra-se dividida em cinco capítulos, que passamos a descrever genericamente o seu conteúdo.

No primeiro Capítulo – Orientação Teórica do Estudo, fazemos uma revisão teórica do tema que envolve os aspectos cronobiológicos, a influência e as alterações que os horários do trabalho por turnos e o sistema rotativo provocam nos enfermeiros, assim como as consequências e os efeitos/alterações a nível fisiológico, psicológico, sócio-familiar e do sono, que os mesmos podem provocar. Será feita, também, uma análise entre o sistema rotativo de turnos e a relação existente com a educação/formação contínua.

O segundo Capítulo aborda a Educação de Adultos, a Formação de Adultos e aprendizagem ao longo da vida. O período em que surgiram, o que traduzem e preconizam, assim como a sua importância na promoção dos saberes dos adultos.

No terceiro Capítulo – Desenvolvimento Metodológico, descrevemos o contexto do estudo da investigação, é apresentada a questão de partida, o objecto do estudo, os objectivos orientadores, o procedimento a utilizar na análise dos dados, assim como a opção metodológica utilizada, as hipóteses, as variáveis utilizadas – a sua identificação e operacionalização, inseridas num modelo de análise. Faz-se referência as técnicas de recolha de dados utilizadas, assim como o Universo do estudo, especificamente uma amostra de enfermeiros que trabalham por turnos no Centro Hospitalar do Baixo Alentejo (Hospital José Joaquim Fernandes, em Beja, e Hospital São Paulo, em Serpa).

No quarto Capítulo – Apresentação, Análise e discussão dos dados, descrevemos os resultados obtidos, contextualizando-os com a realidade da enfermagem.

No quinto Capítulo – Resultados, apresentamos os principais resultados do estudo, discutimos a sua importância e as suas limitações no contexto científico actual. Por último, finalizamos com um sumário do trabalho desenvolvido referindo os aspectos a investigar no futuro.

Pensamos que a presente Dissertação poderá contribuir para uma melhor clarificação científica da relação entre Trabalho por Turnos e Formação Contínua.

CAPITULO I – ORIENTAÇÃO TEÓRICA GERAL

1.1 – ASPECTOS CRONOBIOLOGICOS

Desde a pré-história que o humano se confronta com ciclos sazonais, com o ciclo dia/noite, com a frequência respiratória, com o ritmo cardíaco e com o ciclo menstrual. Efectivamente, o humano não pode deixar de notar a sucessão das estações do ano, o brotar e o cair da folha, o calor do verão e o frio do Inverno. A humanidade teve de aprender a lidar com estes ritmos e desenvolveu regras de previsão para se orientar na agricultura. Muito provavelmente, estes foram os fundamentos da mitologia que desde sempre chamou a atenção para os aspectos rítmicos da vida (Silva *et al*, 1996). As ciências da vida e da saúde preocuparam-se sempre com o **onde** (morfologia) e o **como** (fisiologia) – por exemplo, onde se localiza o fígado e como funciona. A cronobiologia salienta o **quando** (os ritmos). Um ritmo é todo o processo que oscila regularmente, é uma sequência de acontecimentos que se repete na mesma ordem e nos mesmos intervalos (Luce, 1977, citado por Clancy e McVicar, 1995)

Podemos considerar a **cronobiologia** (do grego, cronos = tempo e logos = ciência) como a disciplina científica que tem por objecto as flutuações periódicas de diversas actividades dos seres vivos, a génese das mesmas, os processos de sincronização com os ritmos ambientais (ex: dia/noite), as alterações da estrutura temporal dos organismos e as aplicações destes conhecimentos na promoção da saúde e bem-estar (Silva, 2000a). Sair para o trabalho em determinada hora, almoçar sempre ao meio-dia, descansar ao menos uma vez por semana, todas as pessoas têm noção dos ritmos

necessários ao funcionamento da vida em sociedade. Porém poucos percebem a rotina interna do organismo, onde cada função tem um ritmo próprio, determinando, por exemplo, momentos do dia em que o indivíduo se sente mais disposto e outros em que, fica mais vulnerável a doenças.

Consoante a periodicidade apresentada (Cruz, 1995), os ritmos biológicos podem ser classificados da seguinte forma:

- Ⓢ **Ritmo circadiano:** (ex: ritmo sono-vigília), do latim *circa* (cerca de) e *diem* (dia), apresenta uma periodicidade de cerca de 24 horas.
- Ⓢ **Ritmo ultradiano:** (ex: ritmo cardíaco), possui uma periodicidade inferior a um dia, por conseguinte, vários ciclos num dia.
- Ⓢ **Ritmo infradiano:** (ex: ritmo menstrual), tem uma periodicidade superior a um dia, por conseguinte, não se completa um ciclo num dia.

O homem adaptou a sua existência, a um período de actividade diurno e um período de inactividade nocturno. Esta conduta adaptativa, concentrou os vários processos fisiológicos numa ritmicidade periódica de quase um dia de 24 horas. Numerosas investigações têm sido feitas, revelando que muitas das funções fisiológicas mostram um padrão de flutuação durante o referido período de 24 horas, e portanto com um ritmo circadiano. A palavra circadiano foi introduzida por Halberg (1959). Os ritmos circadianos são os mais estudados e os que apresentam maior interesse para este estudo. Os ritmos circadianos humanos referem-se por isso a uma periodicidade de aproximadamente 24 horas de um certo número de funções fisiológicas, bioquímicas

e comportamentais (Armstrong-Esther e Hawkins, 1982, citados por Clancy e McVicar, 1995).

No humano já foram identificados diversos ritmos circadianos espontâneos: temperatura corporal, sono-vigília, cortisol, mitoses celulares, mesor da frequência cardíaca, tensão arterial sistólica, tempo de recuperação da frequência cardíaca basal após esforço, humor, memória, esforço percebido, tempo de reacção de escolha múltipla, força muscular e vigília atenta (Cruz, 2003b).

Muitos dos estudos realizados, desde experiências em que o homem é colocado nas mais variadas condições (isolamento), seguidas de análises laboratoriais (polissonografias - estudo do sono e bioquímicas) e análises matemáticas, têm revelado resultados que apontam para a natureza endógena da periodicidade circadiana (Halberg, 1960; Kleitma, 1963; Lobban, 1965; Reinberg, 1968; Aschoff, 1969), isto é, gerados por relógios internos específicos. No entanto, existem factores exógenos a influenciar a periodicidade intrinsecamente determinada. Esses factores, denominados por «Zeitgebers» são todos os factores a cujos estímulos o organismo é sensível (Cruz, 2003b; citando Aschoff, 1960 e Bruce, 1960). Um importante «Zeitgeber» dos ritmos circadianos é o ciclo dia/noite (Waterhouse et al., 2000).

Apesar da influência dos factores endógenos e exógenos referidos, a harmonia temporal que se observa na nossa organização interna sugere a existência de processos rítmicos internos – relógios fisiológicos – governando a ritmicidade circadiana (Bunning, 1960; Aschoff, 1965; Conroy e Mills, 1970, citados por Cruz,

2003). A localização de alguns relógios biológicos é incerta, embora os fisiologistas admitam que exista um **relógio principal** que se situa no hipotálamo (Conroy e Mills, 1970, citados por Cruz, 2003b). Os fisiologistas têm-se questionado sobre esta matéria, e vários são os estudos, experimentais e de campo, cujo objectivo é o de conhecer os diversos ritmos e os seus mecanismos básicos. Entretanto, os estudos têm evidenciado diversos ritmos endógenos, isto é, aqueles que não dependem de estímulos exteriores para ocorrerem, como por exemplo, ritmos enzimáticos, endócrinos, digestivos, da temperatura corporal, ritmos psicológicos (actividades cognitivas, memória, humor), ritmo do sono-vigília.

Indivíduos adequadamente sincronizados a um esquema social de trabalho diurno e repouso nocturno apresentam ritmos fisiológicos e comportamentais com valores máximos e mínimos, alocados em diferentes momentos do ciclo de 24 horas. Uma relação de fases estáveis entre os diversos ritmos fisiológicos leva à constituição de uma ordem temporal interna que parece ser condição de saúde para qualquer organismo. Indivíduos submetidos a esquemas temporais alterados, como no caso de pessoas que trabalham à noite, podem apresentar perturbações nos seus ritmos biológicos endógenos em função do conflito temporal entre relógios biológicos e esquema social imposto externamente (Martino, 2002).

Os diversos ritmos biológicos numa mesma pessoa deverão manter entre si relações estáveis. Se por qualquer motivo (ex. trabalho por turnos), os ritmos perderem as relações de fase que deveriam manter, surge uma dessincronização interna, que está

subjacente à maior parte dos problemas de saúde no trabalho por turnos (Ramos, 2003).

1.2 – TRABALHO POR TURNOS

Pode-se definir, trabalho por turnos, como um tipo de organização laboral que visa assegurar a continuidade da produção (bens ou serviços), graças a presença de várias equipas que trabalham, em tempos diferentes, num mesmo posto de trabalho. A competência do trabalho, pode ser determinada como, a autoavaliação que este faz do seu bem-estar no presente e no futuro próximo e da capacidade para assegurar o seu trabalho, tendo em conta as exigências do mesmo, a saúde e os recursos psicológicos disponíveis (Ramos, 2003).

De acordo com o Decreto de Lei nº 99/2003 de 27 de Agosto, artigo 188º considera-se que o trabalho por turnos é qualquer modo de organização do trabalho em equipa em que os trabalhadores ocupem sucessivamente os mesmos postos de trabalho, a um determinado ritmo, incluindo o ritmo rotativo, que pode ser de tipo contínuo ou descontínuo, o que implica que os trabalhadores podem executar o trabalho a horas diferentes no decurso de um dado período de dias ou semana. O trabalho por turnos pode ainda ser definido como sendo um arranjo das horas de trabalho que utiliza duas ou mais equipas de pessoas para cobrir o tempo necessário ao funcionamento de um determinado sistema laboral (Melo, 2001).

Trabalho noturno é, segundo a Organização Internacional do Trabalho, como um turno de pelo menos 7 horas consecutivas incluindo o intervalo da meia-noite às 5 horas (Ilo, 1990).

Como refere Cruz (2003a), hoje em dia, cerca de 29 % da população activa trabalha por turnos, pelo que os efeitos da intolerância a estes horários assume relevância em termos de saúde ocupacional. O trabalho por turnos, particularmente no turno noturno, encontra-se associado a diversas perturbações, podendo estas de uma forma genérica ser agrupadas em três domínios interrelacionados:

- Ⓢ Perturbações circadianas do sono
- Ⓢ Perturbações na saúde
- Ⓢ Perturbações na vida social e familiar.

O facto de parte do sistema circadiano ser endógeno e resistente à mudança indica que uma mudança na rotina de trabalho noturno para trabalho diurno, não pode ser acompanhado biologicamente num curto espaço de tempo. Mas se a isto juntarmos as exigências reais (sociais e domésticas) dos trabalhadores por turnos, essa adaptação poderá ser mais prolongada.

O sistema de trabalho por turnos e o trabalho noturno são considerados pela maioria dos autores (Azevedo, 1980) como um sistema que provoca alterações na saúde e bem-estar dos trabalhadores. Estudos realizados têm demonstrado que os trabalhadores que praticam este tipo de horário apresentam, com maior frequência, queixas de fadiga crónica e alterações gastrointestinais que os trabalhadores que têm

um horário normal. As influências são tanto biológicas como emocionais, devido às alterações dos ritmos circadianos, do ciclo sono-vigília, do sistema termoregulador e do ritmo de excreção de adrenalina (Martins, 2005).

O trabalho por turnos é uma prática frequente e necessária a nível de várias organizações, nomeadamente nas instituições hospitalares. Trata-se de um tipo de horário de trabalho que afecta consideravelmente os técnicos de saúde, nomeadamente os enfermeiros.

1.2.1 - Sistema de Rotação por Turnos

Segundo Minors e Waterhouse (1981), citados por Cruz (2003b), os sistemas de rotação dos turnos deverão ser distinguidos em vários níveis. Nomeadamente, deve-se ter em conta a “duração do turno”, ou seja, o número de horas de trabalho, a “localização nictemeral ou *timing*”, ou seja, o segmento do nictómero em que ocorre o trabalho e a “rapidez de rotação”. Os sistemas de rotação dos turnos variam devido a vários factores. No entanto, segundo os mesmos autores, relativamente à “duração do turno”, os mais frequentes são os de 8 horas, de 12 horas ou de duração irregular. Quanto à “localização nictemeral”, os regimes mais frequentes são o regime de três turnos rotativos de 8 horas, manhã (M) 08:00 – 16:00h., tarde (T) 16:00 – 24:00h. e noite (N) 00:00 – 08:00h. Em relação à “rapidez de rotação” podem ser de rotação rápida (1-2 dias), de rotação lenta (semanal ou quinzenal), de rotação irregular e turnos permanentes (sem rotação). No que diz respeito ao sistema de rotação de turnos utilizado com maior frequência pelos enfermeiros, concretamente em

Portugal, é o de rotação rápida num regime de três turnos rotativos de 8 horas, sendo a sequência TTMMNFF a mais frequente, embora existam modificações consoante as características e as necessidades da unidade de internamento. Cruz (2003b) refere ainda, citando a Akerstedt e Gillberg (1981), se os turnos nocturnos permanentes constituem uma parte de stress fisiológico, a rotação dos turnos também constitui fonte de stress fisiológico e o grau de tolerância ao trabalho por turnos varia com a rapidez da rotação.

Silva (2000a) refere que o que acontece frequentemente no trabalho por turnos, em termos de cronobiologia, é um arrastamento de ritmos por alterações nos Zeitgebers, o que determina uma dessincronização interna (perda das relações de fase entre os ritmos do organismo) em virtude de os ritmos não possuírem as mesmas velocidades de arrastamento face aos diversos sincronizadores. Por outro lado, nos humanos a maioria dos ritmos biológicos arrasta-se mais depressa no sentido horário (atraso) do que no sentido anti-horário. Mas, para além do ciclo dia-noite, outro forte Zeitgeber nos humanos é a ritmicidade social (as rotinas sociais).

Os problemas de saúde associados ao trabalho por turnos são de tal modo importantes que merecem o estatuto de «quadro clínico» nas classificações oficiais de doenças: Classificação Internacional das Doenças da Organização Mundial da Saúde, ICD-10, (WHO, 1992), no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, DSM-IV, (APA, 1994), na versão revista deste Manual (DSM-IV-TR; APA, 2002), na primeira Classificação Internacional das Perturbações

do Sono ICSD-1 (ASDA, 1990), na versão revista, ICSD-R, (ASDA, 1997) e na nova edição desta Classificação, ICSD-2, (AASM, 2005).

A ICSD (ASDA, 1997) divide as perturbações do sono em quatro grupos: as dissónias (perturbações do sono propriamente dito), parassónias (acontecimentos sensorio-motores, vegetativos ou cognitivos que ocorrem durante o sono “normal”), as perturbações do sono associadas a doenças médicas e psiquiátricas e um quarto grupo de perturbações do sono propostos (para os quais há informação insuficiente para merecer o estatuto de entidade diagnóstica). O grupo das dissónias subdivide-se em, três subgrupos: perturbações do sono intrínsecas (as causas são sobretudo fisiológicas), extrínsecas (as causas são principalmente ambientais) e perturbações do ritmo circadiano do sono.

No subgrupo das perturbações do ritmo circadiano do sono incluem-se a síndrome do “jet lag” (mudança dos fusos horários), a perturbação de sono do trabalho por turnos (DSTT) e mais 5 outras perturbações. Na ICSD (ASDA, 1997) o trabalho por turnos, codificado com o número 307.45-1, é definido como um conjunto de sintomas de insónia ou sonolência excessiva que ocorrem associados a escalas horárias de trabalho. A quantidade habitual de sono perdido é da ordem das 1 a 4 horas por episódio de sono, o sono é avaliado como insuficiente, há redução da capacidade de vigilância e as queixas persistem a despeito de manobras de optimização do ambiente, mesmo ao fim de muitos anos de trabalho por turnos.

A versão actual da ICSD (AASM, 2005) inclui 7 categorias de perturbações do sono em vez das 4 categorias definidas na versão anterior, que a seguir indicamos: 1) Insónias, 2) Perturbações do sono relacionados com a Respiração, 3) Hipersónias, 4) Perturbações do Ritmo Circadiano do sono, 5) Parassónias, 6) Perturbações do sono relacionadas com o Movimento, Sintomas isolados do sono, 7) outras Perturbações do sono. Nesta versão actual o Trabalho por Turnos continua a estar incluído como um tipo de Perturbação do Ritmo Circadiano do Sono. Os critérios de diagnóstico incluem igualmente a queixa de insónia ou sonolência excessiva que está temporariamente associada à escala horária de trabalho, contudo inclui-se nesta nova versão um novo critério de duração da sintomatologia. Em vez da quantidade da perda habitual de 1 a 4 horas por episódio de sono os sintomas acima referidos têm que estar presentes durante pelo menos um mês.

A incidência de perturbações da quantidade e da qualidade do sono em trabalhadores por turnos é da ordem dos 60% (Queirós *et al*, 2002). Relativamente aos efeitos psicológicos, a fadiga crónica, as alterações do humor (irritabilidade), problemas graves de vigilância (a que se associam acidentes de trabalho) e mal-estar são as principais queixas. Em diversos estudos realizados em 1985 em hospitais franceses, os resultados mostraram que 72% das licenças prolongadas em enfermeiros que trabalhavam por turnos se deviam a problemas psiquiátricos (Bulhão, 1994).

No ser humano existe uma certa ordem temporal interna, em virtude do sincronismo dos diversos ritmos entre si e modulada pelos *sincronizadores externos*. Com a inversão do horário de trabalho o indivíduo continua a sofrer influências dos

indicadores de tempo (vida familiar, social e cultural), ficando então sujeito ao conflito dos sincronizadores, o organismo tentando ajustar os ritmos biológicos a uma nova reordenação e sua vida de relação social tentando manter a situação anterior. A própria noite cria uma atmosfera que tende a exacerbar a emotividade. O trabalho por turnos é acompanhado de uma redução da total duração do sono e essa redução afectaria sobretudo a recuperação da fadiga nervosa e psíquica (Sagehomme, 1997).

No que concerne ao trabalho nocturno, a experiência pessoal dos trabalhadores e a clínica revelam que o trabalho nocturno é um problema laboral, médico, psicológico e social com custos elevados. Alguns estudos revelam, por exemplo, que a fadiga e a diminuição circadiana da vigiância durante a noite foi a causa de 25% dos acidentes nos EUA entre 1982 e 1984 e de 29% dos acidentes mortais nas auto-estradas francesas em 1992 (Silva *et al*, 1996, citando a Muzet). Num estudo longitudinal de Azevedo (1980), com 70 estudantes femininas de enfermagem, durante o turno da noite, revelou alterações significativas no peso, cansaço (em 28% dos casos) e vida social perturbada (em 22% dos casos), alterações de humor (em 14,3% dos casos), alterações do sono (em 11,4% dos casos) e perturbações gastro-intestinais (em 11,4% dos casos). Diversos estudos experimentais e clínicos apontam para a base cronobiológica dos problemas associados ao trabalho por turnos. Por exemplo Azevedo (1980) encontrou uma inversão significativa na variação diurna do humor, bem como variações circadianas no grau de energia nas 70 estudantes de enfermagem depois de terem iniciado trabalho por turnos.

1.2.2 - CONSEQUÊNCIAS DO TRABALHO POR TURNOS

1.2.2.1– Efeitos Fisiológicos

Uma das repercussões do trabalho por turnos é o aparecimento de problemas digestivos (Minors e Waterhouse, 1981; citados por Cruz e Silva, 1995) e cardiovasculares (Knutson, 1989, citado por Cruz e Silva, 1995; Knutsson, 2004).

As queixas sobre o apetite e as gastro-intestinais são bastante vulgares entre os trabalhadores por turnos, particularmente entre os que fazem noites. A variabilidade dos horários das refeições pode ser um dos factores intervenientes neste problema, esta alteração pode ser não só pela irregularidade de horários, como também pela irregularidade da qualidade dos alimentos.

Alguns estudos mostram que a frequência de úlceras gastro-intestinais é significativamente maior nos grupos profissionais, cuja característica principal é trabalhar por turnos. A irregularidade no horário das refeições a que os trabalhadores estão sujeitos tem sido apontada como um dos principais factores no desenvolvimento de úlceras gástricas (Wyatt e Marriot, 1953, citados por Cruz e Silva, 1995), embora haja estudos que apontem outros factores, como por exemplo, o regime alimentar desequilibrado (Azevedo, 1980).

As alterações do peso e do apetite são outros aspectos referidos pelos trabalhadores nocturnos. Outras queixas gastro-intestinais também referidas são a flatulência⁵, dispepsia⁶, gastralgias⁷, colite⁸, obstipação⁹, diarreia, etc. (Azevedo, 1980).

Doença cardíaca coronária também se revelou, em estudo recente bem controlado (Kutson, 1989, citado por Cruz, 2003), como uma consequência do trabalho por turnos. Apesar de existir uma boa e rápida adaptação do ritmo cardíaco às mudanças provocadas pelo trabalho por turnos, recentemente, alguns estudos têm revelado o reflexo desse sistema de trabalho no sistema cardiovascular. De facto, estudos longitudinais revelaram uma maior incidência de doença coronária em trabalhadores que estão envolvidos em turnos durante onze a quinze anos, assim como estudos epidemiológicos suecos indicam uma maior percentagem de fumadores e altas concentrações de triglicéridos, sugerindo que a prevalência de factores de risco da doença cardíaca é mais alta entre os trabalhadores por turnos. No estudo realizado por Queirós *et al* (2000), a um grupo de trabalhadores por turnos, verificou-se que trabalhar por turnos aumenta a frequência cardíaca, sendo os que trabalham no sistema de turnos de fim-de-semana os que apresentam as maiores frequências cardíacas.

⁵ Distensão gástrica e intestinal com ar ou gás

⁶ Distúrbio da digestão, caracterizada por “sensação de queima”, gases, náuseas e uma sensação de estar “empanturrado”; indigestão

⁷ Dor no estômago

⁸ Inflamação do cólon

⁹ Estado crónico em que a evacuação das fezes é infrequente e difícil

4, 5, 6, 7 e 8 – Duncan (1995)

1.2.2.2 – Efeitos Psicológicos

O trabalho por turnos pode originar algumas modificações em certas áreas do funcionamento psicológico do indivíduo. Um conjunto de queixas muito comum entre os trabalhadores por turnos, e que são, muitas vezes, insuficientemente compreendidas e analisadas, são aquelas que, na falta de uma melhor compreensão, poderiam ser consideradas como “perturbações nervosas” e que consistem em cefaleias, astenia matinal, angústia, alterações de comportamento, agressividade, irritabilidade, hipersensibilidade (essencialmente aos ruídos), diminuição da atenção, depressão e perturbações das relações sociais (Andersen, 1957; Brown, 1957; Aanonsen, 1964; Queinnec, 1985, citados por Cruz, 2003b). Elas teriam como fundamento básico a falta de compatibilidade entre as exigências de uma tarefa e as possibilidades de realizá-la, o que provocaria conflitos, sofrimento psíquico e até patologias.

A fadiga e a sonolência são outras das queixas frequentes entre os trabalhadores por turnos (Knutsson 2004). Brown (1957) e Mann e Hoffman (1960), citados por Cruz (2003b), confirmaram nos seus estudos que o turno da noite era o mais fatigante. No estudo efectuado por Azevedo (1980), uma das queixas mais frequentemente referida, subjectivamente avaliada, foi o cansaço. No estudo realizado por Queirós *et al* (2000), no que concerne à fadiga crónica, os do turno diurno não revelam fadiga crónica, os de rotação semanal apresentam fadiga crónica moderada e os de fim-de-semana são os que apresentam os valores mais baixos.

A sonolência durante o trabalho noturno parece estar associada à grande frequência de acidentes de trabalho neste turno; Cruz (2003b) faz referência a uma série de estudos que confirmam este facto, como o de Torsvall (1987) em que foram analisados trabalhadores noturnos e se verificou uma diminuição do estado de vigília. Outro estudo mencionado, sobre o mesmo problema, é por Gilberg e Akerstedt (1981), os autores verificaram que 10 % dos maquinistas suecos estudados referiam “pequenos sonos” durante o trabalho noturno. Esta hipótese é apoiada por Luce (1977), refere ainda Cruz, que descobriu que são cometidos mais erros e enganos por médicos e enfermeiros durante as primeiras horas da madrugada, especialmente durante as horas mortas, ou seja, no período correspondente à menor temperatura corporal.

Alterações do estado de humor foram também referidas em alguns estudos. Cruz (2003b), refere alguns destes estudos. Estry-Behar e Fonchain (1986), num estudo retrospectivo em que a maioria da amostra era constituída por enfermeiros dum hospital parisiense, verificaram que 89 % de trabalhadores nunca mostraram irritabilidade durante o trabalho diurno, enquanto esse estado foi referido por 35 % durante o trabalho noturno. Por outro lado, estados depressivos nunca foram sentidos por 83 % dos indivíduos durante o trabalho diurno, enquanto durante o período noturno, 44 % dos indivíduos referiram “sentirem-se deprimidos”. No estudo realizado em 1980, Azevedo também verificou modificações nas variações nos estados de humor e no grau de energia. Relativamente ao humor a autora verificou que 80 % das estudantes alvo do estudo consideravam-se como tendo um humor estável, enquanto as restantes (20 %) referiam terem normalmente tendência

para estarem de mau humor. Durante o turno da noite, o número das que tinham humor estável desceu para 62,8 % e as que tinham tendência para mau humor subiu para 37,1 % de um modo significativo. No estudo de Queirós *et al* (2002) 87,5% referem perturbações stressantes, sendo estas: irritabilidade, fadiga, tensão e nervosismo.

Outro aspecto do trabalho de turnos que tem sido objecto de alguma investigação é a opinião/atitude dos trabalhadores em relação aos respectivos turnos. Cruz (2003b), refere, mais uma vez, uma série de estudos sobre este facto, é o caso de Mott (1965), após uma revisão de literatura americana e europeia, concluíram que poucos trabalhadores gostam do trabalho por turnos, muitos são fortemente contra e muitos outros aprenderam a viver com ele. Num estudo feito a Enfermeiras hospitalares, realizado por Paquiel (1976), 52% da população afirmou não apreciar o trabalho nocturno e a maioria parece preferir o turno da manhã. No estudo realizado por Azevedo (1980), mais de 2/3 das estudantes de enfermagem preferiam o turno da manhã, o turno da noite era o segundo mais preferido e o da tarde era o menos preferido. No entanto, afirma Cruz (2003b), existem estudos que contrariam os resultados referidos. Parece existirem factores motivadores que influenciam a atitude de alguns trabalhadores perante o trabalho nocturno, como sejam o dinheiro, a situação familiar e a idade (Burger, 1957; Mann e Hoffman, 1960; Mott, 1965). No estudo realizado por Queirós *et al* (2002) 76% dos inquiridos invocam que com atributos monetários adequados abandonariam o trabalho por turnos, destas respostas poder-se-ia concluir que a maior parte dos inquiridos não gosta de trabalhar por turnos, fazem-no na maior parte por razões económicas.

1.2.2.3 – Alterações Sócio-familiares

O sistema de trabalho por turnos tem frequentemente efeitos desorganizadores da vida social, familiar e horas de entretenimento do trabalhador (Silva, 2000a). O trabalhador com turno rotativo ou nocturno fixo trabalha quando o resto da população dorme, e dorme quando os outros trabalham. Além disso, os dias de descanso nem sempre coincidem com os dos outros trabalhadores. Tudo isto provoca alterações na sua vida social: dificuldades em participar em actividades sócio-culturais, encontros com amigos, espectáculos, etc. No conjunto estas dificuldades provocam um sentimento de isolamento social e alteração dos sincronizadores sociais, por conseguinte, fonte de disritmia. Essas dificuldades aumentam sempre que têm de desempenhar funções parentais (Cruz e Silva, 1995). Um grande inconveniente do trabalho por turnos é relativamente à educação dos filhos. Ou ocupa-se directamente da sua educação e prejudica os seus períodos de repouso diurno ou recorre a terceiros para cuidar deles (levar ao colégio, etc.) O trabalho por turnos também se pode reflectir na estabilidade conjugal, apesar de ser difícil estabelecer uma relação de causa-efeito relativamente a este problema (Silva, 2000a).

Uma das maiores fontes de problemas para o trabalhador por turnos é a dessincronização que existe entre os seus horários, sempre em mudança, e os do resto da sociedade: dormir quando estão todos acordados, trabalhar quando os outros estão a dormir, passar fins-de-semana a trabalhar e folgar quando os outros estão a trabalhar. Esta permanente variação impede que o indivíduo acompanhe normalmente a vida dos seus familiares, acarretando problemas de relacionamento com os filhos e o cônjuge, e perturbando a participação em actividades sociais:

estudo, lazer, vida sindical, vida política, desporto, refere Cruz (2003b). No entanto, se a maioria dos trabalhadores se sentem isolados da sociedade em geral e da família em particular, para outros têm certas vantagens na área das actividades solitárias, como a pesca, a caça, etc. (refere o mesmo autor citando a Mott *et al*, 1965).

Alguns dos estudos realizados tornam ainda evidentes as dificuldades acrescidas para as famílias com crianças pequenas. Dificuldades essas relacionadas com a educação, como por exemplo levar as crianças ao infantário, proporcionar um apoio escolar e, por outro lado, um maior desgaste para o trabalhador pois, muitas vezes, fica comprometido o seu descanso diurno (Cruz, 2003b – citando a Paquiet, 1976; Estry-Behar *et al*, 1986; Michel-Briand *et al*, 1981). No estudo realizado por Queirós *et al* (2002) os inquiridos referem apresentar alterações sócio-familiares por consequência do trabalho por turnos, nomeadamente a dificuldade em fazer refeições em conjunto (71,9% da amostra), dificuldade em ter um hobby regular (68,8% da amostra), reunir com os amigos (59,4% da amostra) e acompanhar o cônjuge ou companheiro (59,4% da amostra).

1.2.2.4 - Alterações do sono

Uma das principais áreas onde se reflecte o trabalho por turnos é sem dúvida no *sono*. O sono é um verdadeiro “alimento” para o cérebro, assim como para todo o organismo em geral. A duração diária normal de sono é muito variável de indivíduo para indivíduo. Como foi referido, o trabalho nocturno produz uma dessincronização

nos ritmos circadianos, incluindo o mais óbvio de todos, o ritmo de sono-vigília. Esta dessincronização reflecte-se essencialmente na duração e na qualidade do sono.

O sono é um momento confortável por que passamos cerca de um terço do nosso tempo. É uma das necessidades biológicas fundamentais, uma exigência indispensável à sobrevivência, bem-estar e eficiência do indivíduo. Os estudos neurofisiológicos realizados permitem classificar o sono em dois estados com diferentes características fisiológicas e comportamentais. O sono *NREM*, onde não se observam movimentos oculares, ocupa cerca de 75% da totalidade do sono. Subdivide-se em quatro estádios que evoluem num *continuum* de “profundidade do sono”, concentrando-se os estádios 3 e 4 na 1ª metade do sono; toda a actividade do organismo (cardio-vascular, bioquímica, térmica, et.) encontra-se diminuída e é considerado o sono de maior profundidade. O sono *REM*, é o período de sono em que se observam movimentos oculares rápidos, está associado a uma intensa actividade onírica, ocupa cerca de 25% da totalidade do sono repetindo-se 4 a 5 vezes por noite. Considerado o de menor profundidade e apresenta níveis de actividade cerebral bastante elevados, próximo do estado de vigília (Cruz e Silva, 1995).

Relativamente à duração do sono por cada 24 horas, o sono varia de forma importante com a idade, encontra-se diminuído no recém-nascido (por ainda não estar bem adaptado) e a partir dos 65 anos, sendo estável na adolescência e idade adulta. No que respeita aos aspectos da qualidade do sono, o número de despertares, durante sono, aumenta de forma linear com a idade e, o tempo que se demora para adormecer é cada vez maior. A partir dos 40-50 anos há uma diminuição da

profundidade do sono e da intensidade da vigília. Para além da idade, os estudos realizados referem existir outros factores que podem influenciar o sono: sexo, factores ambientais, factores associados à variabilidade individual (Cruz e Silva, 1995).

Existe uma grande variabilidade individual no número de horas de sono-nocturno – a média mais referida é de 8 horas (Kleitman, 1963; citado por Cruz 1995), podendo variar entre as 5 e as 10 horas ou mais. Quando há inversão do ciclo sono-vigília, a média de horas de sono por dia situa-se entre as 4 e as 6 horas, quando há duração média normal é de 8 horas (Clément e Bourlière, 1961; Kleitman, 1963; Mcghie e Russel, 1962; Johns e Col, 1971) – Cruz e Silva, 1995.

Quando se inverte o ciclo sono/vigília, ou seja se dorme de dia e se trabalha à noite haverá uma *dessincronização externa*. Por outro lado, a inversão do ciclo sono/vigília não induz o organismo a uma inversão de todos os outros ciclos na mesma velocidade, o que contribui para aumentar a *dessincronização interna* e agravar os sintomas de inadaptação ao programa de turnos e ao trabalho nocturno com o aparecimento de diversas patologias. Segundo Silva Filho e Turnes (1995) há uma forte dependência entre a qualidade do sono e a qualidade da vigília, ou seja, não dormir ou dormir mal se traduz em dificuldades para cumprir as actividades que requerem uma vigilância intensa e/ou resistente. De acordo com Foret (1984) os horários de trabalho, que impedem os indivíduos de dormir nos horários habituais, são factores que lesam consideravelmente o equilíbrio psicofisiológico dos trabalhadores.

Para Filho (1998) – citando Ferreira (1987) e Harrington (1994), a quantidade de sono para trabalhadores do turno noturno pode ficar reduzida em até duas horas por dia, a qualidade também fica diminuída, a estrutura interna do sono fica alterada, sendo que o prejuízo se acumula ao longo dos dias, levando a um débito constante do sono. Há pois, um déficit na duração do sono que será parcialmente recuperado nos dias de descanso ou quando se trabalha de dia. As alterações da qualidade de sono incluem a dificuldade para dormir, sono interrompido, despertar precoce, pesadelos, cansaço ao acordar, etc. A continuidade ou fraccionamento do sono são factores importantes da qualidade do mesmo e, como se compreenderá, a duração do sono deve estar relacionado com a qualidade deste. Alguns estudos realizados mostram precisamente existir uma diferença nítida em alguns parâmetros do sono entre trabalhadores noturnos e diurnos. Isto é, tempo para adormecer, os acordares durante o sono, o acordar precoce e a utilização de hipnóticos. Concomitantemente, outros factores vão também influenciar e contribuir para o aparecimento de alterações do sono. Os ruídos ambientais procedentes da residência e comunidade são um factor relevante de alteração do sono, assim como, a existência de filhos pequenos que cria uma carga extralaboral importante.

Num estudo realizado por Fernandes *et al* (2002), no Centro Hospitalar Póvoa de Varzim, verificou-se que 74% dos inquiridos referem perturbações do sono após o turno noturno, como se constata em outros estudos como o de Melo (2001) e Silva (2000b).

A redução do estado de vigília durante o trabalho noturno e da duração do sono diurno pode levar a um aumento no consumo de café, hipnóticos e álcool. A privação de sono prolongada reflecte-se igualmente a vários níveis (psico-sócio-familiares). A nível psicológico é evidente uma diminuição da auto-estima e da auto-eficácia podendo originar sentimentos de frustração, ansiedade e cólera. Esta situação vai ao encontro da constatação de alguns investigadores que verificaram que alguns “distúrbios neuróticos”, nomeadamente, a depressão e a ansiedade, eram mais frequentes entre os trabalhadores noturnos (Cruz, 2003b). Os resultados de outros estudos apresentaram problemas a nível da memória semântica e dificuldade em “pensar com clareza”, assim como possibilidades de existir uma relação entre a diminuição da eficiência do sono e a habilidade de pensamento divergente (Cruz, 2003 citando a Horne, 1988).

As alterações a nível da duração e qualidade do sono levam ao aparecimento de um estado de fadiga mental. Alguns estudos têm revelado que no trabalho noturno há uma diminuição importante do estado de vigília, entre 2 e as 4 da manhã. Isto, juntamente com a fadiga mental acarretará 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 pode, também, pôr em risco a segurança do próprio trabalhador, colegas e utentes (Cruz e Silva, 1995).

1.2.2.5. – Efeitos na Educação / Formação

O desempenho e outras funções fisiológicas, comportamentais, cognitivas e afectivas com ele relacionadas, flutuam de forma cíclica e têm implicações diversas na aprendizagem e nas relações interpessoais (Silva *et al*, 1996).

Estudos diversos em escolas e jardins-de-infância têm mostrado que a distribuição das tarefas escolares deveria obedecer a princípios cronocientíficos, assim como o rendimento escolar poderá ser comprometido se um indivíduo matinal tiver aulas à noite ou se um indivíduo vespertino tiver aulas logo cedo pela manhã. No que diz respeito às actividades cognitivas, a memória a curto prazo apresenta-se mais eficiente ao fim da manhã, enquanto que a memória a longo prazo ao fim da tarde, quer para memorizar quer para recordar (Crepón, citado por Silva *et al*, 1996). A regularidade dos horários de sono-vigília é fundamental para uma boa aprendizagem, sobretudo em tarefas que impliquem pensamento divergente (Horne, citado por Silva *et al*, 1996). O resultado de outros estudos apresentou problemas a nível da memória semântica e dificuldade em “pensar com clareza” (Cruz, 2003b – citando a Mendelson *et al*, 1984), assim como possibilidades de existir uma relação entre a diminuição da eficiência do sono e a habilidade de pensamento divergente (Silva *et al*, 1996).

Alguma literatura disponível sugere que padrões de sono e horários escolares podem influenciar de modo significativo o funcionamento académico de estudantes. Sono e vigília são dois processos estreitamente relacionados, influenciando-se mutuamente.

Interessa aqui focar as possíveis repercussões do primeiro sobre o segundo. Ainda não se sabe, ao certo, porque necessitamos de passar cerca de um terço das nossas vidas a dormir. Entre outras possíveis funções do sono, julga-se que está intimamente relacionado com as funções cognitivas, nomeadamente com o processamento da informação, a consolidação da memória e de aprendizagens (Lavie, 1998; Ramos Platón, 1996). Investigações experimentais em estudante universitários indicam que variações nos horários de deitar-levantar de apenas 2-4 horas podem associar-se a aumento de fadiga, pior humor e diminuição do desempenho (Taub e Berger, 1973; 1974). Estudos experimentais mais recentes observaram que estudantes com horários irregulares têm mais sonolência diurna que os colegas regulares, mesmo com sono de duração suficiente (Manber, Bootzin, Acebo, Carskadon, 1996).

Dificuldades de sono costumam ser acompanhadas de consequências diurnas indesejáveis como a diminuição da motivação, da concentração e do humor, aumento de fadiga e sonolência interferindo com o desempenho de tarefas do dia-a-dia. É então de esperar, que no que diz respeito à educação, padrões de sono alterados se mostrem relacionados com o funcionamento académico (Gomes, Tavares e Azevedo, 2001).

Estas recomendações revelam a importância que o respeito pela ritmicidade circadiana assume na organização das actividades de aprendizagem e de definição de políticas de educação. Neste sentido, torna-se imperioso que se proceda a um maior número de estudos na área da cronobiologia da educação, a área mais deficitária da biologia do tempo (Monte-arroio, Silva, Silvério, Pereira e Alves, 2000).

1.3 - A FORMAÇÃO CONTÍNUA NOS ENFERMEIROS

No último meio século assistiu-se a um crescimento exponencial das actividades de formação profissional contínua, vertente fundamental da visibilidade e autonomia do campo da formação de adultos, relativamente aos tradicionais sistemas escolares (Canário, 2000).

A formação é um processo que não se deixa controlar facilmente; acontece mais vezes quando não esperamos do que quando a programamos. O que conta é criar meios e ensejos de formação, colocar ao dispor dos adultos um repertório de possibilidades que lhes permitam compreender melhor o seu trabalho e aperfeiçoar as suas competências profissionais, reflectir sobre os seus percursos pessoais e sociais, adquirir conhecimentos e sistematizar informação. “Formar-se não é algo que se possa fazer num lugar à parte, bem pelo contrário, é um processo que se confunde com a própria vida dos adultos” (Nóvoa, no prefácio de Canário, 2000:5).

A realidade social com a qual se articula o campo da formação profissional dos adultos é, no mundo de hoje, marcada por um acentuado fenómeno de mobilidade social que conduz a alterar, de forma significativa as relações entre a formação e o trabalho. Tradicionalmente, um momento forte de formação inicial preparava para o exercício de uma actividade profissional, durante o resto da vida. A formação contínua corresponderia a momentos de reciclagem que viriam remediar a inevitável obsolescência dos conhecimentos adquiridos. Contudo este modelo linear e cumulativo é posto em causa a partir do momento em que se encadeiam, de modo

interactivo, sucessivos momentos de formação e de trabalho, associados a processos de reconversão profissional.

A formação define-se e especifica-se pelo seu público, os seus processos, as suas intenções e as suas referências. A formação impõe-se como um motor do desenvolvimento e um meio de promoção individual e social (Marc e Garcia-Loequeneux, 1997).

A evolução da formação contínua de adultos foi condicionada pelas próprias transformações ocorridas no domínio das teorias das organizações e pelo efeito que tiveram nos modos de organização do trabalho e nos processos de gestão (Barroso, 2003).

A importância estratégica da formação profissional contínua e, portanto o reequacionamento da sua relação com a formação inicial, só poderá ser plenamente compreendida se conseguirmos avançar no esclarecimento do fenómeno, tão comum e tão conhecido dos formadores e dos formandos, que consiste na dificuldade de operar o *transfer* de aprendizagens realizadas na situação de formação, para as situações reais de trabalho. Esta dificuldade exprime a relativa “ineficácia” das formações iniciais que tem sido assinalada em diferentes investigações empíricas (Costa, 1994; Carraça, 1994; Palmeiro, 1995, citados por Canário, 2000). O desajustamento entre o que foi “ensinado” e “treinado” na formação inicial e as práticas profissionais observáveis, em situação real, só é lido como “ineficaz” porque a matriz conceptual de referência encara a prática profissional como um momento de

aplicação, caracterizado pela previsibilidade. Nesta perspectiva, uma formação inicial “pouco” eficaz é susceptível de ser corrigida com um acréscimo de racionalidade técnica e de cientificidade. Isto é, o que está em causa é, justamente, a descontinuidade entre uma e outra situação (situação de formação e situação de trabalho) o que faz apelo à distinção clara entre a noção de qualificação e a noção de competência.

A formação dos enfermeiros constituiu desde o início uma preocupação ao nível dos hospitais que, rapidamente, aderiram ao Movimento de Educação Permanente, procurando, por um lado, colmatar as insuficiências de escolarização dos seus profissionais (muitos dos enfermeiros tinham então a 4ª classe ou o ciclo preparatório), através da formação recorrente e, por outro, responder às crescentes necessidades de formação que a tecnologização da medicina exigia, tendo-se organizado então os departamentos de Educação Permanente em Enfermagem que, actualmente estão integrados nos centros de Formação Multiprofissional (Luísa d’Espiney, *in* Canário, 2003:172). Só em 1990, se deu início ao processo de integração, do ensino em Enfermagem, no Ensino Superior Politécnico, situação que ainda não está totalmente regularizada.

A prestação de cuidados de saúde, por razões de natureza social, demográfica e política, constitui, nas sociedades modernas, um campo de práticas sociais, profissionais e formativas em plena expansão e diversificação. A ênfase colocada na promoção da saúde, alargando o conteúdo deste conceito e articulando-o com contextos sociais e ambientais (em vez de um acento tónico na “cura das doenças”),

corresponde a uma nova visão paradigmática que tem conduzido, nas últimas décadas, a questionar e a reformular a missão atribuída quer às instituições, quer aos actores que protagonizam as políticas de saúde. A formação emerge, então, à semelhança do que se passa noutros domínios profissionais, como um instrumento essencial, quer para fazer face a mutações que decorrem da própria inércia social, quer para produzir e gerir mudanças deliberadas. A importância atribuída à formação, no campo da saúde, tem vindo a traduzir-se, nomeadamente em Portugal, na materialização de três grandes tendências: A primeira corresponde ao desenvolvimento e expansão quantitativa da oferta de formação contínua, dirigida a profissionais da saúde (particularmente enfermeiros) na sequência do movimento de Educação Permanente que remonta ao início dos anos setenta e se traduz na criação de DEP (Departamentos de Educação Permanente) nas principais unidades de saúde. Traduz-se ainda por uma acção crescentemente interventora das estruturas centrais do Ministério da Saúde na promoção de programas de formação alargados. Uma segunda tendência corresponde a um processo de enriquecimento, diversificação e complexificação de uma *paisagem* profissional tradicionalmente polarizada no médico e na enfermeira, mas tendo como referência tutelar ideal tipo da profissão médica, marcada pela tecnicidade e pela cientificidade, consubstanciando-se no que é geralmente designado por "modelo biomédico". Uma terceira tendência tem a ver com a articulação entre a formação (nomeadamente a formação inicial) e os processos em curso de construção, reconstrução ou afirmação identitária dos grupos profissionais não médicos, o que se tem vindo a consubstanciar na emergência de um importante subsistema do ensino superior politécnico, com funções importantes nos

domínios da formação inicial e contínua, da investigação e da intervenção nas comunidades locais (Canário, 2003).

A importância que nas duas últimas décadas se tem atribuído à problemática das relações entre o mundo da formação e o mundo do trabalho é tal que é, em torno dela, que se tende a polarizar os eixos de referência das políticas educativas e a produzir-se renovação epistemológica teórica e metodológica quer das Ciências do Trabalho quer das chamadas Ciências da Formação. Temos assistido a um investimento crescente no estudo dos processos de formação e socialização dos profissionais de saúde localizados em Unidades Hospitalares (Abreu, 1996). Um dos sectores socioprofissionais mais relevantes pela importância que assume na assistência ao utente, no seio do hospital, é a Enfermagem, refere o mesmo autor. A análise sociológica da profissão permite concluir que a Enfermagem é um dos sectores socioprofissionais cuja trajectória identitária mais se tem transformado, num processo contingente e estratégico onde se destacam a tentativa de demarcação do poder médico, a construção de modelos de racionalidade facilitadores da conquista de autonomia profissional e a valorização crescente das diferentes dinâmicas de formação que se articulam ao longo dos percursos de vida dos enfermeiros. Neste processo de (re)configuração identitária, a formação ocupa um estatuto de relevo, na medida em que facilita a visibilidade dos saberes específicos da profissão e traduz o processo de problematização das práticas profissionais, fundamentais para a demarcação social e científica da profissão.

No que diz respeito ao ponto de vista organizacional, Hesbeen (2000), refere que o processo de formação contínua se traduz por *acções internas* ao estabelecimento e por *acções externas*. As acções internas podem beneficiar das intervenções dos formadores afectos ao serviço, bem como de formadores-consultores, inclui seminários de discussão entre profissionais ou entre serviços, colóquios de enfermagem e/ou a documentação/biblioteca. As acções externas são caracterizadas pelos Congressos, comunicações, Jornadas, entre outras.

A formação contínua nas instituições de saúde tem sido, apesar de tudo, o motor de diversas transformações internas, quer ao nível das práticas profissionais, quer ao nível das sociabilidades colectivas. Quando, no início da década de oitenta, se incentivou a então denominada *Formação em Serviço*, refere Abreu (1996), não se fez senão valorizar as acções formais e pontuais, realizadas no local de trabalho, em tempos considerados menos produtivos. A *formação em serviço*, terminologia com que era referenciada na cultura hospitalar, simbolizava desta forma uma postura tradicional e *endoutrinadora* de transmitir informação. A orientação social da profissão exige que a mobilização de saberes, atitudes e habilidades seja concretizada simultaneamente em sala de aula e na área clínica, quer ao nível hospitalar, quer na comunidade. A importância da prática clínica não reside a necessidade de aplicar conhecimentos teóricos adquiridos: a prática clínica, o trabalho com o doente, permite desenvolver competências que são acessíveis somente por esta via. Por outro lado, o contacto com a comunidade insere o enfermeiro numa cultura profissional única, onde se cruzam diferentes representações sobre a profissão, diversas

ideologias profissionais e estratégias de negociação com o poder médico. Heesbeen (2000) refere-se à formação como “*a segunda grande missão do hospital*”(pp:119)

A articulação entre a dimensão pessoal e profissional da formação, a dimensão social e colectiva do exercício do trabalho, a relação complexa entre saberes teóricos e saberes construídos na acção constituem dimensões muitas vezes completamente ignoradas, afirma Canário (2003), e diz ainda que, predomina uma concepção do exercício do trabalho em que este é susceptível de uma descrição prévia que permitiria a identificação dos pré-requisitos necessários, susceptíveis, por sua vez, de serem traduzidos e operacionalizados em objectivos e técnicas de formação. Uma formação “eficaz” é, então, transferida, por um processo de “aplicação”, o que transforma a formação num processo de treino, de natureza instrumental e adaptativa, e o exercício do trabalho num processo de reprodução de normas e gestos, estabelecidos e aprendidos *a priori*. Esta visão do mundo do trabalho e do saber profissional é claramente redutora e inadequada, nomeadamente no que respeita à *família de profissões* no campo da saúde, quer no campo médico quer no campo de enfermagem.

A realidade social com a qual se articula o campo da formação profissional contínua dos adultos é, no mundo de hoje, marcada por um acentuado fenómeno de mobilidade social que conduz a alterar, de forma significativa, as relações entre formação e o trabalho. Tradicionalmente, um momento *forte* de formação inicial preparava para o exercício de uma actividade profissional, durante o resto da vida. A formação contínua corresponderia a momentos de “reciclagem” que viriam remediar

a inevitável obsolescência dos conhecimentos adquiridos. Contudo, este modelo linear e cumulativo é posto em causa a partir do momento em que se encadeiam, de modo interactivo, sucessivos momentos de formação e de trabalho, associados a processos de reconversão profissional (Canário, 2000). A formação contínua comporta **desafios identitários** (Dubar, 2003).

Canário (2003) refere a formação dos enfermeiros como “balizada” por dois momentos fortes e de carácter formalizado (escolar): o curso geral de enfermagem e o curso de especialização. Entre estes dois momentos medeia, necessariamente, um período, mais ou menos longo, de experiência profissional. Esta experiência não só é sistematicamente mobilizada como, pelo contrário, tende a ser esquecida e desvalorizada. Um estudo realizado por José Botelho em 1993 (referenciado por Canário, 2003:141), em que foi utilizado um inquérito aplicado a um grupo de cerca de duas centenas de enfermeiros a frequentarem o curso de especialização, permitiu por em evidência a importância dos percursos formativos individuais e a diversidade de experiências ao longo deste período da vida profissional. Assim, e segundo as conclusões de Botelho, 40% dos enfermeiros inquiridos após o curso geral melhoraram as suas habilitações literárias de base através de cursos superiores; quanto à tentativa de superar dificuldades sentidas na vida profissional, cerca de 60% procuram a frequência de acções de formação, enquanto que mais de 80% declaram consultar, com esse fim, livros, revistas e outro material bibliográfico da especialidade. Mas é a experiência directa que os inquiridos mais valorizam.

Abreu (1996) realizou um estudo em 1996, no qual uma das questões iniciais era: *até que ponto se estaria perante um dispositivo de formação em exercício, articulado com o trabalho e localizado nos mesmos espaços e nos mesmos tempos deste*. Este estudo estava inserido no contexto da formação contínua dos profissionais de saúde no seio das organizações, devido à imposição de modelos de gestão. O autor afirma que a formação contínua dos profissionais de enfermagem tem um significado especial para a profissão, uma vez que permite dar visibilidade social a processos que se incluem na estrutura identitária mas que se encontram invisíveis (embora existam), sendo por tal motivo omitidos pela investigação, formação e prática profissional. Uma das conclusões deste estudo foi que se verifica que o grupo de enfermeiros em estudo, valoriza as práticas de formação que existem realmente no contexto de trabalho, mas que não são oficialmente reconhecidas como tal (momentos informais e não formais): trata-se de acções consideradas periféricas pela cultura organizacional. No entanto, valorizam também os momentos formais, aos quais se atribui um papel de relevo no desenvolvimento das práticas.

A articulação estreita das práticas formativas com os contextos de trabalho tem o seu fundamento no reconhecimento do valor formativo do ambiente de trabalho. O desajustamento entre o que foi *ensinado e treinado* na formação inicial e as práticas profissionais observáveis, em situação real, só é “lido” como “ineficaz” porque a matriz conceptual de referência encara a prática profissional como um momento de “aplicação”, caracterizado pela previsibilidade. Nesta perspectiva, uma formação inicial “pouco eficaz” é susceptível de ser “corrigida” com um acréscimo de racionalidade técnica e de cientificidade. Ora o que está em causa é, justamente, a

descontinuidade entre uma e outra situação (situação de formação e situação de trabalho) o que faz apelo à distinção clara entre a noção de qualificação e a noção de competência, refere Canário (2000), e afirma ainda que os saberes anteriormente adquiridos constituem um stock de recursos que podem ser mobilizados segundo modalidades e configurações muito diversas. É isto que explica o facto de a sabedoria, prévia ao exercício profissional (ou seja a qualificação), não ser um garante da competência.

O termo competência é recente no campo da formação de Adultos e a sua grande força reside na sua capacidade em expressar uma outra maneira de ver os problemas da formação e da gestão de recursos humanos. Desloca-se o pensamento para o sujeito que *é o adulto que aprende* (Bártolo, 2007, defendendo a perspectiva de Bellier, pp:32).

Para os funcionários de hoje a formação de tipo “escolar” é rejeitada porque não tem nada a ver com o trabalho diário, a única formação que interessa é a formação prática, directamente ligada ao trabalho, aquela que desenvolve saberes práticos, úteis para o trabalho e adquiridos directamente pelo seu exercício, afirma Dubar (2003). O mesmo autor refere, ainda, que pelo contrário, os discursos que valorizam os diplomas e a mobilidade voluntária exprimem uma concepção escolar da formação como meio de adquirir títulos socialmente valorizados. Os **saberes teóricos** são um elemento essencial de apresentação de si próprio e de valorização de uma identidade que não se define a partir do trabalho. A formação mais procurada é aquela que mais se aproxima da forma académica, aquela que prevalece na

universidade tradicional, e as formas mais reprodutoras da formação contínua. Ligar excessivamente a formação ao trabalho ou à empresa afasta estes trabalhadores que a consideram como o ensino “ao desbarato”. Aqueles que exprimem uma identidade profissional e consideram o trabalho como uma especialidade que os define inteiramente apenas concebem a formação como um aperfeiçoamento na sua especialidade. Os saberes **técnicos** são os únicos valorizados porque permitem esta progressão ao longo de uma carreira estruturada em níveis e que deve conduzir à excelência da arte.

No campo da formação profissional contínua, a tradicional dicotomia entre o lugar de “aprender” e o lugar de “fazer”, características da “forma escolar”, tende a ser contrariada por uma forte finalização das situações formativas, em relação às situações de trabalho. As formações clássicas, escolarizadas, dirigidas à capacitação individual para o “posto de trabalho”, são reconhecidamente ineficazes quando está em jogo a necessidade de produzir mudanças organizacionais (Canário, 2000).

A especificidade da formação de adultos justifica a importância deste tema assim como a sua análise e interpretação, de forma a não existir erros de *leitura*, assim afirma Costa (1998) entre o que é formação contínua – na prática e experiência. Esta autora defende que, a experiência é um termo que, tanto no plano conceptual como no plano mais operativo, se apresenta com imprecisões. Considerando a sua etimologia latina, experimentar significa fazer a tentativa, tentar. Designa o conhecimento *experimentado*, independente do conhecimento teórico sobre o mesmo. Costa (1998) menciona, ainda, a Argyris e Schöm, onde sugerem que a

prática diária, quando conotada com a rotina, ajuda aos profissionais a permanecerem cegos sobre as suas incapacidades; acrescentam também que a (re)educação deve tentar identificar as teorias da prática (pp:26). Esta visão conduz à ideia de que a prática não é uma ciência, ocasionando o distanciamento da teoria científica da observação corrente e da acção quotidiana.

1.3.1 - Trabalhar versus Estudar

Trabalhar e estudar em simultâneo começa a ser uma prática cada vez mais usual em todos os países da Europa. No ensino superior português cerca de 20% dos alunos são trabalhadores-estudantes¹⁰. O desejo de progredir na carreira, obter uma melhor remuneração ou aprender mais leva quem já está empregado a procurar adquirir novos conhecimentos/formações.

Para beneficiar das regalias estabelecidas incumbe ao trabalhador-estudante¹¹, junto da entidade empregadora, fazer prova da sua condição de estudante, apresentar o respectivo horário escolar e comprovar o aproveitamento no final de cada ano escolar; junto ao estabelecimento de ensino, comprovar a sua qualidade de trabalhador. Cabe às empresas ou serviços elaborar horário de trabalho específico para os trabalhadores-estudantes, com flexibilidade ajustável à frequência das aulas e à inerente deslocação para os respectivos estabelecimentos de ensino. Quando tal não

¹⁰ Dados de um artigo da Pagina da Educação (www.apagina.pt/arquivo/Artigo.aspID=4136)

¹¹ Considera-se trabalhador-estudante todo o trabalhador por conta de outrem, independentemente do vínculo laboral, ao serviço de uma entidade pública ou privada e que frequente qualquer nível de ensino oficial ou equivalente, incluindo cursos de pós-graduação, realização de mestrados ou doutoramentos, em instituição pública, particular ou cooperativa (www.superemprego.sapo.pt/pt/E139/567648.html)

seja possível, a lei impõe que o trabalhador-estudante será dispensado até seis horas semanais, sem perda de retribuição ou de qualquer outra regalia, se assim o exigir o respectivo horário escolar. O trabalhador-estudante que preste serviço em regime de turnos tem direito de preferência na ocupação de postos de trabalho compatíveis com a sua aptidão profissional e com a possibilidade de participar nas aulas que se proponha frequentar.

Entre duas realidades, por vezes, com interesses antagónicos, um trabalhador-estudante¹² enfrenta dificuldades quer no local de trabalho quer no de estudo, são exemplos situações em que foi negado o estatuto de trabalhador-estudante visto que num serviço hospitalar não podia ser dada dispensa; noutra situação foi necessário abandonar o emprego visto apesar de ter estatuto trabalhador-estudante não eram dadas as dispensas para estudar ou fazer exames. Neste mesmo artigo, vem também referenciado que *a falta de tempo para estudar é apontada como a maior condicionante do desempenho académico pela maioria dos inquiridos, assim como o cansaço é o “pior inimigo”*.

No âmbito do sistema de formação profissional, no que diz respeito à formação contínua, segundo o **Código de Trabalho**, Lei 99/03, subsecção II, artigo 125º, compete ao empregador:

1-Promover, com vista ao incremento da produtividade e da competitividade da empresa, o desenvolvimento das qualificações dos respectivos trabalhadores, nomeadamente através do acesso à formação contínua;

¹² www.apagina.pt/arquivo/Artigo.aspID=4136

Organizar a formação na empresa, estruturando planos de formação e aumentando o investimento em capital humano, de modo a garantir a permanente adequação das qualificações dos seus trabalhadores;

Garantir um número mínimo de horas de formação anuais a cada trabalhador seja em acções a desenvolver na empresa, seja através da concessão de tempo para o desenvolvimento da formação por iniciativa do trabalhador;

Reconhecer e valorizar as qualificações adquiridas pelos trabalhadores, através da introdução de créditos á formação ou outros benefícios, de modo a estimular a sua participação na formação;

2-A formação contínua de activos deve abranger em cada ano, pelo menos 10% dos trabalhadores com contrato sem termo de cada pessoa;

3-Ao trabalhador deve ser assegurada, no âmbito da formação contínua, um número mínimo de trinta e cinco horas anuais de formação certificada.

Para a realização de formação contínua, prevê também a legislação que segundo o Decreto-Lei nº 272/88, de 03 de Agosto, no que se refere à Equiparação a bolseiro de funcionários e agentes da Administração Pública, que *devem ser criadas condições que estimulem o mérito e a capacidade, bem como os inerentes mecanismos de valorização, permitindo, designadamente, a realização de estudos complementares.*

Nos termos da alínea a) do nº1 do artigo 201º da Constituição, o governo decretou que:

Artigo 1º

1-Funcionários e agentes do Estado e das demais pessoas colectivas de direito público poderá ser concedida a equiparação a bolseiro no País, quando se proponham realizar programas de trabalho e estudo, bem como frequentar cursos ou estágios de reconhecido interesse público.

2-(...) não poderá ser concedida para a realização de programas de trabalho e estudo, cursos ou estágios, com duração inferior a três meses.

Artigo 2º

1-A equiparação a bolseiro caracteriza-se pela dispensa temporária, total ou parcial, do exercício das funções, sem prejuízo das regalias inerentes ao seu efectivo desempenho, designadamente o abono da respectiva remuneração e a contagem de tempo de serviço para todos os efeitos legais

Segundo os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros, sobre os números de membros activos e efectivos em 30 de Agosto de 2007, no que diz respeito às habilitações académicas existentes podemos verificar no Quadro 1 que:

	Nº
CURSO DE LICENCIATURA EM ENFERMAGEM	13232
CURSO DE COMPLEMENTO DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	7912
ANO COMPLEMENTAR DE FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM	2356
PÓS GRADUAÇÕES	426
MESTRADOS	284
DOUTORAMENTOS	8
CESE'S	2166
DESE'S	2614

Quadro 1 – Habilitações académicas dos Enfermeiros no ano 2007

Através destes dados podemos verificar que o número de enfermeiros com habilitações académicas diferenciadas, nomeadamente mestrados e/ou doutoramentos é relativamente baixo em relação a outras profissões. Sendo a formação profissional contínua dos Enfermeiros essencial para o aperfeiçoamento das suas competências e sendo o trabalho por turnos inevitável face às exigências actuais dos Hospitais nos cuidados de saúde aos doentes, é de enorme importância estudar e avaliar de que forma os horários de trabalho podem influenciar a participação dos Enfermeiros na formação contínua. Neste contexto, realizámos o estudo que apresentamos na 3ª parte da dissertação.

CAPITULO II – EDUCAÇÃO DE ADULTOS, FORMAÇÃO DE ADULTOS E APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA

A problemática do reconhecimento institucional das aprendizagens realizadas pelas pessoas em todos os contextos de vida tem vindo a afirmar-se nas agendas políticas europeias e mundiais. Esta tendência da orientação das políticas educativas é, igualmente, visível, ao nível dos actores institucionais, no sentido das práticas sociais e no pensamento científico no campo da educação, em particular, da educação e formação de adultos (Duarte, 2003).

Ao longo deste capítulo irá surgir quer a expressão educação de adultos, quer a expressão formação de adultos. Convém desde já e de uma forma breve, esclarecer o sentido atribuído a cada uma deles. Santos Silva (1990) recorre à expressão educação de adultos, quase não utilizando a segunda. Já Canário (2000) utiliza as duas mas esclarece a significância que atribui a cada uma delas; este autor associa a educação de adultos com a alfabetização (e o ensino recorrente), enquanto formação de adultos à formação profissional. No entanto utiliza mais a primeira, atribuindo-lhe o significado que resultou da Conferência Geral da UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura), em Nairobi, em 1976, que dá à expressão educação de adultos um significado bastante mais vasto:

“O conjunto de processos organizados de educação, qualquer que seja o conteúdo, o nível e o método, quer sejam formais ou não formais, quer prolonguem ou substituam a educação inicial dispensada nos estabelecimentos escolares e universitários e sob forma de aprendizagem profissional, graças aos quais pessoas consideradas como adultas pela sociedade de que fazem parte desenvolvam as suas aptidões, enriquecem os seus conhecimentos, melhoram as suas qualificações técnicas ou profissionais ou lhes dão uma nova orientação, e fazem evoluir as suas atitudes ou o seu comportamento na dupla

perspectiva de desenvolvimento pessoal integral e de participação no desenvolvimento socioeconómico e cultural equilibrado e independente” (Melo *et al*, 1998:43).

Uma das ilações que podemos retirar desta definição é que a Educação de Adultos abrange todas as vias *formativas ao longo da vida*, desde a infância até ao idoso. Segundo esta definição, foram definidas quatro dimensões, no sistema de Educação de Adultos de Portugal. Uma das quatro dimensões da Educação de Adultos em Portugal, que merece ser destacada neste estudo, é a que contempla a crescente necessidade de projectos de formação, onde os cidadãos adultos podem “*buscar formação profissional, inicial, contínua, de reciclagem, reconversão ou aperfeiçoamento*” (Melo *et al*, 1998:45).

Esta dimensão da Educação de Adultos encontra-se contextualizada de acordo com uma sociedade que aprende (sociedade cognitiva) e está relacionada com a clássica fórmula de educação permanente e com nova concepção de aprendizagem ao longo da vida. Esta sociedade que aprende, constituída por pessoas que aprendem ao longo da vida, dispõe de situações da vida quotidiana, pouco ou nada estruturadas e organizadas em função da Educação e Formação de Adultos (Canário, 2000). São exemplos destas situações as aprendizagens nos tempos livres (através dos meios de comunicação) e aprendizagens no e pelo trabalho.

A educação de adultos emerge, em especial, a partir do século XIX associada a dois fenómenos sociais relevantes: O desenvolvimento de movimentos sociais de massas (movimento operário) e o desenvolvimento e consolidação dos sistemas escolares nacionais que conduziu, segundo uma lógica de extensão ao mundo dos adultos, à emergência de modalidades de ensino de segunda oportunidade (Canário, 2000).

É no entanto após a segunda guerra mundial, num contexto de reconstrução europeia, que se pode falar numa *explosão* da educação de adultos, de uma forma organizada. Nos anos 60, na conferência internacional de Montréal (1960), os delegados estabelecem uma ligação estreita entre a educação de adultos e o desenvolvimento económico, quer no plano nacional, quer no plano internacional. Segundo Bholá, citado por Canário, “*a partir deste momento, o desenvolvimento passará a estar no centro da ideologia da educação de adultos no terceiro mundo*” (2000:13). Esta interdependência entre desenvolvimento e educação dos alunos vai marcar as próprias práticas educativas, sendo possível distinguir quatro subconjuntos destas. São elas a alfabetização, a formação profissional, a animação sociocultural e o desenvolvimento local.

A *alfabetização* (e o ensino recorrente) organiza-se como sendo uma oferta educativa de segunda oportunidade. Exemplo disto é a campanha lançada durante os anos sessenta pela UNESCO, recorrendo ao método de alfabetização funcional, “*cuja orientação principal preconizava a combinação entre a aquisição da leitura e da escrita e a formação de base, designadamente profissional, segundo estratégias intensivas (...) e segundo programas diversificados e flexíveis*” (Santos Silva, 1990:13).

A *formação profissional* está orientada para qualificação e requalificação acelerada da mão-de-obra (Canário, 2000), introduzindo-as no núcleo duro da educação de adultos (Santos Silva, 1999). Numa fase de grande desenvolvimento do sistema escolar, as necessidades de formação geral e técnica, de alguns grupos de

trabalhadores dos serviços e da indústria, a par da expansão da doutrina da modernização pela qualificação dos recursos humanos, transforma a questão do ensino recorrente, para adultos activos, e a da formação pós-escolar de trabalhadores, em eixos centrais da convergência das políticas educativas e de mão-de-obra (Santos Silva, 1990). No campo da formação profissional contínua, a tradicional dicotomia entre o lugar de aprender e o lugar de fazer, característico do modo escolar, tende a ser contrariada por uma tendência no sentido de uma forte finalização das situações formativas, em relação às situações de trabalho. Esta valorização da articulação das práticas de formação com os contextos de trabalho está associada quer à crescente importância do factor trabalho, relativamente ao factor capital, bem como à evolução do conceito “taylorista” de *mão-de-obra* para o conceito de *recursos humanos* (Canário, 2000).

A *animação sociocultural* implica o reconhecimento do carácter educativo da experiência vivida em contextos diversos e exteriores ao universo escolar. “*Não se circunscrevendo à problemática da ocupação dos tempos livres, em meio urbano, evolui no sentido de se tornar uma estratégia de intervenção social e educativa ao serviço de projectos de desenvolvimento em contextos socialmente deprimidos*” (Canário, 2000:15). A grande contribuição da animação sociocultural para a acção e reflexão educativa foi o ter conseguido por em evidência a dimensão quantitativa e qualitativa dos fenómenos educativos não formais (Duarte, 2003).

O *desenvolvimento local* pressupõe práticas de articulação com a educação de adultos, numa lógica local. Implica uma forte valorização da participação, directa dos

interessados. Ao confundir o processo de desenvolvimento com um processo educativo, coloca um conjunto de questões que põem em causa os fundamentos da forma escolar, que continua a predominar na educação de adultos. Estes processos de desenvolvimento local tornam-se momentos de síntese dos diferentes “*pólos que definem a educação de adultos (animação, alfabetização, formação profissional), contribuindo para tornar mais visível a globalidade dinâmica dos processos de educação de adultos e contrariando uma visão analítica e estanque dessas várias dimensões*” (Canário, 2000:15).

Para Canário (2000) as práticas educativas dirigidas aos adultos são heterogéneas e fazem-se acompanhar por um processo complexo e diversificado. Este autor, para justificar esta complexidade e diversidade, define três planos distintos: o das práticas educativas, o da diversidade das instituições implicadas nos processos de educação de adultos e o da diversidade da nova figura do educador. O primeiro plano, subdivide-o em quatro subconjuntos, que descrevem e balizam o *território* das práticas sociais da educação de adultos. O segundo subconjunto que de acordo com o autor *é o pólo* dominante dos dias de hoje, diz respeito aos processos de formação contínua que procuram a qualificação e requalificação da mão-de-obra essencial às políticas de desenvolvimento (Canário, 2000:14).

Canário (2000:21), citando a António Nóvoa, indica seis princípios capazes de servir de orientação a qualquer projecto de formação de adultos:

1º Princípio

O adulto, em situação de formação, tem de ser visto como portador de uma história de vida e de uma experiência profissional que não poderá ser remetida para o esquecimento. Assim ganha uma importância inegável reflectir sobre o modo como ele próprio se forma, isto é, o modo como ele se apropria do seu património vivencial através de uma dinâmica de compreensão retrospectiva

2º Princípio

Formação enquanto processo de transformação individual numa tripla dimensão do saber: saber, saber fazer, saber ser. Pressupõe uma grande implicação do indivíduo em formação, bem como uma participação alargada dos formandos na própria concepção e implementação da formação.

3º Princípio

Formação enquanto processo de mudança institucional, ligada estreitamente à instituição onde o sujeito exerce a sua actividade profissional. Assim espera-se um contrato tripartido, estabelecido entre equipa de formação, formandos e instituições.

4º Princípio

A formação deve organizar-se numa tensão permanente entre a reflexão e a intervenção, assentando num processo de investigação e sendo encarada como uma função integradora institucionalmente ligada à mudança.

5º Princípio

A formação deve desenrolar-se preocupando-se em desenvolver, nos formandos, as competências necessárias para serem capazes de mobilizar, em situações concretas, os recursos teóricos e técnicos adquiridos durante o processo formativo.

6º Princípio

O sexto e último princípio caracteriza-se por uma afirmação de Sartre, a caracterização de cada homem passa “*pela capacidade de ultrapassar as situações pelo que consegue fazer com o que os outros fizeram dele*” (Nóvoa, citado por Canário, 2000:22). Para o autor este aspecto é imprescindível a qualquer processo de formação. Todos estes princípios se enquadram na formação contínua dos enfermeiros.

A afirmação do paradigma educativo ao longo da vida, leva ao reconhecimento, cada vez mais consensual, que a aprendizagem não se limita às situações formais da educação e da formação, aos “tempos e espaço da escola”. Todos reconhecemos que aprendemos em contextos informais, na resolução de problemas postos por situações novas ou pela complexidade da vida, nas diversas esferas de pensamento e acção, pessoal, familiar, profissional ou cívica. Particularmente no decurso da vida adulta, reconhece-se que são muitos os saberes construídos e mobilizados em contexto não formal, adquiridos em formações diversificadas, organizadas nos locais de trabalho ou frequentadas por iniciativa própria. As situações de trabalho, lazer e convívio são compreendidas como meios férteis de aprendizagem e produção de competências (como as linguísticas, de comunicação, sociais e culturais), chave para o

desenvolvimento da pessoa (Duarte, 2003). A mesma autora refere que curiosamente, o reconhecimento pelo cidadão comum do valor das suas aprendizagens de vida, inscreve-se em muitas culturas tradicionais, o que é ilustrado por diferentes expressões, semelhantes em diversos idiomas (“a escola da vida”, “aprender até morrer”). Contudo, é precisamente *a escola* (entendida como todas as instituições educativas e formativas) que ainda se reconhece, quase sempre em exclusivo, o papel de garante de possibilidades de aprendizagens socialmente válidas para aceder ao diploma, à certificação escolar ou qualificação profissional, condição de estatuto social e de sucesso no mercado de trabalho. Por reconhecer oficialmente, por certificar, ficam todas as competências que o adulto efectivamente possui e que produz no seu quotidiano, mobilizando múltiplos saberes, recursos e capacidades que foi adquirindo e aprofundando ao longo da vida. Para responder a esta problemática têm vindo a ser implementados diferentes sistemas, em diversos países da Europa e do Mundo, com vista ao reconhecimento institucional, através da acreditação e/ou certificação dos adquiridos experienciais dos adultos. Na generalidade dos casos, nomeadamente nos sistemas pioneiros destes processos de reconhecimento, valorizam-se, preferencialmente, as aprendizagens realizadas em contexto de trabalho, certificando competências profissionais, ou seja, atribuindo qualificação profissional a adultos que não tiveram formação profissional mas que possuem as competências necessárias ao exercício de uma determinada profissão, fruto dos seus adquiridos experienciais.

De acordo com o deliberado na Iniciativa Novas Oportunidades, a Educação e Formação de Adultos tem como principal objectivo proporcionar uma dupla

certificação escolar e profissional, de modo a contribuir para a redução do défice de qualificação escolar e profissional da população portuguesa, potenciando as suas condições de empregabilidade.

Assim, afirma Melo *et al* (1998) em relação à Educação de Adultos:

- Os destinatários são exclusivamente os maiores de 18 anos;
- A Educação de Adultos não pode confundir-se com um ensino para desfavorecidos, pois compreende todas as vias de aperfeiçoamento e reconversão educativas e formativas ao longo da vida;
- Integra a oferta pública, da iniciativa social e da iniciativa privada de fim lucrativo.

E podem ser definidas 4 dimensões em Portugal (Melo *et al*, 1998):

- 1ª – **Formação de base** das populações dela carenciadas;
- 2ª – **Ensino recorrente de alunos** conducente à obtenção de um nível de formação e de diplomas equivalentes aos do sistema regular de ensino,
- 3ª – **Projectos de formação**, independentemente da posse da escolaridade obrigatória ou para além desta, isto é, a educação e formação ao longo a vida, onde se inclui a formação profissional, inicial, **contínua**, de reciclagem, entre outras;
- 4ª – Dimensões, requisitos e potencialidades educativas dos processos de animação social e desenvolvimento comunitário.

Em Portugal, a tradição terminológica, inscreve-se numa tradição rica e diversificada, da educação de adultos, nos últimos 25 anos, enquanto política de iniciativa estatal direccionada para públicos adultos mais desfavorecidos e muito

pouco instruídos. É na identificação com o movimento da educação permanente e na consonância com a acção prosseguida por instâncias internacionais que se afirma no nosso país um campo de “educação de adultos”. A formação, aparece entre nós conotada, até há pouco tempo, com uma visão pobre e redutora da formação profissional. Por outro lado, também em termos académicos e científicos a designação “educação de adultos” tem a primazia. Corresponde ao nome de disciplinas e cursos no ensino superior, designa uma secção científica da Sociedade Portuguesa de Ciências da Educação, continua na ordem do dia o debate sobre a necessidade de criar um “Instituto Nacional de Educação de Adultos”, proposta que remonta ao início da década de 80 (Canário, 2000). Este autor refere que, o carácter mais abrangente da *Educação de Adultos*, conotada com “Educação permanente” tem, no entanto, vindo a sofrer, no nosso país, uma evolução negativa que tende a reduzir a amplitude da sua significação. Nos anos 90 deu-se a transição da concepção da *educação permanente* para a concepção da *Aprendizagem ao longo da Vida*, que representa uma ruptura e não uma continuidade, inscreve-se e só é compreensível no quadro de um conjunto mais vasto de transformações de natureza social que afectaram a economia, o trabalho e a formação, no último quartel do século XX (Canário, 2003).

Em Portugal, fruto de circunstâncias específicas da população adulta portuguesa e de uma conjuntura institucional favorável, criou-se, um Sistema Nacional de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências (Portaria nº 1082-A/2001, de 5 de Setembro, DR 206, Série I-B) que procura valorizar todas as experiências de vida, atribuindo uma certificação escolar de nível básico 3, 2 ou 1,

equivalente, para todos os efeitos legais, ao 3º, 2º ou 1º ciclo do ensino básico¹³. O acompanhamento e monitorização deste sistema competiram à Agência Nacional de Educação e Formação de Adultos (ANEFA).

¹³ Para consulta de toda a legislação que enquadra os Centros de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências, consultar a colectânea de Legislação ANEFA, vol.s I e II, publicada pela ANEFA, ou no site www.dgfv.min-edu.pt.

CAPITULO III – DESENVOLVIMENTO METODOLÓGICO

Uma vez abordado o suporte teórico do estudo debruçamo-nos sobre o percurso metodológico do mesmo. Assim, pretendemos apresentar as opções metodológicas, motivações e objectivos, para caracterizarmos a nossa questão de partida, a nossa amostra e o instrumento de recolha de dados.

O profissionalismo, entendido como a procura da resposta mais adequada para cada situação específica, baseia-se na apropriação dos saberes do profissional, isto é, na capacidade que este tem de criar em concreto e de identificar o que deve fazer perante a situação com que se depara. O conhecimento adquire-se a partir de questões que se levantam, expectativas que se criam, hipóteses que se avançam e verificam, descobertas que se fazem. Deste modo, o indivíduo vai construindo, pouco a pouco, o seu conhecimento do mundo, o seu modelo de realidade, a totalidade do seu saber. É pela descoberta que se pressupõe actividades de pesquisa, de observação e exploração, análise de problemas e resultados.

Na investigação que nos propusemos realizar partimos de uma perspectiva fenomenológica. Segundo Polit e Hungler (1995) a investigação *fenomenológica* centra-se nas experiências dos indivíduos, com respeito a certos fenómenos e a maneira em que interpretam ditas experiências, daí que nos tenhamos questionado sobre a área educativa/formativa que envolve os enfermeiros. A prática do trabalho por turnos é associada directamente à prática de Enfermagem, quando falamos, principalmente, dos cuidados hospitalares, uma vez que estes são mantidos ao longo

das 24 horas diárias. Daí o facto assumido de que, salvo alguns serviços que tenham unicamente serviço diurno (como as consultas externas, quimioterapia e serviços administrativos) todos os enfermeiros têm de praticar trabalho rotativo por turnos. Mas a formação também é um factor marcante no desenvolvimento profissional de cada um, daí surgiu o desejo de descobrir de que forma o trabalho por turnos intervém na formação contínua dos Enfermeiros.

3.1 – OBJECTIVOS E PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO

Uma pesquisa inicia-se com uma questão que um pesquisador gostaria de responder, ou com um problema que um pesquisador gostaria de solucionar (Polit e Hungler, 1995). Uma questão de investigação é uma interrogação explícita relativa a um domínio que se deve explorar com vista a obter novas informações (Fortin, 1999). Segundo Polit e Hungler (1995), a experiência diária de um enfermeiro proporciona uma riqueza de problemas para investigação. Problemas que necessitam de solução ou aqueles que excitam a curiosidade, são relevantes e interessantes. É desta forma, que surgiu a dúvida, a curiosidade e o desejo de saber e/ou esclarecer o tema que envolvia a formação contínua dos enfermeiros. Em conversas de corredor, durante os períodos laborais. E, desta forma, foi delimitada a questão de partida deste estudo:

De que forma, o trabalho por turnos, influencia a formação contínua dos enfermeiros do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.?¹⁴

¹⁴ Enunciar o projecto de investigação na forma de uma pergunta de partida, através da qual o investigador tenta exprimir o mais exactamente possível o que procura saber, elucidar, compreender melhor (Quivy e Campenhoudt, 1998, pp: 32).

Toda a investigação começa pela explicação do objectivo para os quais se pretende dirigir a investigação. O objectivo define as linhas de prospectiva a desenvolver que proporcione valor acrescentado à situação de partida (Carvalho, 2002). O objectivo de um estudo indica o porquê da investigação, como refere Fortin (1999).

E assim, perante esta temática, o **objectivo principal** deste estudo é:

- ④ **Conhecer, de que forma, o Trabalho por Turnos influência a Formação Contínua dos Enfermeiros do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E.**

Propomo-nos conhecer se o facto de trabalhar num sistema rotativo de turnos, promove, ou não, a participação dos profissionais na formação contínua. Se esta participação, ou não, está dependente da disponibilidade horária para as formações; ou se o facto de alternar períodos horários laborais altera a predisposição física e psíquica para a própria formação.

Os **objectivos específicos** estabelecidos, são:

- ④ **Conhecer as alterações físicas, psicológicas e cognitivas do trabalho por turnos;** por ser importante conhecer como as alterações horária/laborais podem intervir com o desenvolvimento psico/físico do ser humano.
- ④ **Conhecer a forma como as alterações físicas, psicológicas e cognitivas do trabalho por turnos, influenciam a capacidade de manter a formação**

contínua dos enfermeiros; por se considerar fundamental saber de que forma o trabalho por turnos pode influenciar o sono, a atenção, a concentração, o vigor, a moleza, factores importantes para o desenvolvimento formativo

Ⓢ **Identificar o número e tipo de formações que os enfermeiros desenvolvem por ano;** pretende-se saber qual a formação desenvolvida, se esta é académica, em serviço; por jornadas, seminários, encontros. Se as formações são a curto, médio ou longo prazo, de forma a saber se há conhecimento dos direitos do estatuto trabalhador-estudante, assim como dos direitos à formação anuais.

Ⓢ **Verificar se existe compatibilidade entre os horários de trabalho, do enfermeiro trabalhador por turnos e os horários das diversas formações;** considera-se importante conhecer se o horário rotativo por turnos se enquadra dentro dos horários habituais de formação.

Ⓢ **Conhecer o grau de satisfação dos enfermeiros em relação ao trabalho por turnos;** pretende-se saber se os enfermeiros estão satisfeitos com o horário de trabalho que desenvolvem, ou se pelo contrario, só praticam este horário por imposição institucional.

A finalidade deste estudo é conhecer se o facto dos enfermeiros praticarem trabalho por turnos é um factor que favorece ou não a aderência, dos mesmos, à realização de formação contínua.

3.2 – O UNIVERSO DO ESTUDO

A investigação realizada decorreu no Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, Entidade Pública Empresarial (CHBA, E.P.E.), composto pelo Hospital José Joaquim Fernandes, sediado em Beja, e o Hospital São Paulo, sediado em Serpa.

É muito raro podermos estudar exaustivamente uma população/universo¹⁵, ou seja inquirir todos os seus membros: seria de tal forma longo e dispendioso que se tornaria praticamente impossível. É aliás, inútil - afirmam Ghiglione e Matalon, 2001, pois, inquirindo um número restrito de pessoas, com a condição de que estas tenham sido correctamente escolhidas, é possível obter as mesmas informações, com uma certa margem de erro, erro calculável, que poderemos tornar suficientemente pequeno. O problema é escolher um grupo de indivíduos, uma *amostra*¹⁶, de tal forma que as observações que dele fizermos possam ser generalizadas à totalidade da população; é, portanto, necessário que a amostra apresente características idênticas às da população, isto é, que seja *representativa*¹⁷. Os métodos formais de amostragem podem ser classificados em métodos de amostragem casual ou probabilísticos e métodos de amostragem não casual ou não probabilísticos (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 1999; Ghiglione e Matalon, 2001; Hill e Hill, 2005). As amostras **probabilísticas** são seleccionadas de forma que cada um dos elementos da população tenha probabilidade real de ser incluída na amostra. Ao oposto, as amostras **não**

¹⁵ Ao conjunto total dos casos sobre os quais se pretende retirar conclusões dá-se o nome de **população** ou **universo** (Hill e Hill, 2005).

¹⁶ A amostra é um subconjunto de uma população ou de um grupo de sujeitos que fazem parte de uma mesma população, é uma réplica em miniatura da população alvo (Fortin, 1999).

¹⁷ Uma amostra é representativa se as unidades que a constituem forem escolhidas por um processo tal que todos os membros da população tenham a mesma probabilidade de fazer parte da amostra (Ghiglione e Matalon, 2001).

probabilísticas são seleccionadas de acordo com um ou mais critérios considerados importantes pelo investigador tendo em conta os objectivos do trabalho de investigação que está a realizar. A **amostragem probabilística** faz a selecção da amostra de modo aleatório com o objectivo que os resultados obtidos possam ser generalizáveis à totalidade da população em estudo. Este tipo de amostragem tem duas vantagens: permitem demonstrar a representatividade da amostra e permite estimar o grau de confiança das conclusões (Hill e Hill, 2005). Existem seis técnicas de amostragem probabilística: amostragem aleatória simples, amostragem aleatória sistemática, amostragem estratificada, amostragem por *clusters*, amostragem múltiplica e amostragem multi-fásica. Nestes estudos também é difícil responder qual deve ser a dimensão da amostra, certo é que quanto maior for a amostra mais potencial tem de ser representativa da população em estudo. Há que sublinhar que o aumento da dimensão da amostra diminui a probabilidade de erros (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 1999; Ghiglione e Matalon, 2001; Hill e Hill, 2005). Quanto às amostras **não probabilísticas**, de acordo com os autores supra citados, os mais vulgares são amostragem por conveniência, e amostragem por quotas.

Na presente investigação, a Instituição Hospitalar em estudo é constituída por 313 enfermeiros a exercer funções. Destes, 269 exercem horário laboral em Jornada Contínua, isto é, trabalham por turnos. Para o estudo realizado foi utilizada uma **amostra estratificada**¹⁸, em que foram seleccionados os enfermeiros a trabalhar por turnos e que tivessem realizado formação contínua nos últimos 5 anos, com duração superior a 1 dia. Foi critério de selecção a realização de formação nos

¹⁸ Método especialmente útil quando o Universo é grande e o investigador pretende obter uma amostra representativa segundo várias variáveis pré-identificadas (Hill e Hill, 2005).

últimos 5 anos de forma a apelar a respostas fidedignas baseadas na memória recente, no que diz respeito à opinião. O facto de ser de duração superior a 1 dia, relacionou-se com o facto de existir grande número de formações de duração não superior a duas horas realizadas durante o período laboral e que se pretendiam descartar. Após análise da população alvo constatou-se que todos os enfermeiros tinham realizado formação contínua nos últimos 5 anos com duração superior a 1 dia de formação, pelo que todos os enfermeiros a trabalhar por turnos do CHBA, E.P.E. fizeram parte da amostra, isto é os 269 enfermeiros. A tabela 1 exemplifica a síntese da amostra da população em estudo consoante os serviços. Ghiglione e Matalon (2001) apresentam várias vantagens ao método de amostragem estratificada:

- Obter amostra suficientemente representativas, possibilitando análises aprofundadas;
- Permite uma melhor estimativa de certas grandezas, diminui o erro relativamente as estimativas;
- Permite estabelecer comparações entre grupos.

A selecção específica desta Instituição Hospitalar deveu-se, ao facto, da investigadora desenvolver funções na mesma, o que facilitou o contacto com o Conselho de Administração, órgãos da secretaria, do Centro de Formação com os Enfermeiros Inquiridos e conseqüentemente, a recolha de dados. A recolha dos dados foi realizada de forma faseada. Numa primeira fase foi feito o contacto com o Conselho de Administração para entrega formal do pedido, por escrito, de autorização pelo mesmo e pela comissão de ética (Anexo III); após autorização do

Conselho de Administração, foram contactados todos os chefes de serviço e deu-se a conhecer o estudo a realizar e os objectivos que se prendiam ao mesmo; de forma a conhecer e clarificar a disponibilidade dos enfermeiros em participar.

Serviços	Nº de Enfermeiros	Nº de questionários entregues
<i>Hospital José Joaquim Fernandes</i>		
Urologia/Quartos Particulares	23	21
Obstetricia	20	18
Pediatria	21	20
Medicina II	22	18
Cardiologia	17	13
Medicina I	21	18
Unidade de Acidente Vascular Cerebral	11	10
Unidade de Cuidados Intermédios	10	5
Cirurgia C	14	13
Ortopedia	18	15
Unidade de Cuidados Intensivos	13	12
Cirurgia A	16	10
Cirurgia B	14	12
Bloco Operatório	39	35
Urgência	35	33
<i>Hospital São Paulo</i>		
Medicina/Cirurgia	19	16
Total	313	269

Tabela 1 - Síntese da amostra da população em estudo consoante os serviços

No estudo pretendeu-se efectuar a recolha da informação à totalidade da amostra da população alvo, uma vez que pretendíamos recolher o máximo de informação para que o nível de respostas se aproximasse o mais possível da realidade em que estão inseridos e, nos desse a possibilidade de extrapolar para futuras investigações ou contextos sociais.

3.3 – PROCEDIMENTOS E ANÁLISE DE DADOS

A análise e interpretação dos resultados estatísticos do estudo foram efectuadas através dos programas:

- SPSS 15.0 num PC compatível
- Folha de cálculo Excel do Windows Vista

3.4 - OPÇÃO METODOLÓGICA

A metodologia utilizada neste estudo é de natureza científica, uma vez que, de acordo com o que afirmam Cohen e Manion (1990:46):

“si el rasgo más distintivo de la ciência es su naturaleza empírica, la siguiente característica más importante es su conjunto de procedimientos que muestran no sólo cómo se há llegado a los hallazgos, sino si son suficientemente claros para los colegas científicos para repetirlos, esto es, para comprobarlos con los mismos u otros materiales y por tanto probar sus resultados”

O conhecimento científico é aquele produzido por um espírito científico que, pelo próprio facto de o ser, e pela aplicação de um ou mais métodos judiciosos no

trabalho a que se dedicou, procura construir uma compreensão de um objecto de investigação ou de um fenómeno, distanciando-se ou abstraindo-se da opinião (Hesbeen, 2006).

Este estudo está inserido num paradigma quantitativo, visto que, como refere Moreira (2007:50), “*os métodos quantitativos procuram analisar factos objectivos, existentes e submetidos a leis e padrões gerais (...) preferem a estruturação e privilegiam a linguagem matemática – estatística*”.

A abordagem quantitativa procura identificar as regularidades do comportamento humano (D’Oliveira, 2005).

O desenho de investigação é plano lógico criado com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas (Fortin, 1999). Desta forma a pesquisa que se propõe desenvolver, assume as características de um estudo **exploratório** e **descritivo**. *Exploratório*, visto que, pretende interpretar, explorar o trabalho por turnos, a influência nos enfermeiros e como pode vir a influenciar, por sua vez, a formação contínua, como referem Cohen e Manion (1990: 131) estes estudos têm:

“la intención de describir la naturaleza de las condiciones existentes, identificar normas o patrones contra los que se puedan comparar las condiciones existentes, o determinar las relaciones que existen entre acontecimientos específicos. Así (...) pueden variar en sus niveles de complejidad: desde las que proporcionan simples informes de frecuencia a aquellas que presentan análisis de relaciones”

O estudo exploratório para Ketele e Roegiers (1995) tem a função de preparação para outra investigação, é, portanto, um conjunto de processos preparatórios onde podem ser encontrados duas categorias de processos fundamentais:

- os processos de investigação experimental que abarcam as investigações científicas e tecnológicas que desembocam em conclusões (leis ou teorias); outros processos preparatórios (com novas hipóteses...) e decisões/acções generalizáveis;
- e, os processos de avaliação no seu âmbito global de definição operativa, onde é possível enquadrar a análise de necessidades, a investigação operativa, e a investigação-acção que geram as decisões e acções específicas.

Dentro desta linha de pensamento, Robson (citado por D'Oliveira, 2005:15) defende que a investigação exploratória procura conhecer melhor os fenómeno em estudo quer através de novas questões ou novas explicações ou simplesmente tentando indagar as características dos acontecimentos ou situações; explorar uma determinada realidade porque pouco se conhece sobre ela; uma primeira abordagem.

Trata-se de um estudo *Descritivo* porque visa obter um conhecimento aprofundado dos fenómenos sendo para tal utilizadas várias fontes de informação, procura reunir informação detalhada sobre pessoas, acontecimentos ou situações (Robson, citado por D'Oliveira, 2005); visa descobrir a relação existente entre o trabalho por turnos e a formação contínua dos enfermeiros, como refere Best (citado por Cohen e Manion, 1990: 101), um estudo descritivo:

“se preocupa de las condiciones o relaciones que existen; de las prácticas que prevalecen; de las creencias, puntos de vista o actitudes que se mantienen, de los procesos en marcha; de los efectos que se sienten o de las tendencias que se desarrollan. A veces, la investigación

descriptiva se preocupa de como lo que es o lo que existe se relaciona com algun hecho precedente que ha influído o afectado a un suceso o condición presentes”.

Estes autores afirmam que na investigação educativa, a maior parte dos estudos são descritivos, uma vez que a educação se relaciona com o crescimento físico, social, intelectual e emocional do indivíduo.

Segundo Fortin (1999), a exploração e a descrição de fenómenos podem ser efectuados com a ajuda de desenhos descritivos. O desenho descritivo pode servir para descrever fenómenos e para encontrar relações entre variáveis. Este tipo de desenho é utilizado quando as variáveis foram já determinadas no precedente, mas não foram estudadas em relação com outras variáveis ou junto de outras variáveis ou junto de outras populações (Fortin, 1999). As alterações provocadas pelo trabalho por turnos nos diferentes profissionais e nomeadamente nos enfermeiros, foi objecto de estudo em variadas investigações¹⁹. Outros estudos realizados envolvem as alterações provocadas pelo trabalho por turnos na vertente educativa²⁰.

A recolha de informação contribui para descrever o sistema em que se inscreve a investigação, como também, facilita a informação sobre as possibilidades de êxitos de uma investigação posterior. Habitualmente considera-se que um processo completo de inquirição deve começar por uma fase qualitativa, sob a forma de um

¹⁹ Alves, Cruz, Rosa, e Silva (2005); Aschoff (1969); Azevedo (1980); Azevedo (1980); Azevedo, Duarte, e Silva (1997); Clancy e McVicar (1995); Cipolla-Neto, Marques e Menna-Barreto (1988); Cruz (2003a); Cruz e Silva (1995); Fernandes, Santos e Torre (2002); Filho (1998); Fischer e Metzner (2001); Folkard (1992); Halberg (1959); Knutsson (2004); Martino. (2002); Melo (2001); Ramos (2003); Sagehomme (1997); Silva Filho e Turnes (1995); Silva (2000a); Silva *et al.* (1996); Silva e Silvério (1997); Taub e Berger (1974).

²⁰ Gomes, Tavares e Azevedo (2001); Gomes, Tavares e Azevedo (2004); Monte-Arroio, Silva, Silvério, Pereira e Alves (2000).

conjunto de entrevistas não directivas ou estruturadas, a que se segue uma fase quantitativa (Ghiglione e Matalon, 2001; D'Oliveira, 2005). Desta forma, neste estudo, procurou-se articular técnicas de recolha de dados qualitativas e quantitativas, de forma a ser possível ter acesso à complexidade da situação que se pretende estudar; tal como fazem referência os mesmos Cohen e Manion (1990:132) “ *la recopilación de información comprende una o más de las (..) técnicas de recogida de datos: entrevistas estructuradas o semiestructuradas, cuestionarios postales o de auto – cumplimentacion; pruebas normalizadas de logros o prestaciones y escalas de actitudes.*”

Foi utilizada a entrevista não directiva (Anexo I) como uma etapa de esclarecimento (Ghiglione e Matalon, 2001), visto ser caracterizada por uma situação aberta (Cohen e Manion, 1990) com uma lista de temas (para conseguir um contexto equivalente) de resposta livre (Moreira, 2007; Fortin, 1999). Desta forma, procuramos realizar um levantamento de uma realidade específica, como é o horário de trabalho por turnos, a formação contínua e de que forma estas duas situações interagem, dando resposta às hipóteses subjacentes ao estudo.

O instrumento de medida utilizado neste estudo foi o Inquérito por Questionário (Anexo II). Caracteriza-se por um conjunto de perguntas estandardizadas, de formulação idêntica, com a mesma ordem ao entrevistar-se cada inquirido (Moreira, 2007). Permite um melhor controlo dos enviesamentos (Fortin, 1999). Na opinião de Quivy e Campenhoudt (1998) o inquérito por questionário deverá ser utilizado quando se tem como objectivo conhecer uma população (comportamentos, valores,

opiniões); segundo Ghiglione e Matalon (2001) e Moreira (2007), os objectivos de um questionário é estimar grandezas absolutas, como percentagem de pessoas com uma determinada opinião; é o caso de conhecer a opinião dos enfermeiros sobre os seus horários por turnos rotativos, sobre a influência que associam, possa existir com a maior participação, ou não, dos mesmos, na formação contínua. Outro objectivo do Inquérito por questionário, afirmam os mesmos autores, é o de estimar grandezas relativas, isto é, fazer estimativas das proporções de cada tipo na população estudada; no presente estudo pretendemos conhecer a proporção dos enfermeiros que manifestam alterações cognitivas durante o decorrer das formações, a proporção de enfermeiros que têm de trocar turnos para assistir às formações, assim como a proporção de enfermeiros que assistem a formações a seguir ao período laboral nocturno. Por último, outro objectivo do questionário, apontado por estes autores, é verificar hipóteses sob a forma de relações entre duas ou mais variáveis, pelo que procuramos realizar um levantamento de uma realidade específica dando resposta às hipóteses subjacentes ao estudo.

A utilização do inquérito por questionário tem vantagens e desvantagens. Entre as vantagens, Quivy e Campenhoudt (1998) mencionam, a possibilidade de quantificar uma multiplicidade de dados e de proceder, por conseguinte, a numerosas análises de correlação, assim como o facto de exigir representatividade do conjunto dos entrevistados. Em relação às desvantagens, estes autores frisam o elevado custo, a superficialidade das respostas que não permitem concepções ideológicas profundas, dando resultados, por vezes como simples descrições; a individualização dos entrevistados e o grau de exigência na sua elaboração, visto que para serem *dignos de confiança* devem dar resposta a algumas exigências como o “*rigor na escolha da*

amostra, formulação clara e unívoca das perguntas, correspondência entre o universo de referência das perguntas e o universo de referência do entrevistado, atmosfera de confiança no momento de administração do questionário, honestidade e consciência profissional dos entrevistadores” (Quivy e Campenhoudt, 1998: 190). Ketele e Roegiers (1995) também apontam algumas desvantagens aos questionários, ao referirem como dificuldades na elaboração dos mesmos a pertinência dos objectivos e das hipóteses; a validade das perguntas elaboradas e a fiabilidade dos resultados obtidos, uma vez que, exigem ao investigador uma definição correcta do que se pretende estudar e do tipo de informação que se pretende obter.

Na construção do inquérito por questionário deste estudo foram tidos em consideração vários aspectos. Em primeiro lugar foram seguidas orientações de Hill e Hill (1998, 2005), Ghiglione e Matalon (2001) e Moreira (2007) no que diz respeito:

- À *forma e conteúdo*, tendencialmente com perguntas fechadas, precodificadas e de resposta fixa, com documentação necessária para as possíveis alternativas de resposta; evitando perguntas múltiplas. Fez-se uso de poucas, mas necessárias perguntas abertas. Com o intuito de dar maior liberdade de resposta ao inquirido – aspecto importante num estudo exploratório quando não se conhece completamente a situação ou fenómeno estudado (Moreira, 2007). A linguagem adaptada ao público-alvo; Não ambíguas e não neutras; Evitar indiscrições gratuitas; Confirmar-se mutuamente; Abrangerem todos os pontos a questionar; Relevantes relativamente à experiência do inquirido.

- À própria apresentação do questionário, com letra atractiva e boa apresentação estética; com o objectivo do mesmo; dividido em partes, cada uma com o respectivo esclarecimento do que se pretende nessa parte; suscitando e explicitando a necessidade da colaboração e agradecendo por esta; Garantia da confidencialidade das respostas; Tamanho e clareza do questionário.

Com base na versão Experimental Portuguesa do “Standard Shiftwork Index” (SII, Silva *et al.*, 1994, 1995), disponível no Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra, elaborámos a secção B do nosso protocolo de investigação (ANEXO II). O SII (Silva *et al.*, 1994, 1995) consiste numa bateria de questionários e questões organizadas em 6 secções distintas: 1. Dados Individuais; 2. Sono e Fadiga; 3. Escala de Alerta e Sonolência; 4. Saúde e Bem-Estar; 5. Situação Social e Doméstica; 6. Tipo de Pessoa. O SII foi elaborado para avaliar os efeitos do trabalho por turnos na saúde física e mental, na vida social ou doméstica e sono dos trabalhadores assim como identificar características individuais (personalidade, estratégias de coping) que influenciam a resposta a estes efeitos. Para o nosso protocolo de investigação foram escolhidas as questões que mais se ajustavam aos objectivos do nosso estudo, em particular questões relacionadas com o sistema de turnos, carga de trabalho, qualidade e quantidade de sono entre turnos e satisfação laboral.

3.5 – HIPOTESSES

Uma hipótese é um enunciado conjectural das relações entre duas ou mais variáveis (Fortin, 1999). Toda pesquisa científica consiste em enunciar e verificar hipóteses (Carvalho e Eduardo, 2002); embora, defende D'Oliveira (2005), a existência de hipóteses e o seu teste só faz sentido no âmbito das abordagens quantitativas.

Verma e Beard (citados por Bell, 1997) referem que uma hipótese é uma proposição hipotética que será sujeita a verificação ao longo da investigação subsequente. Pode também ser vista como um guia para o investigador, na medida em que representa e descreve o método a ser seguido no estudo do problema. Em muitos casos, as hipóteses são palpites que o investigador possui sobre a existência de relações entre variáveis. É uma suposição que se faz na tentativa de explicar o que se desconhece (Carvalho, 2002).

Apesar de num estudo descritivo não ser imperativa a estipulação de hipóteses (Notter e Rose Hott, 1988), considerou-se necessário fazê-lo de forma a servir de linha orientadora da pesquisa. Desta forma, considerando a revisão realizada, os estudos que analisamos anteriormente, as questões de investigação e para tentar explicitar e orientar o problema em estudo foram estabelecidas as seguintes hipóteses:

H1: O trabalho por turnos dificulta a realização de formação contínua dos enfermeiros

H2: Os horários das formações não são compatíveis com o horário por turnos

H3: Os Enfermeiros para realizarem formação contínua têm de trocar turnos

H4: O trabalho por turnos conduz a perturbações do sono

3.6 - IDENTIFICAÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS DO ESTUDO

Para testarmos uma hipótese temos, em primeiro lugar, de exprimir cada um dos seus dois termos por uma medida precisa para podermos examinar a sua relação (Quivy e Campenhoudt, 1998); a operacionalização no sentido estrito, isto é, a tradução empírica, em que um conceito se liga a um objecto, torna-se numa propriedade, e é convertido sob a forma de variável²¹.

A identificação e selecção das variáveis relevantes para este estudo exploratório/descritivo foram feitas com base na revisão bibliográfica efectuada, tendo como base alguns estudos já realizados em temáticas similares, fundamentalmente, no nosso país, com o objectivo de levantar todo o tipo de informação sobre a problemática que se pretende investigar, bem como analisar. Estamos a falar dos estudos de Gomes, Tavares e Azevedo (2001 e 2004), de Cruz (2003b e 2005), Fernandes, Santos e Torre (2002) e Martino (2002). Permitiram identificar um conjunto de variáveis e as suas diferentes dimensões assim como itens a ter em conta na construção do inquérito por questionário.

De acordo com os objectivos para o estudo, foram consideradas as seguintes variáveis:

²¹ As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objectos, de pessoas ou de situações que são estudadas numa investigação. Pode tomar diferentes valores para exprimir graus, quantidades, diferenças. É um parâmetro ao qual valores números são atribuídos (Fortin, 1999).

- Ⓢ Variáveis de Caracterização Social
 - Sexo
 - Idade
 - Estado Civil
 - Agregado Familiar
- Ⓢ Variáveis de Caracterização Académica
 - Grau de Escolaridade
- Ⓢ Variáveis relacionadas com a Experiência Profissional
 - Tempo, em média, a exercer a profissão
 - Local onde exerce funções actualmente
 - Categoria Profissional
- Ⓢ Variáveis relacionadas com o horário de trabalho
 - Número de horas de trabalho semanais
 - Faz acumulação de funções
- Ⓢ Variáveis relacionadas com o trabalho em regime de turnos
 - Tempo, em média, a trabalhar por turnos
 - Horário mensal
 - Carga de Trabalho
 - Ritmo de Trabalho
 - Sono que normalmente dorme entre turnos
 - Qualidade do sono que normalmente dorme entre turnos
 - Forma como se sente repousado após dormir entre turnos
 - Forma como se sente em relação ao trabalho por turnos

- Ⓢ Variáveis relacionadas com a formação Contínua
 - Número de formações realizadas
 - Requisição de estatuto trabalhador-estudante
 - Horário habitual das formações
 - Dias habituais das formações
- Ⓢ Variáveis relacionadas com a compatibilidade de horários das formações com o horário rotativo de turnos
 - Oportunidades para fazer formações por parte de quem trabalha por turnos
 - Assistência a formações após o turno nocturno
 - Forma como se encontrava durante as formações, atendendo ao horário de trabalho
 - Trocas de turnos para assistir às formações
 - Trabalho por turnos facilitar a assistência a formações
 - Oportunidades iguais para realizar formação contínua
- Ⓢ Variáveis relacionadas com a melhoria da participação, dos enfermeiros, na formação contínua
 - Sugestões para a melhoria da participação

Relativamente ao grupo de caracterização social, a variável sexo foi incluída, de forma a verificar a relação do factor género com o trabalho por turnos, com as alterações que o mesmo pode provocar, assim como a sua relação com a formação contínua (apesar de empiricamente, existir o conhecimento pelo senso comum da profissão de enfermagem ser, na sua maioria, do género feminino, situação que tem vindo a mudar ao longo dos anos). Pretende-se conhecer se o facto de ser homem ou

mulher interfere nas opiniões sobre o trabalho por turnos. A variável idade foi incluída de forma a conhecer o tipo de população em estudo, isto é, a faixa etária da mesma, com o intuito de a caracterizar se estamos perante uma população jovem ou não, e de que forma a idade poderá intervir na opinião sobre o trabalho por turnos, assim como na realização de formação contínua. O estado civil e a composição do agregado familiar podem ser um factor influente quando falamos em trabalhar num sistema rotativo de turnos, assim como em dispensar tempo para a realização de formação, daí terem sido, também, incluídas no estudo.

Para a caracterização académica foi introduzida a variável grau de escolaridade de forma a conhecer o grau académico existente entre a população, visto que fornece dados sobre o número e tipo de formação académica realizada. O curso de Enfermagem passou ao grau de licenciatura em 1999, desde então sendo necessário que os bacharéis realizassem curso de Complemento de Formação em Enfermagem.

No que diz respeito aos grupos relacionados com a experiência profissional, com o horário de trabalho e o regime de turnos, foram introduzidas variáveis como o tempo a exercer a profissão, assim como o local de trabalho e a categoria profissional. O intuito é conhecer se o tempo de serviço e a categoria profissional são um factor que influencia a opinião sobre o trabalho por turnos ou que predispõe aderência ao desenvolvimento de formações. O local de trabalho poder-nos-á dar informações sobre o próprio local, sobre a carga de trabalho, tipo de horário mensal a desenvolver e a motivação incutida no mesmo. Outras variáveis introduzidas são o número de horas de trabalho semanais e a acumulação de funções de forma a conhecer o número

de horas de trabalho realizadas, e assim conhecer o tempo disponível/livre para formações assim como para o sono e a qualidade do mesmo, além de conhecer a própria opinião sobre o facto de desenvolver trabalho por turnos, associado ao ritmo de vida/trabalho. A carga de trabalho, o ritmo de trabalho e a forma como se sente repousado são variáveis que nos indicam a forma de estar dos inquiridos perante o próprio local onde exercem funções, assim como a sua predisposição para o trabalho por turnos e para a realização de formação. Em relação à carga de trabalho, quantidade de sono que habitualmente dorme entre turnos, a qualidade de sono, a forma como se sente repousado entre turnos e a forma como se sente em relação ao trabalho por turnos, utilizamos uma escala que traduzia, desde um nível inferior (1) a um nível superior (3 ou 5 consoante o número de repostas). Foram utilizadas as respostas alternativas em número ímpar, visto que um número par desde respostas alternativas obriga todos os inquiridos a dar uma opinião ou atitude definitivamente positiva ou negativa, sem possibilidade de uma opinião neutra, podendo forçar uma resposta errada (Hill e Hill, 1998, 2005).

Em relação à variável ritmo de trabalho foi realizada uma escala com resposta alternativa do tipo alfaiate (como referem Hill e Hill, 2005), visto que foram construídas especialmente de acordo com a pergunta formulada e só se aplicam a essa pergunta específica.

O grupo de variáveis relacionadas com a formação contínua e sobre a sua compatibilidade com o horário por turnos, pretendem dar-nos a conhecer não só o número de formações realizadas, e para tal foi estipulado que as formações

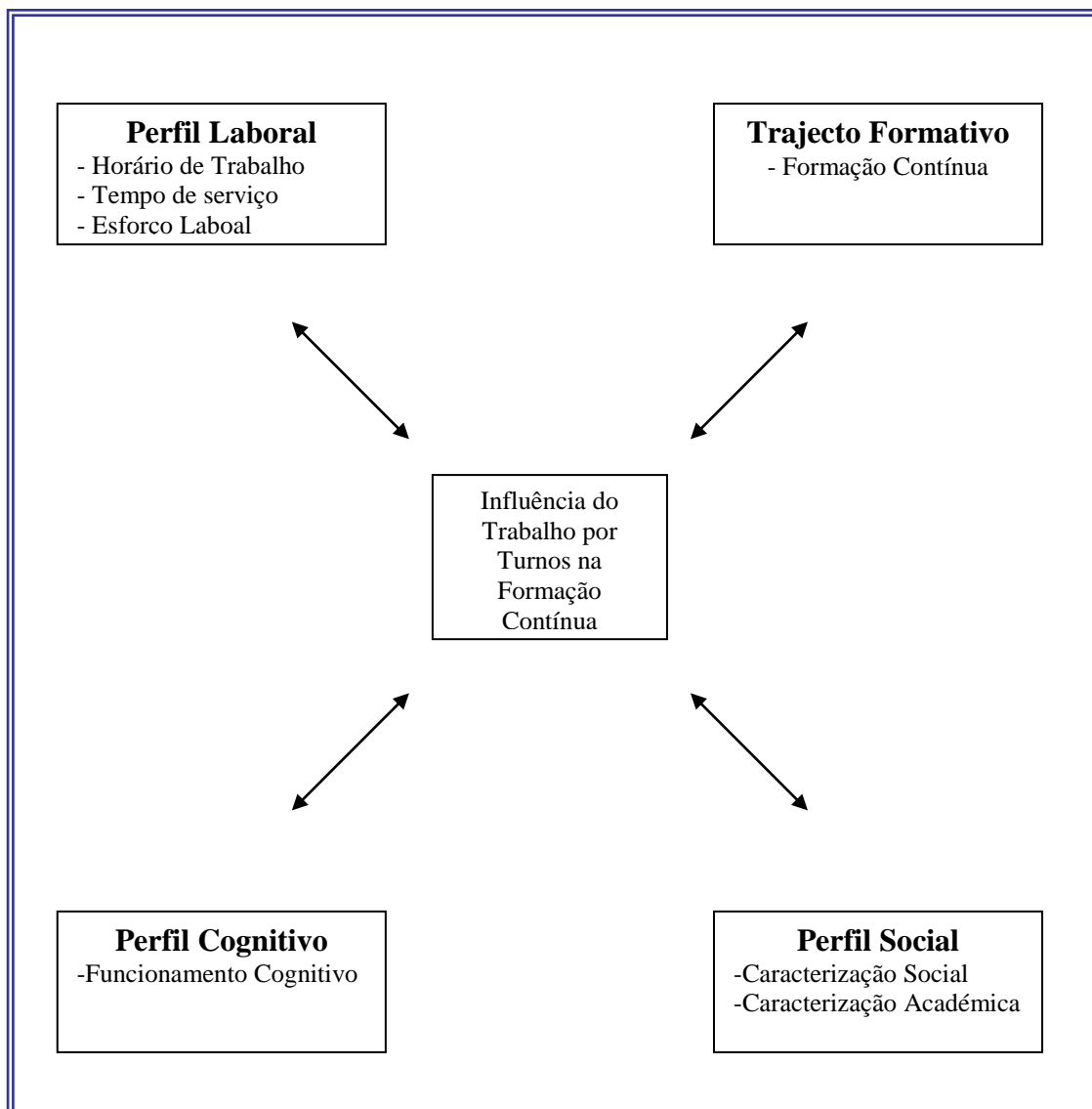
mencionadas fossem referentes aos últimos 5 anos (visto ser um período relativamente curto para a memória, e que mais facilmente seria recordado, além de permitir estipular um período de comparação semelhante, no que diz respeito ao tempo de serviço, visto haver grande percentagem de enfermeiros recentes na profissão, a exercer funções no local em estudo), como também, conhecer os dias e horas habituais das formações realizadas, têm o intuito de conhecer a compatibilidade de horários de trabalho com os das formações e assim se é um factor que facilita ou não a realização de formações. A variável requisição de estatuto trabalhador-estudante pretende dar-nos a conhecer a informação que a população em estudo tem sobre a mesma, sobre a sua aplicabilidade e os direitos/deveres que lhe são inerentes. Outras variáveis inseridas nestes grupos são as opiniões sobre se o trabalho por turnos facilita a realização de formações, isto é conhecer se o facto de desenvolver um sistema rotativo de turnos facilita temporalmente e psiquicamente a realização de formações. Para tal, julgou-se importante conhecer de que forma os enfermeiros dispunham do período de formação, isto é, se para tal necessitavam de realizar trocas de turnos com os colegas. No último grupo foi abordada a variável sugestões para melhoria da participação dos enfermeiros que trabalham por turnos, na formação contínua, foi colocada sobre a forma de uma questão aberta, visto que como afirma Hill e Hill (2005), as perguntas abertas podem dar mais informação, informação por vezes mais rica e detalhada e até inesperada.

3.7 – MODELO DE ANÁLISE

Existindo o conhecimento do objecto em estudo e da problemática, identificámos o seguinte modelo de análise que traduz as variáveis a analisar e cuja construção foi

sustentada a partir da identificação das dimensões, indicadores e variáveis chave a analisar. O quadro que se segue, procura demonstrar de um modo sucinto as interacções entre o Trabalho por Turnos e a Formação Contínua, detalhando, brevemente, as dimensões e indicadores de análise que os poderão influenciar.

MODELO DE ANÁLISE



Quadro 2 – Modelo de Análise

A tabela que se segue, permite detalhar as diversas dimensões, indicadores e variáveis utilizadas na construção do inquérito por questionário.

Dimensões	Indicadores	Variáveis
Perfil Social	-Caracterização Social -Caracterização Académica	-Sexo -Idade -Estado Civil -Nº de Filhos -Grau de Escolaridade
Perfil Laboral	-Horário de Trabalho -Tempo de Serviço -Esforço Laboral	-Manhã -Tarde -Noite -Turnos Semanais -Tempo de Experiência Profissional -Categoria Profissional -Nº de horas semanais -Nº de anos a trabalhar por turnos -Carga de Trabalho -Ritmo de Trabalho
Trajecto Formativo	-Formação Contínua	-Nº de Formações -Horário das Formações -Compatibilidade dos horários das Formações com os horários laborais -Tipo de Formações -Motivação -Estatuto trabalhador estudante
Perfil Cognitivo	-Funcionamento Cognitivo	-Qualidade do sono -Nº de horas de sono -Atenção -Concentração -Vigor -Humor -Fadiga

Tabela 2 – Modelo de Análise

3.8 – TECNICAS DE RECOLHA DE DADOS

As técnicas utilizadas na recolha de dados foram a Entrevista exploratória e o Inquérito por questionário. A *Entrevista exploratória* foi realizada com o intuito de obter informação/dados importantes para a construção/elaboração do Inquérito por Questionário. As Entrevista realizadas foram de carácter não directivo, de forma a ser uma situação aberta, capaz de ter uma maior flexibilidade e liberdade (Cohen e Manion, 1990). Foram aplicadas a especialistas na temática abordada. Nomeadamente, especialistas - enfermeiros, na área da formação, especialistas na área da Investigação da Cronobiologia e Enfermeiros a realizar horário laboral rotativo onde se recolheu o máximo de informações, sem excluir nenhuma hipótese que poderia vir a ser estudada, e sem nos limitarmos a dirigir o estudo apenas pela pesquisa bibliográfica não auscultando as reais situações da população alvo. Segundo Quivy e Campenhoudt (1998), Ketele e Roegiers (1995) este tipo de entrevista é totalmente dirigido pelo entrevistado, uma vez que o seu objectivo não é validar as ideias preconcebidas do investigador, mas sim imaginar novas ideias.

Este instrumento foi submetido aos orientadores do estudo e a um especialista para validação do conteúdo, clareza de linguagem e adequação aos objectivos da investigação. Após sua correcção poder-se-á visualizar a versão final da mesma na Tabela 2 que enuncia os temas e objectivos orientadores que a constituíam.

Temas a abordar	Objectivos
1º- O trabalho por turnos e os enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Obter dados de forma a identificar a percepção que os entrevistados possuem sobre a cronobiologia, o trabalho por turnos e forma como o mesmo influencia a vida dos enfermeiros.
2º- Compatibilidade de horários de trabalho e horários de formação dos enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Saber a opinião dos entrevistados relativamente ao factor de existir ou não compatibilidade entre os horários das diversas formações e o horário rotativo por turnos, assim como as estratégias para melhorar esta compatibilidade.
3º- Influência do trabalho por turnos na formação contínua dos enfermeiros	<ul style="list-style-type: none"> • Obter dados de forma a conhecer a opinião relativamente às vantagens ou desvantagens do trabalho por turnos na formação contínua dos enfermeiros

Tabela 3- Resumo do Guião de Entrevista Exploratória

As Entrevistas Exploratórias visavam obter dados que permitissem a elaboração de itens que integrassem a listagem obtida através das reflexões das leituras realizadas, dos estudos existentes e itens elaborados com base no conhecimento empírico para a elaboração dos inquéritos por questionário.

As entrevistas foram realizadas individualmente durante os meses de Março a Maio de 2007, tendo sido dada total liberdade aos entrevistados de responderem o mais completo possível aos temas apresentados.

Concluídas as entrevistas, foi feita uma análise de conteúdo às respostas. Os itens focados e utilizados no inquérito não esgotam todas as situações que se poderão colocar ou estudar relativamente à temática abordada. No entanto, com eles pretendemos, nesta fase e, existindo poucos estudos no país, expor as opiniões dos inquiridos.

O *Inquérito por Questionário* tem por objectivo obter informação que possa ser analisada, extrair modelos de análise e tecer comparações (Bell, 1997). Foi construído com base nas entrevistas exploratórias realizadas e no Estudo Padronizado do trabalho por turnos de Silva, Azevedo e Dias (1994), do Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra. O *Inquérito por Questionário* elaborado (Anexo II) conta com questões de *Opinião*. Dispõe de questões de natureza qualitativa e quantitativa.

A importância da fase qualitativa inicial é fundamental, visto que apesar de um pequeno número de pessoas inquiridas nesta fase, poderão ser retiradas conclusões suficientemente sólidas, nomeadamente em relação a tudo o que possa conduzir à inventariação, mais ou menos estruturada, de atitudes, representações, comportamentos, motivações, processos, etc, como referem Ghiglione e Matalon (2001). Estes autores definem um questionário como um instrumento rigorosamente

estandardizado tanto no texto das questões, como na sua ordem, no sentido de garantir a comparabilidade das respostas de todos os indivíduos, é indispensável que cada questão seja colocada a cada pessoa da mesma forma, sem adaptações nem explicações suplementares resultantes da iniciativa do entrevistador.

Para a aplicação do questionário foram respeitados todos os procedimentos éticos que devem acompanhar todo e qualquer processo de investigação. Desta forma, visto que os inquiridos pertenciam a uma instituição hospitalar, local onde seria aplicado o questionário, foi elaborado um pedido formal, por escrito, ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E. e entregue no dia 24 de Maio de 2007, que foi submetido a avaliação pelo próprio conselho e pela Comissão de Ética, do mesmo, sendo aprovado a 11 de Junho de 2007 (Anexo III). Após aprovação do Conselho de Administração do CHBA, E.P.E., no dia 12 de Junho foi iniciado o período de aplicação do pré-teste do inquérito, até dia 30 do mesmo mês. Como referem Ghiglione e Matalon (2001) quando uma primeira versão de um questionário fica redigida, ou seja, quando a formulação de todas as questões e a sua ordem são provisoriamente fixadas, e necessário garantir que o questionário seja de facto aplicável e que responde efectivamente aos problemas colocados pelo investigador. Daí que como afirmam, Hill e Hill (2005), é útil pedir, a pelo menos uma pessoa, de preferência a duas ou três, para ler e dar a sua opinião sobre a clareza e compreensão do mesmo. O pré-teste²² foi realizado a 15 enfermeiros, seleccionados de forma aleatória da amostra, que realizam trabalho por turnos no CHBA, E.P.E.,

²² O pré-teste consiste no preenchimento do questionário por uma pequena amostra que reflecta a diversidade da população visada a fim de verificar se as questões podem ser bem compreendidas do ponto semântico, se recolhem as informações desejadas, se é muito longo e provoca desinteresse ou irritação ou se as questões apresentam ambiguidade (Fortin, 1999).

retirados da amostra em estudo. Foram-lhes colocadas as questões tal como estavam formuladas, mas pedindo-lhes respostas desenvolvidas ou comentadas e observações sobre o significado que atribuem à questão, uma espécie de pequena entrevista não directiva, cujo tema seria a questão do questionário (Ghiglione e Matalon, 2001). Após terem sido recolhidas as observações, críticas e sugestões, e como sugerem Ghiglione e Matalon (2001) o pré-teste foi corrigido e novamente aplicado a outros 12 enfermeiros, dentro das mesmas características, uma espécie de pré-inquérito de forma a ver como os inquiridos reagiam ao questionário, saber se a ordem das questões não colocava algum problema e se não era necessária nenhuma alteração, situação que não se verificou. Com vista a testar o questionário nos seus múltiplos aspectos, distribuímos-lo também a especialistas, dos quais obtivemos algumas sugestões válidas, que suscitaram alterações no instrumento. Em resumo, o pré-teste foi aplicado a vinte e sete enfermeiros da Instituição. O número vinte e sete surgiu em função do tamanho da amostra (269 enfermeiros), correspondendo a aproximadamente dez por cento da mesma. Decidimos que participariam enfermeiros por cada um dos seis pisos do internamento, e dos diferentes serviços do mesmo. Esses enfermeiros não poderiam ter respondido às entrevistas exploratórias, não poderiam ser da área de gestão (chefes ou responsáveis de serviço) e teriam obrigatoriamente de ter assistido a formação contínua, de duração superior a um dia, nos últimos cinco anos.

O inquérito por questionário foi aplicado no período de 04 de Julho a 31 de Agosto de 2007, a todos os enfermeiros do Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, EPE, que trabalhavam por turnos e que nos últimos cinco anos tivessem desenvolvido

formação contínua de duração superior a um dia. O período de aplicação do questionário teve de duração dois meses visto tratar-se de período de férias, assim alongando aos dois meses seriam contactados os enfermeiros antes ou após regressar de férias. A sua aplicação foi de administração directa (Quivy e Campenhoudt, 1998), isto é, foram os próprios inquiridos a preenche-lo; foi-lhes entregue em mão pela investigadora e dadas todas as explicações úteis, os objectivos do estudo, a finalidade e a possível utilidade do mesmo, tendo consciência da sua adesão voluntária ao estudo, em média teve uma duração de preenchimento de aproximadamente 20 minutos. Foi fornecida informação e garantia de que, as informações recolhidas, apenas seriam utilizadas para este trabalho e nunca para qualquer outro fim, garantindo a confidencialidade e sigilo, tal como defendem vários autores (Quivy e Campenhoudt, 1998; Ludke, 1986). Garantiu-se aos inquiridos que a qualquer momento poderiam decidir suspender a sua colaboração na investigação, sem que desse facto resultasse qualquer prejuízo para os próprios. A ética deve estar sempre ao lado da investigação.

Foram entregues 239 questionários. O estudo teve uma aplicação **transversal**²³. Após as operações de campo e a recepção dos inquéritos preenchidos, procedemos à sua verificação, validação e registo da informação nelas constante. Inserimos dados de 142 enfermeiros que corresponde a 59,41% da amostra.

²³ Foi realizado a um determinado grupo, num determinado momento (Cohen e Manion, 1990)

3.9 – VALIDAÇÃO DOS INSTRUMENTOS DE RECOLHA DE DADOS

A *confiabilidade* de um instrumento de mensuração que forneça dados quantitativos constitui um dos principais critérios para a avaliação da sua qualidade. Basicamente, referem Polit e Hungler (1995), a confiabilidade de um instrumento é o grau de coerência com o qual o instrumento mede as variáveis. A qualidade de um questionário é medida através da fiabilidade e da validade para que o mesmo possa ser utilizado com confiança (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 1999; Ghiglione e Matalon, 2001; Hill e Hill, 2005).

Para construir um questionário que meça uma variável latente²⁴, tal, como uma atitude, envolve o exame de duas características da medida – **fiabilidade** e **validade** (Hill e Hill, 2005).

Diz-se que uma medida de uma variável latente é fiável se for consistente, isto é, se existir consistência em termos de estabilidade temporal das medidas da variável latente; consistência em termos de equivalência de medidas da variável latente obtidas por versões anteriores e consistência interna (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 1999; Ghiglione e Matalon, 2001; Hill e Hill, 2005).

Os testes de fiabilidade, neste estudo, não foram realizados uma vez que não existiam e, não foram utilizadas escalas de atitudes no instrumento de recolha de dados, pois

²⁴ Utiliza-se o termo “variável latente” para representar uma variável que não pode ser observada nem medida directamente mas que pode ser definida a partir de um conjunto de outras variáveis (possíveis de serem observadas ou medidas) que medem qualquer coisa em comum (nomeadamente a variável latente), Hill e Hill, 2005.

pretendia-se realizar um levantamento de opiniões e de comportamentos relacionados com o Trabalho por Turnos e a Formação Contínua dos Enfermeiros. A finalidade primeira era pois, especificamente, identificar e reflectir a perspectiva que os Enfermeiros têm acerca da relação estabelecidas entre o facto de realizarem trabalho rotativo por turnos e a realização de formação, ou seja, pretende-se caracterizar as suas opiniões concretas nesta matéria.

No que diz respeito à validade, Ghiglione e Matalon (2001: 196), definem-na como *“a adequação entre os objectivos e os fins sem distorção dos factos”*. Hill e Hill (2005:150) referem que *“uma medida tem validade se for uma medida da variável que o investigador pretende medir”*. A validade diz respeito à exactidão com que um conceito é medido (Fortin, 1999).

Existem três tipos de validade que são a validade de conteúdo, a validade prática e a validade de construção (Polit e Hungler, 1995; Fortin, 1999; Hill e Hill, 2005). Neste estudo, no instrumento utilizado verificamos a validade de conteúdo e a validade de construção.

A validade de conteúdo refere-se a representatividade do conjunto de enunciados que constituem o conceito a medir (Fortin, 1999). O questionário tem validade de conteúdo adequada quando os itens formam uma amostra representativa de todos os itens disponíveis para medir os aspectos das componentes (Hill e Hill, 2005). Neste tipo de validade Hill e Hill (2005) descrevem quatro passos para a avaliação da validade: determinar as componentes da variável; para cada componente escrever os

aspectos que caracterizam a variável. Posteriormente, para cada um dos aspectos escrever itens que os possam medir. Quando os itens do questionário formam uma amostra representativa de todos os itens disponíveis para medir os aspectos das componentes podemos dizer que existe uma validade de conteúdo adequada.

Neste aspecto, aquando da elaboração dos inquéritos por questionário foram efectuadas entrevistas exploratórias a especialistas e enfermeiros que serviram por base, bem como a literatura, o conhecimento/realidade empírica aferida que possuíamos sobre a temática, construímos o conjunto total de itens para cada variável – Capítulo III, ponto 3.6 – Identificação e Operacionalização das Variáveis do estudo.

Quanto à validade de construção, Polit e Hungler (1995:209), referem que *“um dos métodos comuns para a validação de constructos é a técnica dos grupos conhecidos”*. Neste procedimento, aqueles grupos dos quais se espera uma diferenciação quanto ao atributo de critério devido a alguma característica conhecida são submetidos ao instrumento. Neste estudo o instrumento foi aplicado a Enfermeiros, que realizam Trabalho por Turnos e que por conseguinte realizaram Formação Contínua, isto é, têm conhecimento sobre a temática em questão a ser estudada.

CAPITULO IV – APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Da população total (N= 313) 239 enfermeiros receberam o questionário para preencher e destes, 142 (59,41%) responderam e entregaram o questionário.

4.1 - CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Participaram no estudo 142 enfermeiros com idade média de 32,7 anos (Desvio Padrão, DP=8,64). No que respeita à variável idade, esta varia entre um mínimo de 22 e um máximo de 57 anos, conforme indicado na tabela 4, onde são apresentadas subdivididas em classes.

Idade dos Inquiridos	Fi	%
21-25	39	27,5
26-30	31	21,8
31-35	20	14,1
36-40	18	12,7
41-45	25	17,6
46-50	3	2,1
51-55	4	2,8
55-60	2	1,4
Total	142	100,0

Tabela 4 – Idade dos Enfermeiros Inquiridos

Conforme mostra o gráfico seguinte, de forma ilustrada verificamos que a nossa amostra é essencialmente jovem.

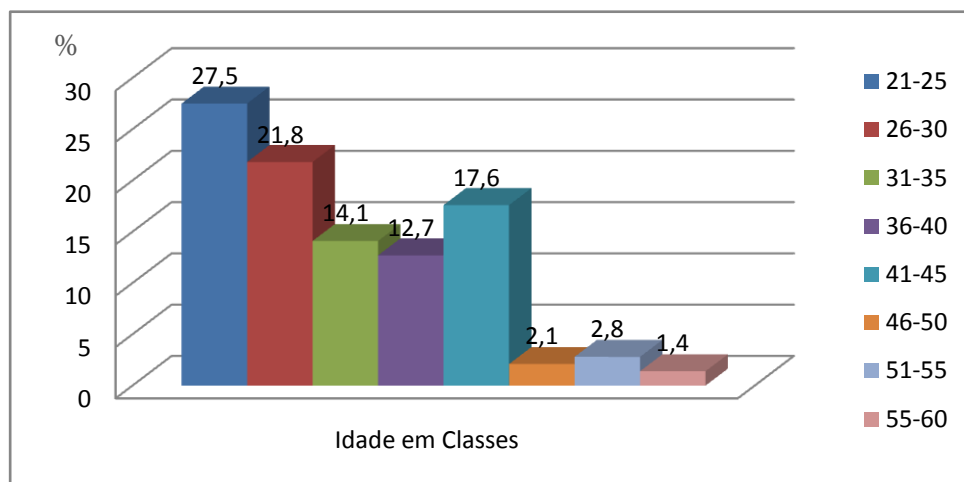


Gráfico 1 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a Idade

A maioria dos sujeitos é do sexo feminino (81%), como exemplificado no gráfico 2; são casados (55.5%) e não têm filhos (55.6%).

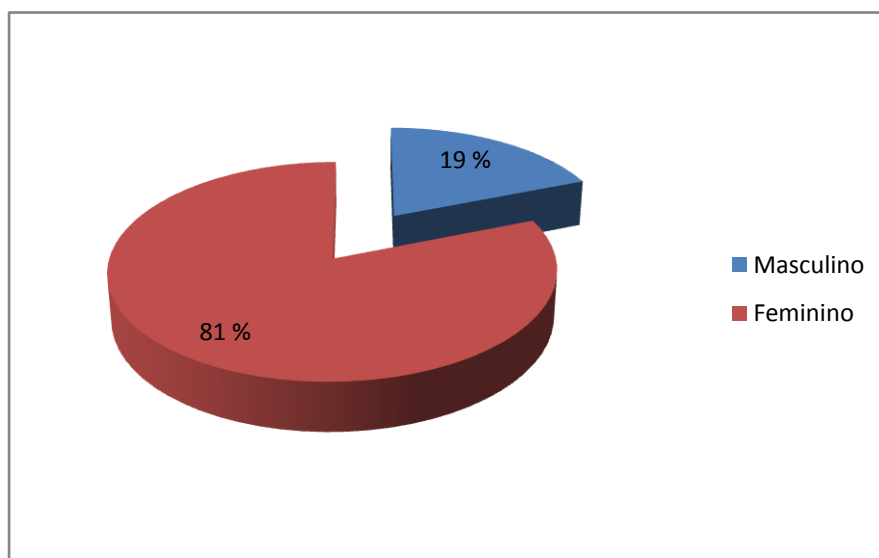


Gráfico 2 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o Sexo

Quando analisada a variável escolaridade – Gráfico 3, verificamos que o grau de escolaridade mais frequente é a Licenciatura (87,3%), seguido de Bacharelato (5,6%), Pós-graduação (4,9%) e, por último, Mestrado (n=3, 2,1%).

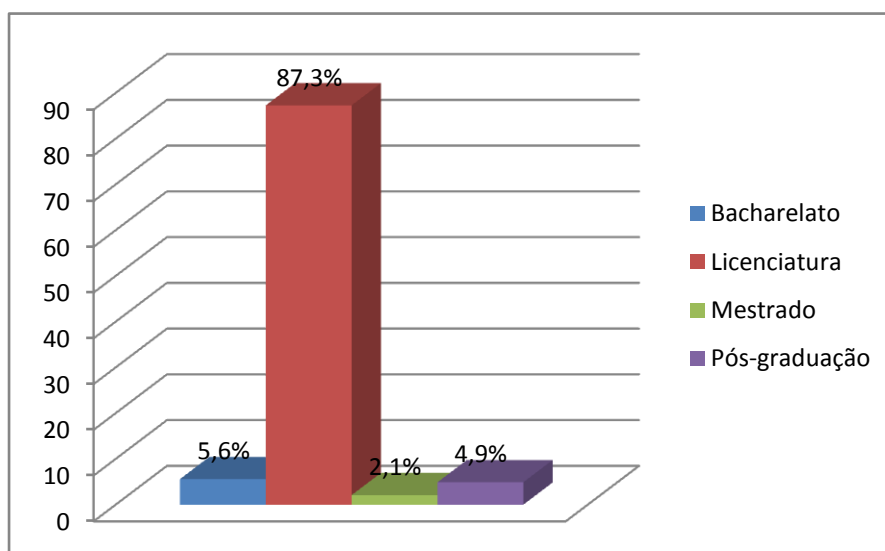


Gráfico 3 – Distribuição dos Enfermeiros segundo o Grau de Escolaridade

Relativamente à categoria profissional (Tabela 5), 48,6% são enfermeiros, 45,8% são enfermeiros graduados e 5,6% são enfermeiros especialistas.

Categoria Profissional	Fi	%
Enfermeiro	69	48,6
Enfermeiro Graduado	65	45,8
Enfermeiro Especialista	8	5,6
Total	142	100

Tabela 5 – Categoria Profissional dos Enfermeiros

A grande maioria (95,8%) trabalha 35 horas (46,5%) ou 40 horas (49,3%) semanais. Apenas 4,2% dos enfermeiros trabalha 42 horas semanais – Gráfico 4.

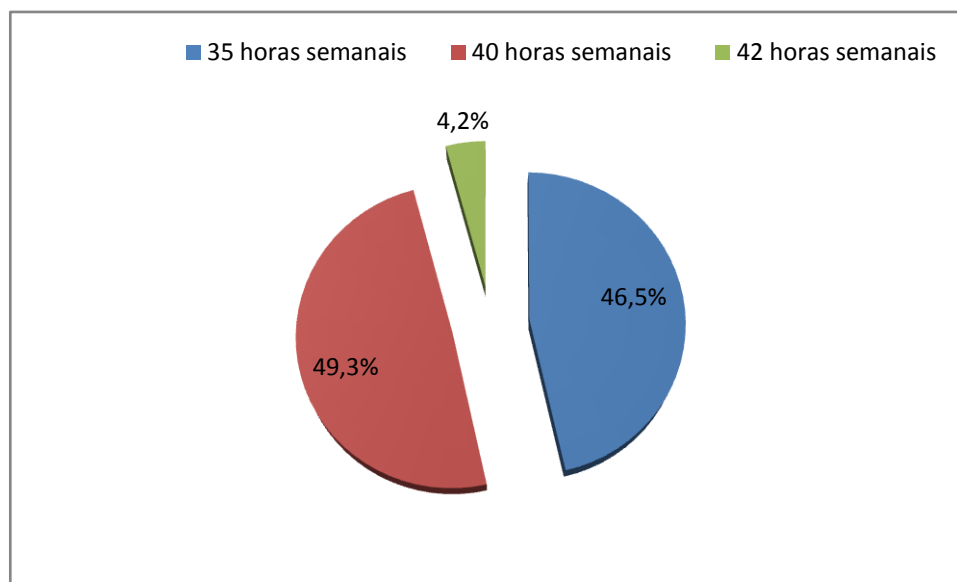


Gráfico 4 – Distribuição dos Enfermeiros por número de horas de trabalho semanal

A amostra foi recolhida em diferentes serviços do Centro Hospital do Baixo Alentejo, Entidade Pública Empresarial (CHBA, E.P.E.), nomeadamente, no Hospital José Joaquim Fernandes de Beja: Urgência, Bloco Operatório, Cirurgia A, Cirurgia B, Cirurgia C, Unidade de Cuidados Intensivos, Ortopedia, Unidade de Cuidados Intermédios, Unidade de Acidentes Vasculares Cerebrais, Medicina I, Medicina II, Cardiologia, Pediatria, Obstetrícia, Urologia/Ginecologia/Quartos; assim como no Hospital São Paulo de Serpa. Os serviços com maior participação foram a Unidade Cuidados Intensivos (91,7%) e a Unidade de Cuidados Intermédios (80%). O Bloco Operatório foi o serviço com menor participação (17,1%) – Tabela 6, Percentagem de participação dos Enfermeiros, consoante os serviços do CHBA, E.P.E.

Fi	%
Urgência	51,5
Bloco Operatório	17,1
Cirurgia B	58,3
Cirurgia A	40
Unidade Cuidados Intensivos	91,7
Ortopedia	66,7
Cirurgia C	61,6
Unidade Cuidados Intermédios	80
Unidade Acidente Vascular Cerebral	60
Medicina I	66,7
Cardiologia	76,9
Medicina II	38,9
Pediatria	40
Obstetrícia	38,9
Urologia/Ginecologia	66,7
Hospital São Paulo (Serpa)	68,8

Tabela 6 - Percentagem de participação dos Enfermeiros, conforme os serviços do CHBA, E.P.E.

Os enfermeiros da presente amostra, conforme indica a Tabela seguinte, possuem em média 9,6 anos (DP=7,91) de experiência profissional e a grande maioria (69,7%) não acumula funções com outra actividade profissional. Contudo, aqueles que acumulam funções (30,3%) trabalham em média mais 18,4 horas (DP=8,73) semanais.

Tempo de Experiência Profissional	Frequência	Percentagem
1-5	63	44,4
6-10	19	13,4
11-15	29	20,4
16-20	20	14,1
21-25	6	4,2
26-30	1	0,7
>31	4	2,8
Total	142	100,0

Tabela 7 – Tempo de Experiência Profissional dos Enfermeiros Inquiridos

Relativamente à questão sobre «há quanto tempo trabalha no actual regime por turnos», os enfermeiros responderam que em média trabalham há 8,9 anos (DP=7,40) no presente sistema. Como verificamos na tabela seguinte, a maioria entre 1 e 5 anos (47,9%).

Tempo a trabalhar no actual regime de Trabalho por Turnos	Frequência	Percentagem
1-5	68	47,9
6-10	18	12,7
11-15	28	19,7
16-20	19	13,4
21-25	5	3,5
26-30	3	2,1
>31	1	0,7
Total	142	100,0

Tabela 8 – Tempo a trabalhar no actual regime de Trabalho por Turnos

4.2 - SISTEMA DE TURNOS

O sistema por turnos dos enfermeiros, de forma geral adoptados, inclui uma a duas manhãs por semana, uma a duas tardes, uma noite, um descanso, que normalmente é efectuado antes da noite, e uma folga, geralmente efectuado após o turno da noite. Desta forma, quando analisamos a descrição do sistema de turnos, num período de quatro semanas, verificamos que:

- Primeira Semana

42,3% referiu trabalhar duas manhãs e 20,4% trabalhar uma manhã;

44,4% referiu trabalhar duas tardes e 33,8% trabalhar uma tarde;

58,5% referiu trabalhar uma noite;

53,5% referiu fazer um descanso;

69,0% indicou fazer uma folga.

- Segunda Semana

30,3% referiu trabalhar duas manhãs e 29,6% trabalhar uma manhã;

37,3% referiu trabalhar duas tardes e 36,6% trabalhar uma tarde;

50,7% referiu trabalhar uma noite;

52,1% referiu fazer um descanso;

69,0% indicou fazer uma folga.

- Terceira Semana

34,5% referiu trabalhar duas manhãs e 29,6% trabalhar uma manhã;

33,8% referiu trabalhar duas tardes e 38,7% trabalhar uma tarde;

57,7% referiu trabalhar uma noite;

54,2% referiu fazer um descanso;

62,0% indicou fazer uma folga.

- Quarta Semana

35,2% referiu trabalhar duas manhãs e 29,6% trabalhar uma manhã;

30,3% referiu trabalhar duas tardes e 35,2% trabalhar uma tarde;

61,3% referiu trabalhar uma noite;

47,9% fazem um descanso e 35,2% fazem dois descansos;

66,2% indicou fazer uma folga;

Relativamente à carga de trabalho no turno da manhã, 60,6% refere ser muito pesada, 14,1% muitíssimo pesada e 23,9% nem leve nem pesado (Gráfico 5). No turno da tarde 52,1% refere que a carga de trabalho é muito pesada, 5,6% muitíssimo pesada e 40,1% nem leve nem pesada (Gráfico 6). Por último no turno da noite 41,5% indicam a carga de trabalho ser muito pesada, 9,2% muitíssimo pesada e 44,4% nem leve nem pesada (Gráfico 7).

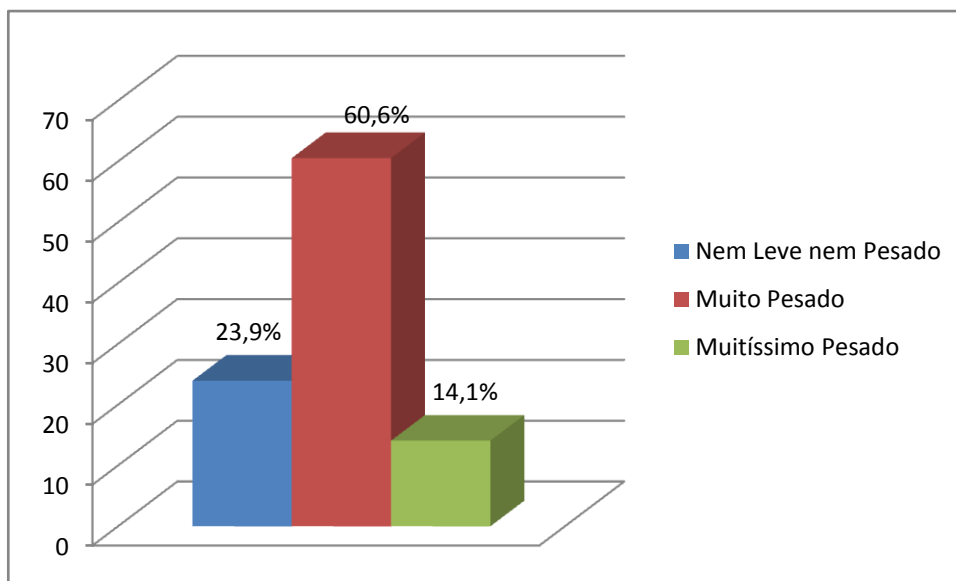


Gráfico 5 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a opinião sobre a Carga de Trabalho no Turno da Manhã

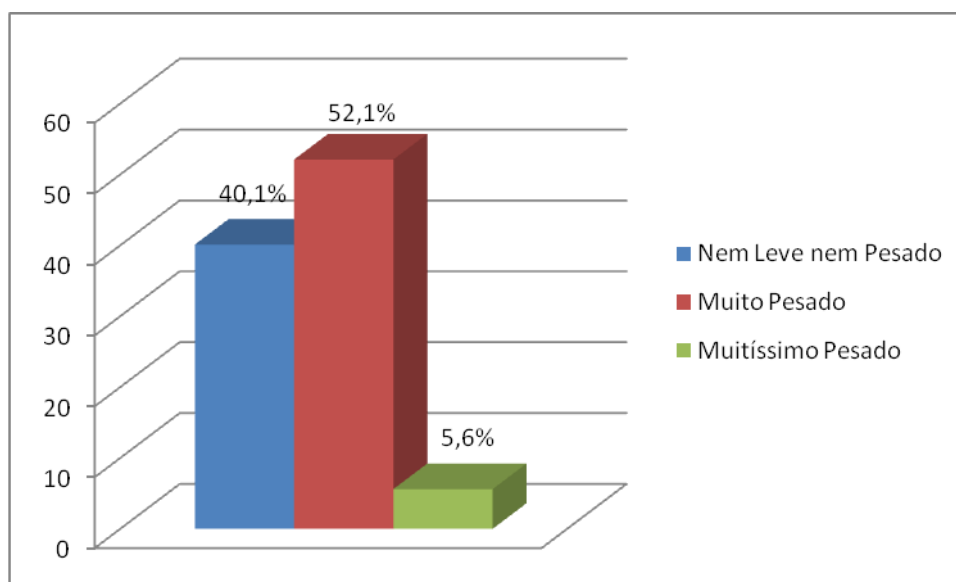


Gráfico 6 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a opinião sobre a Carga de Trabalho no Turno da Tarde

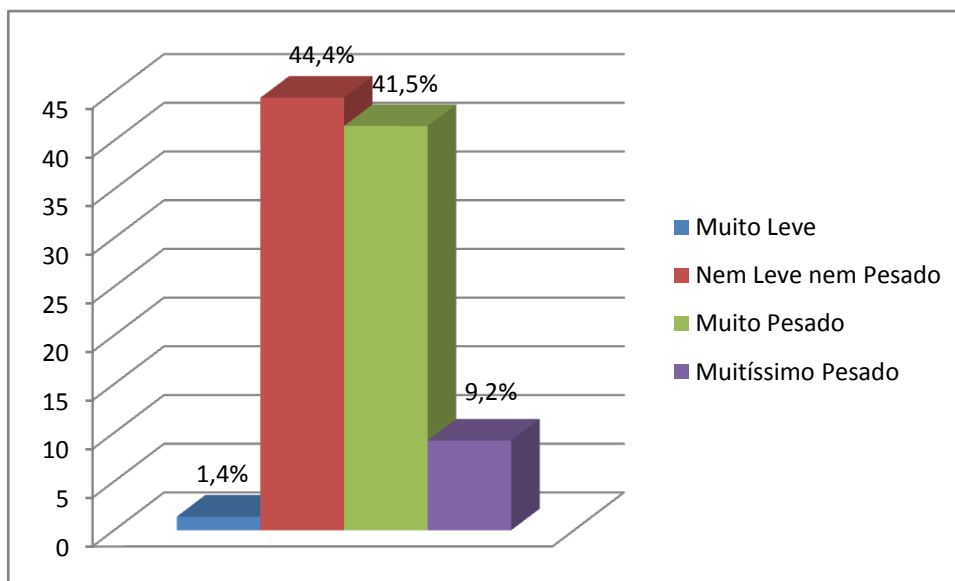


Gráfico 7 – Distribuição dos Enfermeiros segundo a opinião sobre a Carga de Trabalho no Turno da Noite

No que diz respeito à questão “Como se sente perante o ritmo de trabalho” 23,2% apontou que de algum modo está inteiramente sob o seu alcance e 47,2% refere que de algum modo está sob o seu alcance.

A maioria dos enfermeiros, 66,9%, referiu que precisa de dormir mais relativamente à quantidade do sono entre turnos de manhã seguidos e 33,1% relatou dormir o que precisa (Tabela 9). Apenas 16,2% referiram precisar dormir mais, em relação à quantidade de sono, entre turnos de tarde seguidos. De facto 81,0% apontaram dormir o que precisam entre turnos de tarde seguidos (Tabela 10). No que diz respeito a quantidade de sono entre turnos da noite seguidos, 56,3% referem que precisam de dormir mais e 38,7% indicou dormir o que precisa (Tabela 11). Entre folgas seguidas 82,4% refere que dorme o que precisa.

	Fi	%
Durmo o que preciso	47	33,1
Precisava dormir mais	95	66,9
Total	142	100,0

Tabela 9 - Quantidade sono que dorme entre turnos de manhã seguidos

	Fi	%
Durmo demais	4	2,8
Durmo o que preciso	115	81,0
Precisava dormir mais	23	16,2
Total	142	100,0

Tabela 10 - Quantidade sono que dorme entre turnos de tarde seguidos

	Fi	%
Durmo demais	5	3,5
Durmo o que preciso	55	38,7
Precisava dormir mais	80	56,3
Total	140	98,6
Perdidos	-1	2
Total	142	100,0

Tabela 11 - Quantidade sono que dorme entre turnos de Noite seguidos

Em relação à qualidade do sono, 41,6% dos trabalhadores referiram que o sono é de má qualidade (mau, péssimo) entre turnos da noite (Tabela 12), 32,4% entre turnos da manhã (Tabela 13) e 5,6% entre turnos da tarde (Tabela 14); 64,1 % relataram ter um sono bom/excelente entre turnos da tarde, 33,8% entre turnos da manhã e 28,9% entre turnos da noite. Entre dias de folga apenas 1,4% dos inquiridos referem ter um

sono mau/péssimo, enquanto que 87,3% relata possuir um sono de qualidade bom/excelente.

		Fi	%
	Excelente	5	3,5
	Bom	36	25,4
	Nem bom nem mau	41	28,9
	Mau	46	32,4
	Péssimo	13	9,2
	Total	141	99,3
Perdidos	-1	1	0,7
	Total	142	100,0

Tabela 12 – Qualidade do sono entre turnos de Noite

		Fi	%
	Excelente	4	2,8
	Bom	44	31,0
	Nem bom nem mau	48	33,8
	Mau	31	21,8
	Péssimo	15	10,6
	Total	142	100,0

Tabela 13 - Qualidade do sono entre turnos de Manhã

		Fi	%
	Excelente	6	4,2
	Bom	85	59,9
	Nem bom nem mau	43	30,3
	Mau	7	4,9
	Péssimo	1	0,7
	Total	142	100,0

Tabela 14 – Qualidade do sono entre turnos de Tarde

Relativamente à questão “Normalmente, em que medida se sente repousado depois de dormir”, 56,3 % sente-se nada repousado entre turnos da noite, 47,9% entre turnos da manhã e 7,7% entre turnos da tarde. Em contraste, 41,5% sente-se repousado/muito repousado entre turnos da noite, 52,1% entre turnos da manhã e 91,6% entre turnos de tarde. Entre dias de folga 97,2% refere sentir-se repousado/muito repousado após dormir.

No que diz respeito à questão “Como se sente em relação ao trabalho por turnos” e ao item 1 – no geral estou muito satisfeito com este trabalho, 58,5% dos trabalhadores, responderam concordo/concordo totalmente, indicando que estão satisfeitos com o trabalho por turnos, enquanto que unicamente 12,7% responderam discordo/discordo totalmente. Ao item 2 – penso frequentemente abandonar o trabalho por turnos, 59,9% responderam discordo/discordo totalmente e apenas 15,5% responderam concordo/concordo totalmente. No item 3 – Insatisfação com o trabalho por turnos, 63,4% referiram discordar/discordar totalmente e 14,8% referiram concordar/concordar totalmente. Ao item 4 – A maior parte das pessoas neste trabalho sentem-se muito satisfeitas com o trabalho por turnos que fazem, 56,3% referem nem concordar nem discordar com esta afirmação, 24,6% discorda/discorda totalmente e 19,0% concorda/concorda totalmente. No item 5 – As pessoas neste trabalho pensam frequentemente em abandoná-lo, 43,0% responderam nem concordo nem discordo, 34,5% discordo/discordo totalmente e 21,8% concordo/concordo totalmente. No gráfico 8 são apresentadas as percentagens das respostas consoante cada um dos itens desta questão, de forma a existir melhor percepção dos mesmos.

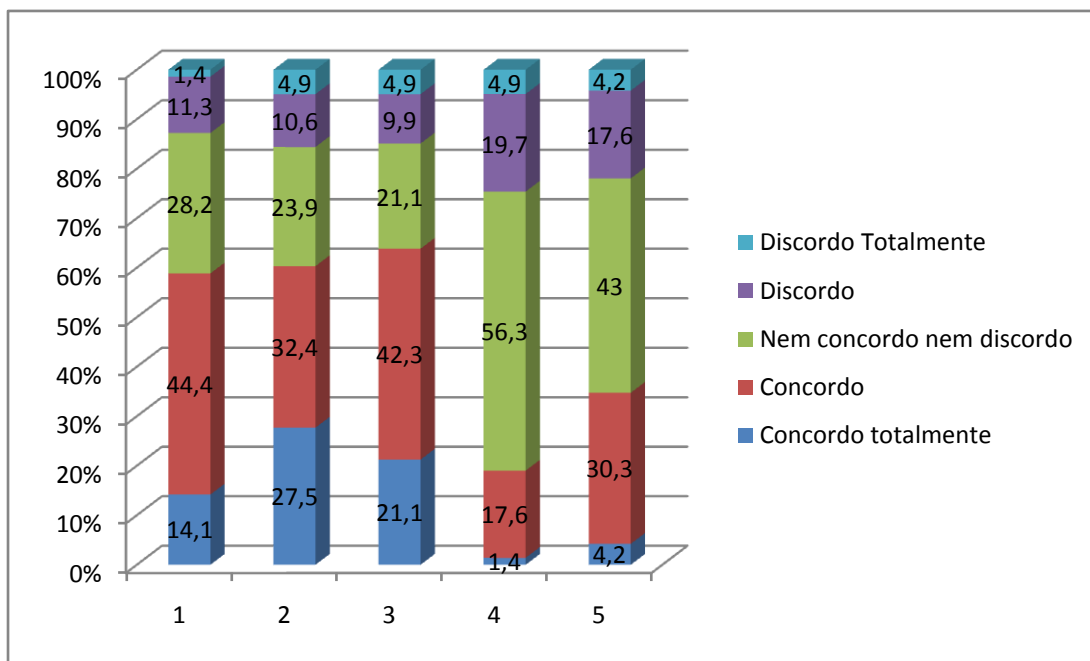


Gráfico 8 - Como se sente em relação ao trabalho por turnos

Legenda:

- 1 – Satisfação com o trabalho por turnos
- 2 – Pensa frequentemente abandonar o trabalho por turnos
- 3 – Insatisfação com o trabalho por turnos
- 4 – Maioria das pessoas satisfeitas com o trabalho por turnos
- 5 – As pessoas a realizar trabalho por turnos pensam em abandoná-lo

4.2.1 RELAÇÃO ENTRE OS HORÁRIOS DE TURNOS E A QUANTIDADE

/QUALIDADE DO SONO

4.2.1.1. QUANTIDADE DE SONO

Relativamente à questão “O que pensa acerca da quantidade de sono que normalmente dorme” as respostas foram categorizadas em: 1=durmo o que preciso e 2=precisava de dormir mais. Os turnos de trabalho foram codificados com 1, entre turnos de manhã seguidos, com 2, entre turnos da tarde seguidos e com 3, entre turnos da noite seguidos.

Em seguida aplicámos o teste Qui-quadrado (χ^2) para investigar se a quantidade do sono percebida pelos trabalhadores estaria associada aos horários dos turnos. Observámos que os trabalhadores referiram precisar de dormir mais sobretudo entre turnos da manhã (66,9%, n=95) ou entre turnos da noite (59,3%, n=80) do que entre turnos da tarde (16,7%, n=23). Estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas ($\chi^2= 81,489$; g.l.= 2; $p<.001$) – ver Tabela 1. Seguidamente as diferenças na frequência das respostas entre 2 horários de turnos (entre tardes vs. entre noites; entre tardes vs. entre manhãs; entre manhãs vs. entre noites) foram exploradas em pormenor. Verificámos que os trabalhadores referiram precisar de dormir mais entre os turnos da manhã (66,9%; $\chi^2=72,433$; g.l.=1; $p<.001$) ou entre os turnos da noite (59,3%; $\chi^2= 52,694$; g.l.=1; $p<.001$) do que entre os turnos da tarde (16,7%). Contudo, não foram encontradas diferenças significativas quando as frequências de respostas dos trabalhadores que referiram necessitar de dormir mais entre turnos da manhã, foram comparadas com as frequências de respostas dos trabalhadores que referiram esta queixa de sono entre turnos da noite (66,9% vs. 59,3%; $\chi^2=1.737$, g.l. =1; $p= .187$). Estes dados sugerem que em comparação com os turnos da tarde, os turnos de noite ou turnos de manhã seguidos estão associados a uma maior necessidade de dormir.

4.2.1.2. QUALIDADE DE SONO

Em relação à questão “Normalmente como é o seu sono?”, as respostas foram categorizadas em: 1=excelente ou bom e 2=mau ou péssimo. Os turnos de trabalho

continuaram a estar codificados com 1, entre turnos de manhã seguidos, com 2, entre turnos da tarde seguidos e com 3, entre turnos da noite seguidos. Aplicámos novamente o teste Qui-quadrado para explorar se a qualidade do sono estaria associada aos horários dos turnos. Verificámos que os trabalhadores referiram ter um sono mau ou péssimo sobretudo entre turnos da noite (62,1%, n=59) ou entre turnos da manhã (51,1%, n=46) e menos entre turnos da tarde (8,6%, n=8). Estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas ($\chi^2 = 61,801$; g.l.=2; $p < .001$) – ver Tabela 2. Ao explorar mais detalhadamente as diferenças entre 2 horários de turnos obtivemos resultados semelhantes aos descritos anteriormente para a questão sobre a quantidade do sono. Verificámos que a percentagem de respostas à opção de que o sono era percebido como mau ou péssimo, era superior entre turnos da noite (62,1%, $\chi^2 = 58,649$, g.l.=1; $p < .001$) ou entre turnos da manhã (51,1%; $\chi^2 = 39,733$, g.l.=1; $p < .001$) do que entre turnos da tarde (8,6%). Contudo, entre turnos da manhã e entre turnos da noite não encontramos resultados estatisticamente significativos relativamente à frequência das respostas (51,1% vs. 62,1%, respectivamente; $\chi^2 = 2,276$, g.l.=1; $p = .131$). Estes dados sugerem que a qualidade do sono é sobretudo afectada entre turnos da noite ou entre turnos da manhã.

Fomos ainda analisar as respostas à questão “Normalmente, em que medida se sente repousado depois de dormir?” as quais foram categorizadas em: 1=muito repousado ou repousado e 2= nada repousado. Os horários de trabalho foram categorizados conforme descrevemos anteriormente. Os trabalhadores referiram ter um sono “nada repousado” especialmente entre turnos da noite (58,8%, n=80) ou entre turnos da manhã (48,9%, n=68), sendo esta opção menos referida entre turnos da tarde (8,6%,

n=11). Estas diferenças revelaram-se estatisticamente significativas ($\chi^2 = 77,606$; g. l.= 2; $p < .001$) – ver tabela 3. Analisando em detalhe estas diferenças verificamos que em comparação ao sono entre turnos de tardes seguidos (8,6%), os trabalhadores referiram mais frequentemente ter um sono “nada repousado” particularmente entre turnos da noite (58,8%; $\chi^2 = 73,653$; g. l. = 1; $p < .001$) ou entre turnos da manhã (48,9%; $\chi^2 = 52,017$; g.l.=1; $p < .001$). Relativamente a esta questão do sono, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas relativamente à frequência de respostas entre turnos de manhã e a frequência de respostas entre turnos de noite seguidos (48,9% vs. 58,8%, respectivamente; $\chi^2 = 2,712$, g.l.=1; $p = .100$). Os resultados indicam que os trabalhadores têm um sono menos repousado sobretudo entre turnos da noite ou entre turnos da manhã.

Em resumo os resultados acima descritos confirmam que a **quantidade e a qualidade de sono estão comprometidas não apenas entre turnos de noite como também entre turnos de manhã seguidos**. Em contraste, os turnos da tarde estão menos associados a queixas de sono relacionadas com a quantidade e qualidade do sono.

	Turnos		
	Entre manhãs	Entre tardes	Entre noites
	N (%)	N (%)	N (%)
Durmo o que preciso	47 (33,1)	115 (83,3)	55 (40,7)
Precisava de dormir mais	95 (66,9)	23 (16,7)	80 (59,3)
Total	139 (100)	128 (100)	136 (100)

Tabela 15 - O que pensa acerca da quantidade de sono que normalmente dorme
 Nota: o total da amostra incluída nesta análise não corresponde ao total da amostra (N=142) porque nem todos os trabalhadores responderam às categorias criadas.

	Turnos		
	Entre manhãs	Entre tardes	Entre noites
	N (%)	N (%)	N (%)
Excelente/Bom	44 (48,9)	85 (91,4)	36 (37,9)
Mau/Péssimo	46 (51,1)	8 (8,6)	59 (62,1)
Total	139 (100)	128 (100)	136 (100)

Tabela 16 - Normalmente, como é o seu sono

Nota: o total da amostra incluída nesta análise não corresponde ao total da amostra (N=142) porque nem todos os trabalhadores responderam às categorias criadas.

	Turnos		
	Entre manhãs	Entre tardes	Entre noites
	N (%)	N (%)	N (%)
Muito repousado/repousado	71 (51,1)	117 (91,4)	56 (41,2)
Nada repousado	68 (48,9)	11 (8,6)	80 (58,8)
Total	139 (100)	128 (100)	136 (100)

Tabela 17 - Normalmente, em que medida se sente repousado depois de dormir

Nota: o total da amostra incluída nesta análise não corresponde ao total da amostra (N=142) porque nem todos os trabalhadores responderam às categorias criadas.

4.3 - FORMAÇÃO CONTÍNUA

Quando questionados sobre o número de formações de duração superior a um dia, realizadas nos últimos 5 anos, 59,2% dos trabalhadores referiram ter realizado entre 0 e 4 formações, 20,4% entre 5 e 9 e 14,8% com 10 ou mais formações, traduzido na tabela 15.

		N	%
Válidos	0-4	84	59,2
	5-9	29	20,4
	>10	21	14,8
	Total	134	94,4
Perdidos		8	5,6
Total		142	100,0

Tabela 18 – Número de formações, de duração superior a um dia, realizadas nos últimos 5 anos (A soma dos valores pode não totalizar 142 ou 100% devido as não respostas - perdidos ou missing values)

De notar que 86,6% referiram não ter feito requerimento do estatuto trabalhador-estudante sendo que as principais razões apontadas, são:

- Não tem sido necessário
- Desconhecimento
- Faz trocas para ir às formações
- A situação do serviço não permite
- O serviço fornece dias para a formação
- Não é estudante

Entre outras razões apontadas, de referir a excessiva burocracia assim como a necessidade de elaborar relatório escrito posterior.

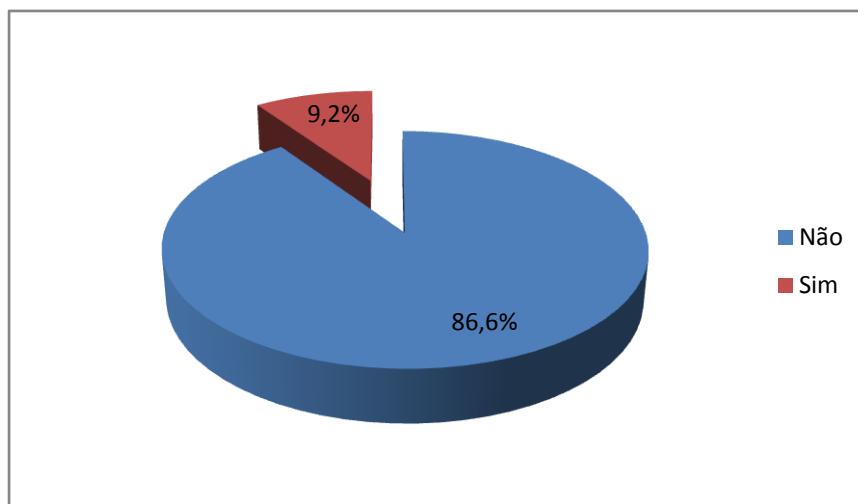


Gráfico 9 – Requerimento Estatuto Trabalhador-estudante (A soma dos valores pode não totalizar 142 ou 100% devido as não respostas - perdidos ou missing values)

Relativamente ao horário das formações, 61,3% dos inquiridos frequentam acções de formação no período das 8 às 19h, 17,6% das 8 às 13h e 10,6% das 14 às 19h (Gráfico 10). Os dias de formação são sobretudo durante a semana, 59,2% e 36,6% variam entre dias da semana e fins-de-semana (Gráfico 11).

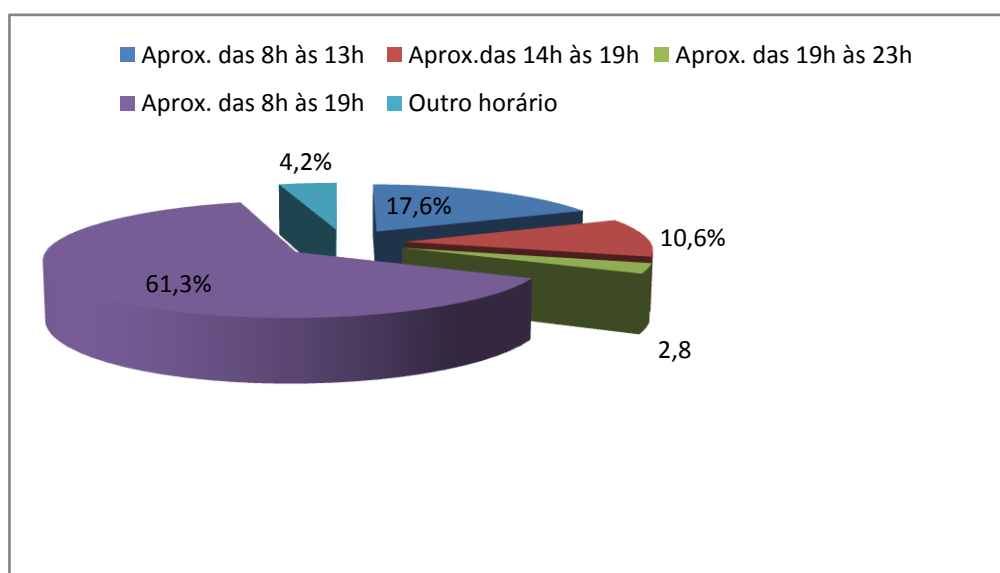


Gráfico 10 – Horário das Formações (A soma dos valores pode não totalizar 142 ou 100% devido as não respostas - perdidos ou missing values)

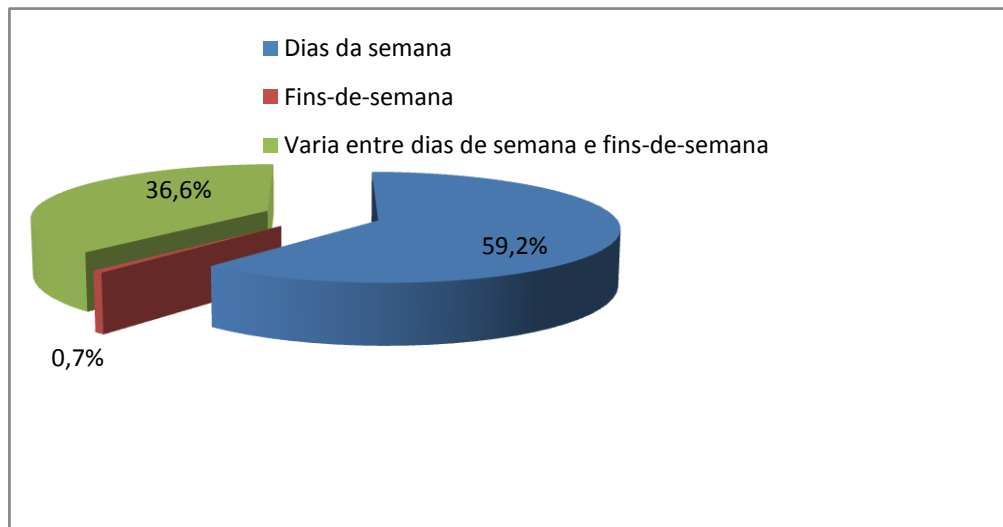


Gráfico 11 – Dias das formações (A soma dos valores pode não totalizar 142 ou 100% devido as não respostas - perdidos ou missing values)

4.4 - COMPATIBILIDADE DO HORÁRIO DE TRABALHO POR TURNOS VERSUS FORMAÇÃO CONTÍNUA

Relativamente ao item – horário das formações compatível com o horário de trabalho, 52,1% respondem que discorda/discorda totalmente; em relação ao item – devido ao trabalho por turnos tem recusado fazer formação contínua, 51,5% dos trabalhadores discordaram/discordaram totalmente da afirmação – ver Quadro 2.

	Concordo /Concordo Totalmente N (%)	Nem concordo nem discordo N %	Discordo / Discordo Totalmente N (%)
O horário das formações é compatível com horário de trabalho	21 (14,8)	42 (29,6)	74 (52,1)
O trabalho por turnos favorece o desenvolvimento de formação contínua	24 (16,9)	55 (38,7)	59 (41,5)
O trabalho por turnos dificulta a realização de formação contínua	60 (42,2)	43 (30,3)	34 (23,9)
Devido ao trabalho por turnos tem recusado fazer formação contínua	43 (30,3)	21 (14,8)	73 (51,5)
Devido ao trabalho por turnos tem aceite fazer formação contínua	30 (21,1)	52 (36,6)	56 (39,4)
Quem trabalha em horário fixo (só de manhã), tem maiores oportunidades de fazer formação que quem faz trabalho por turnos	35 (24,6)	54 (38,0)	49 (34,5)
Quem trabalha em horário fixo (só de manhã), tem menores oportunidades de fazer formação que quem faz trabalho por turnos	21 (14,8)	49 (34,5)	68 (47,9)
Quem trabalha em horário fixo (só de manhã), tem iguais oportunidades de fazer formação que quem faz trabalho por turnos	51 (35,9)	54 (38,0)	32 (22,5)

Quadro 3 – Compatibilidade do horário de trabalho por turnos versus formação contínua

A soma dos valores pode não totalizar 142 ou 100% devido as não respostas (perdidos ou missing values)

Em relação à questão se assistiu a formações após o turno da noite, 71,8% afirmam que sim (Gráfico 12) e 46,5% responderam que o fazem algumas vezes, sendo que 17,6% o fazem raramente e 7,7% muitas vezes.

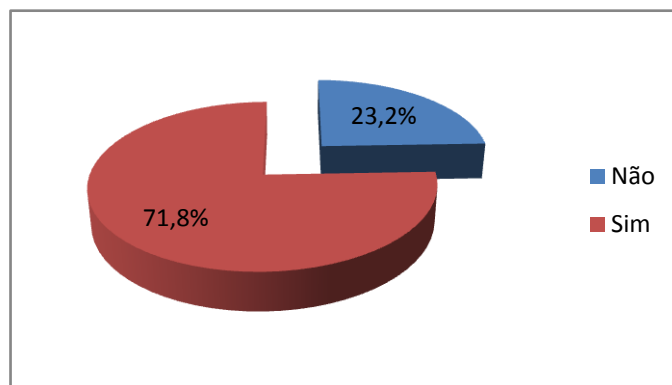


Gráfico 12 – Assistir a formações após o turno da Noite (A soma dos valores pode não totalizar 142 ou 100% devido as não respostas (perdidos ou missing values)

De forma geral verifica-se que os enfermeiros referem encontrar-se, durante as formações, sempre despertos (94,4%), descontraídos (93,0%), bem dispostos (92,9%) e sempre atentos (92,2%) – Quadro 3.

	Sempre Muitas Vezes Algumas Vezes N (%)	Raramente Nunca N (%)
Encontrava-se sempre desperto	134 (94,4)	3 (2,1)
Estava activo	128 (90,1)	7 (4,9)
Encontrava-se descontraído	132 (93)	5 (3,5)
Encontrava-se bem disposto	132 (92,9)	5 (3,5)
Estava sempre atento	131 (92,2)	5 (3,5)
Apresentava facilidade em memorizar	119 (84,5)	16 (11,3)
Reflectia sem dificuldade	121 (85,2)	14 (9,9)
Mantinha-se concentrado durante a formação	128 (90,1)	8 (5,6)
Sentia-se com energia	116 (81,7)	19 (13,4)
Facilidade de aprendizagem	120 (84,5)	16 (11,3)

Quadro4 – Como se encontra durante as formações (A soma dos valores pode não totalizar 142 ou 100% devido a não respostas - perdidos ou missing values)

Contudo 13,4 % referem que nunca ou raramente se sentem com energia assim como 11,3%, respondem nunca ou raramente ter facilidade de aprendizagem ou memorizar. As queixas mais frequentes na formação são a fadiga (79,6%), a dificuldade na reflexão (71,1%), a dificuldade na memorização (70,4%), a sonolência (69,7%), dificuldade em estar atento (68,3%) e dificuldade em se manter concentrado (64,1%). (Quadro 3.1).

	Sempre Muitas Vezes Algumas Vezes N (%)	Raramente Nunca N (%)
Apresentava sonolência	99 (69,7)	38 (25,7)
Apresentava alterações de humor	55 (38,7)	82 (57,8%)
Sentia-se tenso	52 (36,6)	85 (59,9)
Sentia-se desanimado	60 (42,2)	77 (54,3)
Manifestava dificuldade em estar atento	97 (68,3)	40 (28,2)
Sentia-se fatigado	113 (79,6)	24 (16,9)
Sentia dificuldade na memorização	100 (70,4)	37 (26,0)
Tinha dificuldade na reflexão	101 (71,1)	33 (23,2)
Apresentava dificuldade em se manter concentrado	91 (64,1)	45 (31,7)
Adorreceu	13 (9,1)	122 (85,9)

Quadro 4.1 - Como se encontra durante as formações (A soma dos valores pode não totalizar 142 ou 100% devido a não respostas - perdidos ou missing values)

Em relação à questão “Para assistir às formações contínuas, geralmente, tem de trocar turnos com os colegas”, 69% referem que o fazem, enquanto que 26,1% respondem negativamente – ver Gráfico 13.

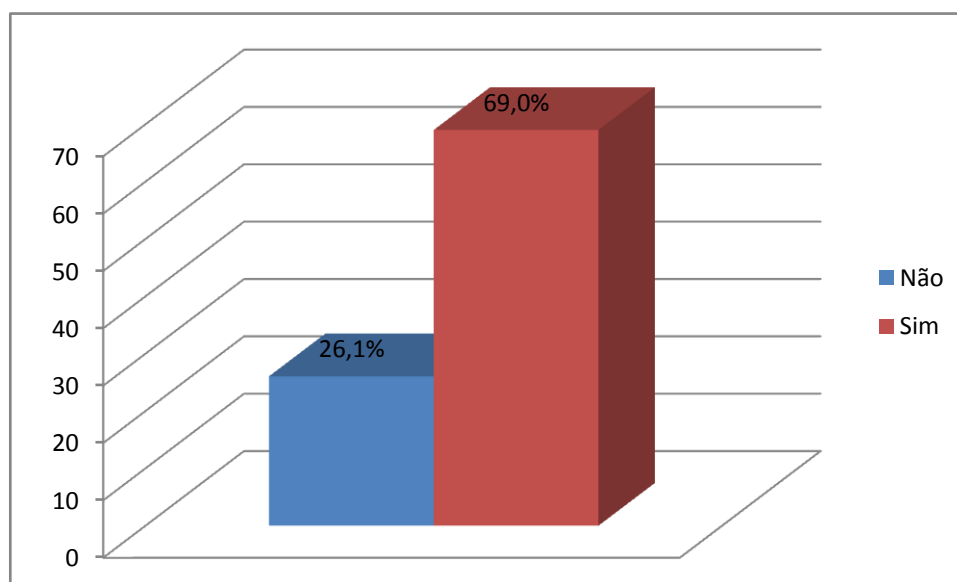


Gráfico 13 – Trocar turnos para assistir às formações (A soma dos valores pode não totalizar 142 ou 100% devido a não respostas - perdidos ou missing values)

No que diz respeito, se o trabalho por turnos facilita a participação na formação, 50,7% respondem que não sabem, 26,8% respondem “não” e 20,4% respondem “sim”.

À questão “de forma geral, sente que tem iguais oportunidades para fazer formação contínua do que os trabalhadores que não fazem trabalho por turnos”, 52,8% respondem que “sim”, 28,9% referem que “não” e 15,5% responde “não sei” (Tabela nº 16). Dos trabalhadores que responderam afirmativamente, estes justificam a sua resposta referindo que as trocas facilitam dias para a formação e que só depende da

motivação. Os inquiridos que responderam de forma negativa, referem o desgaste físico e psicológico do trabalho por turnos, incluindo insónias e dificuldade de concentração, para não existirem igualdades de oportunidades.

		Fi	%
Válidos	Não	41	28,9
	Sim	75	52,8
	Não sei	22	15,5
	Total	138	97,2
Perdidos	-1	4	2,8
	Total	142	100,0

Tabela 19 – Trabalhador por turnos, iguais oportunidades para fazer formação contínua, do que trabalhadores que não fazem trabalho por turnos

Por último, as propostas para melhorar a participação dos enfermeiros, que trabalham por turnos, na formação contínua foram:

- Ⓒ Dispensa de serviço para formação
- Ⓒ Formações em contexto de trabalho direccionadas às lacunas dos saberes práticos
- Ⓒ Incentivos à motivação
- Ⓒ Horas de formação contarem como turnos efectivos
- Ⓒ Duplicação de sessões de formação
- Ⓒ Flexibilidade na elaboração de horários
- Ⓒ Maior facilidade nas trocas de horários
- Ⓒ Formações nos dias livres dos enfermeiros

- Ⓢ Períodos de formação contínua com duração elevada – 1 semana
- Ⓢ Dividir os Enfermeiros por grupos, dias e horas de formação
- Ⓢ Maior divulgação das formações e com maior antecedência
- Ⓢ Não assistir a formações após o turno da noite
- Ⓢ Formações com 4 horas de duração por dia, para abranger os enfermeiros dos diferentes turnos

V - DISCUSSÃO

A Amostra utilizada neste estudo, procurou-se que fosse representativa da população, para tal, existiu a preocupação de incluir na amostra enfermeiros de todos os serviços da Instituição – Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, com idades variadas e com tempo de experiência profissional diversos. Contudo, a nossa amostra é constituída principalmente por enfermeiros que trabalham numa região específica do país, Baixo Alentejo, com uma faixa etária (idade média de 32,7 anos) e tempo de serviço (9,6 anos), relativamente jovem, o que pode ter influenciado os resultados. Com o avançar da idade observam-se várias alterações que podem interferir com as respostas dadas em diversas funções. Com o envelhecimento os indivíduos mostram uma maior tendência para a matutuidade e menor flexibilidade dos hábitos de sono. Esta tendência começa a observar-se a partir dos 50 anos (Tankova *et al*, citados por Alves *et al*, 2005; Alonso del Teso *et al*, 2001). Parece existir uma mudança gradual para a matutuidade, à medida que avança a idade, desaparecendo a tipologia vespertina.

Por outro lado, a nossa amostra, procurou integrar ambos géneros, no entanto é maioritariamente feminina, uma vez que, e de acordo com os dados oficiais e nacionais disponíveis sobre a população de Enfermeiros, existe uma grande maioria de profissionais de Enfermagem do sexo feminino (81%), o que podemos confirmar também tem acontecido em estudos anteriores Nacionais, como o de Cruz (2003b), Fernandes, Santos e Torre (2002), e Internacionais, como o de Martino (2002), Portela, Rotenberg e Waissmann, (2004) e Dawson *et al* (2006). No que diz respeito

ao género, nalguns estudos de isolamento temporal, Kerkhof (citado por Alves *et al*, 2005) concluiu que em condições experienciais as mulheres mostram um comportamento mais matutino que os homens, no entanto, referem Alves *et al* (2005) a maioria das investigações neste âmbito são inconsistentes.

O grau académico dos enfermeiros é na sua maioria a licenciatura, de notar o baixo número de enfermeiros com mestrado e ausência de profissionais com doutoramento, o que vai de encontro com os dados nacionais da ordem dos enfermeiros, existindo 284 profissionais com mestrado e 8 com doutoramento; o que provavelmente também é influenciado pelo facto de a profissão de enfermagem ainda ser remunerada pelo grau académico de bacharelato independentemente do grau académico que se possua. De referir que ainda existem profissionais bacharéis que ainda não fizeram o Complemento de Formação. Relativamente à categoria profissional, verificamos uma baixa taxa de enfermeiros especialistas (5,6%), o que é congruente com a realidade nacional – segundo os dados fornecidos pela ordem dos enfermeiros; o que poderá estar associado ao elevado custo do mesmo e à necessidade de aprovação de bolsa de estudo devido aos períodos de estágio incompatíveis com o horário laboral.

O Sistema de turnos adoptado no Hospital é caracterizado por um sistema de rotação rápida, do tipo Manhã, Tarde, Descanso, Noite, Folga, O que de forma geral inclui uma a duas manhãs, por semana, assim como uma a duas tardes, e uma noite. Corresponde ao sistema por turnos regulamentado na legislação e que também se encontra em alguns estudos portugueses (Fernandes, Santos e Torre, 2002; Cruz,

2003b) e internacionais (Clancy e McVicar, 1995), como sendo melhor tolerados. O turno da manhã é o turno mais pesado seguido do turno da tarde e por último o turno da noite. Uma explicação para estes dados pode residir no facto do turno da manhã implicar um tipo de trabalho que requer maior esforço físico, nomeadamente as higiènes corporais, os levantes para cadeira/cadeirão, a realização dos exames complementares de diagnóstico e a conseqüente deslocação para os mesmos, entre outros factores de stress (Portela, Rotenberg e Waissmann, 2004).

A maioria dos inquiridos referiu precisar de dormir mais entre turnos da manhã do que entre turnos da noite o que pode ser explicado pela tendência dos nossos ritmos biológicos apresentarem um atraso de fase, contrário ao que é exigido entre turnos da manhã (acordar às 08:00 horas em ambos os turnos). Resultados idênticos foram encontrados em outros estudos, nomeadamente no de Cruz (2003b). O aumento das horas de sono entre as folgas e noites, pode ser explicado pela privação do sono na noite de trabalho que antecede imediatamente as folgas – factor S ou factor homeostático do sono (Cruz, 2003a e 2003b). No estudo, o sono entre os turnos da noite é o considerado de pior qualidade, assim como o menos repousado; de facto, o trabalho nocturno é antifisiológico e o sono diurno não possui as mesmas características do sono nocturno (Cruz, 2003b, citando a Pternitis, Estryng-Behar *et al*). De facto, diversos estudos têm encontrado resultados semelhantes ao nosso. Por exemplo, Carvalho Bos *et al*. (2003) estudaram o ritmo sono vigília de oito sujeitos, pilotos de helicópteros, que utilizaram um actígrafo no pulso (instrumento que permite avaliar a actividade do sujeito durante o ciclo sono-vigília) durante 3 meses e

verificaram que o sono diurno após o turno da noite era menos repousante, com maior actividade, do que o sono nocturno obtido em dias de repouso.

A satisfação com o trabalho por turnos é manifestada pela maioria dos enfermeiros, assim como a discordância em eventualmente poder abandonar este sistema de trabalho. Como tivemos oportunidade de verificar aquando da revisão teórica, o trabalho por turnos nem sempre é avaliado negativamente pelos trabalhadores. Com efeito, embora sejam poucos os trabalhadores que gostam de trabalhar por turnos, há muitos que aprendem a viver com ele (Mott, 1965). Tendo em conta as características da nossa amostra, a idade (jovens) e o facto de que o sistema de rotação é rápido com uma noite por semana, seguida de dia de repouso, o aumento da tolerância ao trabalho nocturno é de esperar. No entanto, estudos revelam que com atributos monetários adequados, os enfermeiros, abandonariam o trabalho por turnos (Fernandes, Santos e Torre, 2002).

O número de formações (zero a quatro) realizadas pela maioria dos inquiridos, nos últimos cinco anos, é baixo, não chega a equivaler uma formação por ano; além de que na sua grande maioria não requerem o estatuto trabalhador-estudante, o que se associa ao desconhecimento sobre o mesmo, sobre a sua utilidade e empregabilidade. Referem não ter sido necessário, que de facto desconhecem a sua função, alegando o excesso de burocracia como razão de não uso e referindo as “trocas de turnos” como meio auxiliar para disponibilizar dias livres à realização de formação contínua. No entanto, o horário de formação identificado, como o principal, refere-se ao período aproximado entre as oito e as dezanove horas; uma vez que o turno da manhã é

compreendido entre as oito e dezasseis e trinta horas, e o turno da tarde, entre as dezasseis e as vinte quatro horas, implica que perante o período habitual de formação identificado, não possam ser efectuados nenhum destes dois turnos, o que implica que tenham de ser feitas “trocas” perante qualquer um deles. Os horários são compostos por trinta e cinco ou quarenta horas semanais, na sua grande maioria; realizar uma troca de turno implica substituir um turno por outro, o que implica alterar a rotatividade do horário por turnos²⁵, e assim aumentar o número de horas de trabalho, num determinado período²⁶. As formações são essencialmente desenvolvidas de segunda a sexta feira, no entanto também são frequentemente alternadas entre os dias de semana e o fim-de-semana. O sistema rotativo por turnos inclui, o fim-de-semana (DECRETO-LEI nº 99 de 2003, do Código e Trabalho, Subsecção II).

No estudo constatamos que a maioria dos enfermeiros, afirma que o trabalho por turnos é incompatível com os horários das formações, no entanto declaram não ter sido esta a razão para realizarem ou não formação contínua, visto não considerarem o trabalho por turnos como factor de favorecimento ou de dificuldade para as mesmas. Talvez associado a este facto, esteja a situação de que na sua maioria (69%), os enfermeiros realizam trocas de turnos com os colegas, para assistir as formações desejadas; além de que 71,8% dos enfermeiros assiste a formações após o turno da noite. Segundo Clancy e McVicar (1995), os trabalhadores nocturnos necessitam de dormir *logo* que acabam o seu turno. Embora não tenha feito parte da investigação, é

²⁵ Clancy e McVicar (1995: 28) afirmam que padrões melhorados de alteração de turnos exigem rotação no sentido horário, ou seja, de manhã para a tarde, para a noite, para a manhã e assim por diante.

²⁶ Neves *et al* (2006:7) sugerem que longos períodos de trabalho devem ser evitados, a menos que a natureza do trabalho seja sutil.

conhecido de forma empírica, que existem alguns serviços que limitam o número de trocas (3 a 4 por horário) o que acaba por ser um factor importante na utilização do factor “troca de turnos” como elemento essencial para assistir às formações. Durante as entrevistas exploratórias foi também dado a conhecer que no Centro Hospitalar do Baixo Alentejo, E.P.E. planeia-se que em breve seja colocado em vigor um novo sistema de horários laborais rotativos, onde será incluído o tipo de turnos e trocas que podem ser realizadas.

Os enfermeiros inquiridos afirmam que durante as formações se encontram despertos, activos, com facilidade em estarem atentos, concentrados, assim como com facilidade na aprendizagem; no entanto, constatamos que uma grande maioria menciona a fadiga como uma situação habitual, assim como a sonolência, a dificuldade de memorização e de reflexão. Inclusive 13 inquiridos afirmam ter adormecido durante as mesmas, número elevado perante a situação em causa e a amostra estudada. A fadiga é um dos aspectos mais frequentemente estudados com referência a trabalho por turnos (Fischer e Metzner, 2001; Cruz, 2003^a, 2003^b).

5.1 – CONCLUSÕES

Este estudo teve por objectivo principal conhecer como o trabalho por turnos influencia a formação contínua dos enfermeiros. Trata-se de um estudo exploratório, cuja base era conhecer/explorar se o facto de trabalhar num sistema rotativo de turnos, promove, ou não, a participação dos profissionais de enfermagem, na formação contínua. Constatamos que os próprios enfermeiros não consideram o

trabalho por turnos como um factor que influencie ou não a aderência dos mesmos à formação. Mas de facto ficamos a conhecer que existem alterações físicas, traduzidas pelo carga de trabalho que consideram ser elevada nos turnos da manhã e da tarde; psicológicas, como as alterações de humor, e cognitivas, como a dificuldade em estar atento, em memorizar, reflectir e a fadiga, associadas ao trabalho por turnos e manifestas pelos nossos inquiridos durante as formações.

Os objectivos a que nos propusemos atingir no início do estudo foram praticamente alcançados. De facto, o nosso estudo permitiu-nos conhecer o número de formações realizadas pelos enfermeiros, basicamente conhecer, na globalidade, o grau académico dos enfermeiros. Verificamos que, em número, o grau académico dos enfermeiros é baixo; existem poucos enfermeiros com mestrados e doutoramentos, ficando reservados estes títulos para os enfermeiros na área da educação e não da prática diária. Devido à falta de motivação?, à ausência de remuneração consoante o grau académico?, visto não contar para ascensão na carreira de enfermagem?, são prováveis hipóteses para este facto, que permanecem em aberto.

Foi também nosso objectivo conhecer se existia compatibilidade entre os horários de trabalho, do enfermeiro trabalhador por turnos e os horários das diversas formações, e concluímos que, de facto, não são compatíveis. No entanto, os enfermeiros sentem-se satisfeitos em relação ao trabalho por turnos.

O aumento mundial na utilização de sistemas de trabalho em turnos explica o crescimento no número de estudos que enfocam os reflexos na saúde dos

trabalhadores expostos. Não existe qualquer resposta fácil aos problemas do trabalho por turnos. O turno será sempre uma necessidade nos serviços humanos, incluindo a enfermagem. Neste sentido, torna-se imperioso que se proceda a um maior número de estudos na área da cronobiologia da educação/formação, a área mais deficitária da biologia do tempo (Monte-Arroio *et al*, 2000). Assim como a necessidade de organização dos serviços de saúde ocupacional, a reavaliação, ao longo do tempo, da condição de saúde dos trabalhadores nessas situações, devido a um provável maior desgaste decorrente do tempo de exposição diário aos estressores de trabalho, tomando em consideração as consequências do trabalho por turnos como doença profissional. Segundo Tuomi *et al*, citado por Fischer e Metzner (2001), o índice de capacidade para o trabalho (ICT) pode ser utilizado para avaliar os reflexos na saúde dos trabalhadores ao longo do tempo, podendo, portanto, ser utilizado como instrumento para reavaliação da condição de saúde. Formação nesta área, no âmbito do ensino superior, poderia contribuir para que futuros profissionais ligados a áreas como educação ou a saúde, atribuam mais importância ao sono e aos ritmos circadianos na compreensão e intervenção com estudantes e profissionais, de modo a melhor promover o seu desenvolvimento, processo de aprendizagem e bem-estar.

Para atingirmos os objectivos propostos muito contribuíram os dados colhidos ao longo do período de elaboração da revisão bibliográfica, as entrevistas exploratórias realizadas, assim como as hipóteses que levantamos e que tentamos testar ao longo da nossa pesquisa.

A nossa primeira hipótese não foi confirmada, pois os resultados não confirmaram que **o trabalho por turnos dificulta a realização de formação contínua dos enfermeiros**, visto terem sido os mesmos a afirmar, que o trabalho por turnos não é um factor impeditivo. Apesar da primeira hipótese não se confirmar, e directamente associada, foi confirmada a segunda hipótese em que se verificou que **os horários das formações não são compatíveis com o horário por turnos**, o que também veio a confirmar a nossa terceira hipótese uma vez que **para realizar formação contínua, os enfermeiros, têm de trocar turnos**. Verificamos, ainda, que a nossa quarta hipótese, **o trabalho por turnos conduz a perturbações do sono**, traduzidas pela quantidade e qualidade de sono, que os enfermeiros dormem entre turnos, nomeadamente entre os turnos da noite.

Em todo o caso, os resultados encontrados sugerem-nos a importância de variáveis como a idade e o sistema de rotação de turnos. Parece-nos que o sistema de rotação rápida com uma noite por semana seguida de dois dias de repouso é o mais recomendável para o bem-estar (antes do relógio biológico do trabalhador se adaptar) e o bom desempenho em trabalhadores que têm, por inerência de funções, trabalhar por turnos (Neves *et al*, 2006).

5.2 – SUGESTÕES

Aproveitamos este último capítulo para apresentarmos as nossas recomendações com base nos resultados do estudo. Especificamente, para a optimização do funcionamento do modelo de formação contínua:

- Ⓢ O trabalho nocturno deve ser reduzido o máximo possível; se não for possível deve dar preferência a sistemas com turnos mais alternantes para cada trabalhador do que sistemas lentos;
- Ⓢ Longos períodos de trabalho devem ser evitados;
- Ⓢ O número de dias de trabalho deve ser intercalado de forma apropriada com os dias de folga, de preferência dois dias de folga, e deve haver sempre fins-de-semana com, pelo menos, dois dias livres;
- Ⓢ Fornecer dispensas de serviço para formação; são 35h anuais que cada trabalhador tem direito para fazer formação;
- Ⓢ A duplicação de sessões de formação, forneceria maiores oportunidades aos diversos trabalhadores que pretendem fazer cada sessão de formação;
- Ⓢ Dar ênfase à formação em serviço, isto é formação em contexto de trabalho, como fonte de informação e preparação profissional, direccionadas às lacunas dos saberes práticos;
- Ⓢ Incentivar, motivar os trabalhadores por turnos a investir na sua própria formação, visto serem o espelho não só dos cuidados prestados mas da imagem de formação académica da instituição;
- Ⓢ As formações deveriam passar a ser divulgadas com a maior antecedência possível – programar a formação, antes da elaboração dos horários, de forma a permitir que as mesmas fossem incluídas/fizessem parte do horário;
- Ⓢ Sugere-se a tentativa de adequação dos horários de formação aos horários laborais por turnos;
- Ⓢ Assistir a sessões de formação após o período nocturno, deveria passar a ser uma situação que raramente – ou nunca deveria acontecer;

- Ⓢ Serem permitidas facilidades na elaboração das trocas de turnos, para as eventuais necessidades;

O conceito central adoptado no estudo, formação contínua, deverá ser o reflexo de uma prática profissional, baseada na educação e formação de adultos; a aprendizagem está directamente relacionada com a experiência, mas também com a aprendizagem ao longo da vida, ambas como contributo para melhoria das práticas e consequentemente melhoria dos cuidados de saúde.

5.3 – LIMITAÇÕES

Durante o desenvolvimento do estudo foi para nós um factor de limitação a reunião da bibliografia que serviria de suporte teórico à investigação, e, posteriormente à selecção da mais pertinente. Por outro lado, relativamente ao aspecto concreto da associação entre a temática do trabalho por turnos com a formação contínua, salientamos que não foi encontrado qualquer estudo com o mesmo objectivo, nem a nível nacional, nem a nível internacional. Encontra-se sim, temática que envolve a cronociência, o trabalho por turnos e a associação entre a vespertinidade/matutinidade e a actividade escolar.

Há factores de natureza motivacional e de atitude que poderão explicar parte da “variância” dos resultados. Jovens, para os quais o trabalho por turnos é menos monótono, que permite que tenham periodicamente mais tempo livre e faculta maior salário. Em contrapartida, a desorganização da vida familiar, desgaste físico-mental;

alterações do sono (Minors e Waterhouse, 1981; Silva, 1994) são apontadas como desvantagens.

Os nossos resultados não nos permitem estabelecer nexos de causalidade, permitem-nos tão-somente elaborar modelos preditivos de interesse para a comunidade científica que tem de se pronunciar e actuar ao nível da problemática da tolerância e compatibilidade do trabalho por turnos e a sua possível associação com a promoção da área educacional/formativa. Em suma, o nosso estudo revelou-nos que os efeitos do trabalho por turnos é mediado por diversos factores, o que permite explicar porque alguns indivíduos o toleram muito bem.

Entendemos que em estudos futuros, se pudesse aprofundar o conhecimento sobre as relações do trabalho por turnos, com a disponibilidade para formação, com o factor “motivação”, assim como conhecer o significado de formação em serviço para os enfermeiros e a diferença que os próprios, assimilam existir, entre esta e a formação contínua.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, W. (2001). *Identidade, formação e trabalho: das culturas locais às estratégias identitárias dos enfermeiros – estudo multicaseos*. Coimbra: Co-edição Formasau e Educa.

Alonzo del Teso, F., Alvarez Hurtado, A., Carretero Ares, J., Gonzales Las Hersa, R. Teresa Romero, G e Vasquez Garcia, V. (2001). *Influencia de la edad en la calidad de los componentes parciales del sueño en la población general*. Medifam, Vol. 11, nº 1, Janeiro, pp: 11-15.

Alves, V., Cruz, A., Rosa, M. e Silva, C. (2005). *Matutividade-Vespertividade, exercício físico e imunidade*. Revista de Investigação em Enfermagem, nº 11, Fevereiro, pp: 54-65.

American Academy of Sleep Medicine –AASM (2005) The International Classification of Sleep Disorders, 2nd ed.: Diagnostic and coding manual. Westchester, Illinois: American Academy of Sleep Medicine.

American Psychiatric Association -APA. (1994). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV, fourth ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association -APA. (2002). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, DSM-IV-TR, fourth ed (Text Revision). Washington, DC: American Psychiatric Association.

American Sleep Disorders Association –ASDA (1990) - International Classification of Sleep Disorders: Diagnostic and Coding Manual. Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association.

American Sleep Disorders Association –ASDA (1997) International Classification of Sleep Disorders, revised. Diagnostic and Coding Manual Rochester, Minnesota: American Sleep Disorders Association.

Aschoff, J. (1969). Desynchronization and Resynchronization of Human Circadian Rhythms. *Aerospace Medicine*. Nº 40, pp. 844-849.

Azevedo, M. (1980). *Efeitos Psicológicos do Trabalho por turnos*. Dissertação de Doutorado. Faculdade de Medicina, Universidade de Coimbra.

Azevedo, M., Duarte, J., Silva, C. (1997). Estudo do Inventário do tipo Circadiano com uma amostra de Enfermeiros. *Psicologia: teoria, Investigação e Prática*. Vol V, nº 2, pp. 269-278.

Azevedo, M.; Silva, C.; Clemente, V.; Ferreira, A. E Coelho, I. (1993). Estrutura Factorial e Estabilidade do Inventário do Tipo Circadiano. *Psiquiatria Clínica*, 14 (3), pp: 267-269.

Barroso, J. (2003). Formação, Projecto e Desenvolvimento Organizacional. In Rui Canário (Org.), *Formação e Situações de trabalho*. Porto: Porto Editora.

Bártolo, E. (2007). *Formação em Contexto de Trabalho no ambiente hospitalar – Um estudo etnográfico numa Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos*. (1ªed.) Lisboa: Climepsi Editores.

Bell, J. (1997). *Como realizar um projecto de investigação*. (1ªed.). Lisboa: Publicações Gradiva

Bulhão, I. (1994). *Risco do trabalho em enfermagem*. Rio de Janeiro: Folha carioca Editora

Burger, G., Veer, M., Wesseldijk, A., Graaf, M., Doornbosh, A. (1957). Human problems in shift work. XII Int. Cong. Occup. Health, Helsinki.

Canário, R. (2000). *Educação de Adultos: um campo e uma problemática*. Lisboa: Educa e Anefa.

Canário, R. *et al.* (2003). *Formação e Situações de Trabalho*. (2ªed.). Porto: Porto Editora.

Carvalho Bos S, Waterhouse J, Edwards B, Simons R, Reilly T (2003). The use of actimetry to assess changes to the rest-activity cycle. *Chronobiology International*, 20(6): 1039-49.

Carvalho, J. (2002). *Metodologia do Trabalho Científico: Saber –fazer da Investigação para Dissertações e Teses*. Lisboa: Escolar Editora.

Cipolla-Neto, J., Marques, N., Menna-Barreto, L. (1988). *Introdução ao estudo da cronobiologia*. São Paulo: Ícone e EDUSP.

Clancy, J. e McVicar, A. (1995). Ritmos Circadianos 1: fisiologia. *Nursing*. Ano 8, nº 90/91, pp. 14-18.

Clancy, J. e McVicar, A. (1995). Ritmos Circadianos 2: o trabalho por turnos e a saúde. *Nursing*. Ano 8, nº 92, pp. 24-28.

Cohen, L. e Manion, L. (1990). *Métodos de Investigação Educativa*. Madrid: Editorial La Muralla, S.A.

Costa, M. (1998). *Enfermeiros – Dos percursos de Formação à Produção de Cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições LDA.

Cruz, A. (2003a). Ritmos Biológicos: implicações na prática de Enfermagem. *Sinais Vitais*. Nº 50, pp. 57-62.

Cruz, A. (2003b). *Trabalho por turnos: Factores preditivos de intolerância*. Coimbra: Editora Quarteto.

Cruz, A. (2005). *Cronótipo, Exercício Físico e Imunidade*. Coimbra: Formasau.

Cruz, A. e Silva, C. (1995). Consequências do Trabalho por Turnos. *Sinais Vitais*. Nº 3, pp. 37-42.

Damas, M. e Ketele, J. (1985). *Observar para avaliar*. Coimbra: Livraria Almedina.

Dawson, D., Dorrian, J., Heuvel, C., Lamond, N., Pincombe, J. (2006). *A pilot study of the safety implications of Australian nurses' sleep and work hours*. *Chronobiology International*, Vol. 23, nº 6, pp: 1149-1163.

D'Oliveira, T. (2005). *Teses e Dissertações – Recomendações para a elaboração e estruturação de trabalhos científicos*. 2ª Ed. Lisboa: Editora RH.

Dúbar, C. (2003). Formação, Trabalho e Identidades Profissionais. *In* Rui Canário (Org.), *Formação e Situações de trabalho*. Porto: Porto Editora, pp.49-52.

Duncan, H. (1995). *Dicionário Andrei para Enfermeiros e outros Profissionais de Saúde*. 2ª Ed. São Paulo: Organização Andrei Editora Ltda.

Fernandes, C., Santos, F., Torre, A. (2002). O Trabalho por Turnos e a Saúde dos Enfermeiros. *Informar*. Ano VIII, nº 29, pp. 15-20.

Ferreira, C. e Ferreira, M. (1998). O stress em enfermagem. *Sinais Vitais*. Coimbra, nº 21, pp. 19-21.

Fischer, F.e Metzner, R. (2001). *Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas*. Revista de Saúde Pública. Vol. 35, nº 6, pp: 548-553.

Folkard, S. (1992). *Making shift work tolerable*. London: Ed. Taylord Francis.

Foret, J. (1984). *To what extent can sleep be influenced by diurnal activity*. Paris: Experientia, V. 40, pp.422-425.

Fortin, M. (1999). *O Processo de Investigação: da concepção à realização*. Loures: Lusociência.

Ghiglione, R. e Matalon, B. (2001). *O inquérito – Teoria e Prática*. Oeiras: Celta Editora

Gomes, A.; Tavares, J. e Azevedo, M. (2001). Padrões de sono-vigília e (in)sucesso académico no ensino superior. *V Seminário de Investigação e Intervenção Psicológica no Ensino Superior (26 de Outubro de 2001)*. Viana do Castelo.

Halberg, F. (1959). Chronobiology. *Ann Ver Physiol*. Nº 31, pp. 675-725.

Halberg, F. (1960). The 24 hour scale: A time dimension of adaptive functional organization. *Perspectives in Biol and Med*. Nº 3, pp. 491-527.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: Enquadrar os Cuidados de Enfermagem numa perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hesbeen, W. (2006). *Trabalho de fim de curso, Trabalho de Humanidade – Emerir como o Autor do seu próprio Pensamento*. Loures: Lusociência.

Hill, A. e Hill, M. (1998). *A Construção de um Questionário*. Lisboa: Dinâmia – Centro de Estudos sobre a mudança Socioeconómica.

Hill, A. e Hill, M. (2005). *Investigação por Questionário*. 2ª Ed. Lisboa: Edições Silabo.

Ketele, J. e Roegiers, X. (1995). *Metodología para la Recogida de Información*. Madrid: Editorial La Muralla,S.A.

Kleitman, N. (1963). *Sleep and wakefulness*. Chicago: Chicago University Press.

Knutsson, A. (2004). *Methodological Aspects of Shift-Work Research*. *Chronobiology International*, Vol. 21, nº 6, pp: 1037-1047.

Lavie, P. (1988). *O mundo encantado do sono*. Lisboa: Climepsi Editores.

Lobban, M. (1965). Time, light and diurnal rhythms. In: *The Physiology of Human Survival*. London: Academic Press.

Manber, R., Bootzin, R., Acebo, C., Carskadon, M. (1996). The effects of regularizing sleep-wake schedules on daytime sleepiness. *Sleep*. Vol.V, nº19, pp. 432-441.

Mann, F. e Hoffman, L. (1960). *Automation and worker*. New York Henry and Company.

Marc, E. e Garcia-Loequeux, J. (1997). *Guia de Métodos e Práticas em Formação*. Lisboa: Instituto Piaget, pp. 7-10.

Martins, E. (1994). Disponibilidade da mulher/enfermeira para a sua família. *Nursing*. Lisboa. Ano 7, nº 81, pp. 7-9.

Melo, A., Queirós, A., Silva, A., Salgado, L., Rothes, L., Ribeiro, M. (1998). *Uma aposta educativa na participação de todos – documento de estratégia para o desenvolvimento da educação de adultos*. Grupo de Trabalho constituído no âmbito do Gabinete da Secretaria de Estado da Educação e Inovação.

Melo, I. (2001). Trabalho por turnos. *Saúde e segurança*. Ano XXXVI, nº 143, pp. 27-34.

Menna-Barreto, L. e Marques, N. (1997). *Cronobiologia: Princípios e Aplicações*. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo.

Monte-Arroio, E., Silva, C., Silvério, J., Pereira, A., Alves, Z. (2000). Ritmos Biológicos em Educação: um estudo com uma amostra de 756 Estudantes do Ensino Secundário. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. Vol. V, nº 2, pp. 301-312.

Moreira, C. (2007). *Teorias e Práticas de Investigação*. Lisboa: C. Carvalho- Artes Gráficas, Lda.

Mott, P. (1965). Shiftwork – the social, psychological differences between good and poor sleepers. *Abnormal Psychol.* Nº 72, pp. 255-264.

Notter, L. e Rose Hott, J. (1988). *Principios de la Investigación en Enfermería*. Barcelona: Doyma

Portela, L., Rotenberg, L. e Waissmann, W. (2004). *Self-Reported Health and sleep complaints among nursing personnel working under 12h night and day shifts*. *Chronobiology International*. Vol. 21, nº 6, pp: 859-870.

Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem*. 3ª Ed. Porto Alegre: Editora Artes Médicas Sul LTDA

Queirós, A., Silva, C., Silvério, J. (2000). Trabalho por Turnos, diferenças individuais e ritmos circadianos cardiovasculares. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. Vol. V, nº 2, pp. 313-328.

Quivy, R. e Campenhoudt, L. (1998). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. Lisboa: Grávida.

Ramos, M. (2003). Cronobiologia e o Trabalho por Turnos. *Nursing*. Nº 175, pp. 7-12.

Ramos Platón, M. (1996). *Sueño y procesos cognitivos: síntesis psicología*. Madrid: Editorial Síntesis.

Sagehomme, M. (1997). *Por um trabalho melhor: Guia de análise das condições de trabalho no meio hospitalar*. (1ª ed.). Coimbra: Formasau.

Santos Silva, A. (1990). *Educação de Adultos – Educação para o desenvolvimento*. Porto: Edições Asa.

Silva, C. (2000a). Fundamentos Teóricos e aplicações da Cronobiologia. *Psicologia: Teoria, investigação e Prática*. Vol. V, nº 2, pp. 253-265.

Silva, C.; Pereira, A.; Matos, P.; Silvério, J.; Parente, S.; Domingos, M.; Ferreira, A.; Cruz, A.; Machado, A. E Azevedo, M. (1996). *Introdução às Cronociências*. (1ª ed.). Coimbra: Formasau.

Silva, C. e Silvério, J. (1997). Versão portuguesa do Standard Shiftwork Index: resultados com amostras portuguesas de enfermeiros. *Psicologia: Teoria, Investigação e Prática*. Vol. V, nº 2, pp. 233-240.

Silva CF, Azevedo MH, Dias MR (1994) Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos. Versão Experimental. Instituto de Psicologia Médica da Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.

Silva C.; Azevedo M. e Dias M. (1995) Estudo Padronizado do Trabalho por Turnos - versão portuguesa do SSI. *Psychologica*, 13, 27-36.

Silva Filho, J. e Turnes, U. (1995). Trabalho em turnos. In: Vieira, S. (Ed). *Medicina Básica do Trabalho*. Curitiba: Genesis. pp.119-127.

Smolensky, M. (1981). The Chronoepidemiology of occupational health and shift work. *Advances in the Biosciences*. Vol. 30.

Taub, J. e Berger, R. (1973). Performance and mood following variations in the length and timing of sleep. *Psychobiology*. Vol. 6, nº 10, pp. 559-570.

Taub, J. e Berger, R. (1974). The effects of changing phase and duration of sleep. *Psychol Hum Percept Perform*. Nº 2, pp. 30-41.

Waterhouse, J. Carvalho, S., Weinert, D. e Nevill, A. (2000) Purificação do efeito de Mascaramento nos dados da Temperatura. *Psicologia, Teoria, Investigação e Prática*. Vol 5 (2), pp. 355-365.

World Health Organization –WHO (1992) The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Geneva: World Health Organization.

LEGISLAÇÃO CONSULTADA

DECRETO-LEI nº 99 de 2003, do Código de Trabalho, Subsecção II

DIRECÇÃO GERAL DAS AUTARQUIAS LOCAIS, Decreto-Lei nº 272 de 03 de Agosto de 1988 – Equiparação a bolseiro de funcionários e agentes da Administração Pública

MINISTERIO DA SAUDE, Gabinete do Ministro, Despacho nº 867 de 2002 (2ª série)

WEBGRAFIA CONSULTADA

www.superemprego.sapo.pt/pt/E139/567648.html

www.apagina.pt/arquivo/Artigo.aspID=4136

Ballone, G. (2002). Estresse e Trabalho. *PsiquWeb Psiquiatria Geral*. (Documento www). [URL:<http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html](http://www.psiqweb.med.br/cursos/stress1.html)

Duarte, I. (2003). O valor da aprendizagem experiencial dos adultos nos Centros de Reconhecimento, Validação e Certificação de Competências. (Documento www)
URL:<http://www.proformar.org/revista/edicao_3/centros_reconhecimento.pdf>

Filho, G. (1998). Síndrome de maladaptação ao trabalho em turnos: uma abordagem ergonómica. *Dissertação submetida à Universidade Federal de Santa Catarina, para obtenção do grau de Mestre em Engenharia da Produção - Área de Concentração: Ergonomia*. (Documento www)
[URL:<http://www.eps.ufsc.br/gilsee/](http://www.eps.ufsc.br/gilsee/)

Filipe, J. (2004). *Portugueses dormem cada vez menos*. (Documento www)
[URL:<http://www.fibrosite.no.sapo.pt/noticia29.html](http://www.fibrosite.no.sapo.pt/noticia29.html)

Gomes, A., Tavares, J., Azevedo, M., (2004). *Tipo diurno e funcionamento académico de jovens universitários*. (Documento www).

[URL:<http://webct2.ua.pt/public/leies/daes_artigos.htm](http://webct2.ua.pt/public/leies/daes_artigos.htm)

Lobo, A. (2005). *Dois em um: Trabalhador – Estudante*. (Documento www).

[URL:<http://www.apagina.pt/arquivo/Artigo.asp?ID=4136](http://www.apagina.pt/arquivo/Artigo.asp?ID=4136)

Martino, M. (2002). Estudo comparativo de padrões de sono em trabalhadores de enfermagem dos turnos diurno e noturno. *Revista Panamericana Salud Publica*. Vol II, nº 12 (Documento www). URL:<<http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v12n2/11610.pdf>

Martins, M. (2005). *Situações indutoras de Stress no Trabalho dos Enfermeiros em Ambiente Hospitalar*. (Documento www)

[URL:<http://www.ipv.pt/millennium/Millennium28/18.htm](http://www.ipv.pt/millennium/Millennium28/18.htm)

Neves, W., Morioka, R. Koga, A., Aparecida, F., Júnior, J. e Caldeira, J. (2006). *Cronobiologia e suas aplicações na prática médica*. (Documento www).

[URL:<http://www.famerp.br/publicacoes/revistahb/Vol7-N1/5-cronobiologia.html](http://www.famerp.br/publicacoes/revistahb/Vol7-N1/5-cronobiologia.html)

Silva, C. (2000b). Ritmos Biológicos e Trabalho por Turnos. *Recursos Humanos Magazine*. Nº 6 (Documento www). URL:<<http://www.expressoemprego.pt/>

ANEXOS

ANEXO I - GUIÃO DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

GUIÃO DE ENTREVISTA EXPLORATÓRIA

As entrevistas exploratórias têm como função principal revelar determinados aspectos de um fenómeno a ser estudado. Servem para encontrar pistas de reflexão, ideais e hipóteses de trabalho (Quivy e Campenhoudt, 1998). As entrevistas exploratórias só cumprem esta função se forem não-directivas, visto que como afirma Rogers (citado por Quivy e Campenhoudt, 1998:72) “ só pode dar todos os seus frutos se for inteiramente dirigida pelo próprio cliente”, principio que constitui o interesse da utilização deste método em investigação social.

Neste guião de entrevista não constam questões mas possíveis temas de conversa a realizar com pessoas que pela sua posição, acção ou responsabilidades, têm um bom conhecimento do problema.

Possíveis temas a abordar:

- O trabalho por turnos e os enfermeiros
- Compatibilidade de horários de trabalho e horários de formação dos enfermeiros
- Influência do trabalho por turnos na formação contínua dos enfermeiros

**ANEXO II - INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO
REALIZAAADO AOS ENFERMEIROS**

INQUÉRITO POR QUESTIONÁRIO
AOS ENFERMEIROS

Colega

Este questionário insere-se num estudo de investigação a desenvolver como tese no âmbito do Mestrado em Educação e formação de Adultos, na Universidade do Algarve em parceria com o Politécnico de Beja, nomeadamente a Escola Superior de Educação de Beja, cujo tema é “Trabalho por turnos: consequências (in)desejáveis na formação contínua dos Enfermeiros”.

O principal objectivo deste estudo é avaliar a influência do sistema de trabalho por turnos na formação contínua dos Enfermeiros.

Desta forma, **só poderão responder ao questionário os enfermeiros que trabalhem por turnos, isto é, em horários de Manhã Tarde e /ou Noite.**

A sua colaboração é de máxima importância e a informação que prestar é confidencial e anónima. Responda, por favor, a todas as perguntas para garantir a veracidade do estudo.

O questionário está dividido em três partes, identificadas de A a C, onde é indicado o que se pretende em cada uma. O tempo estimado de preenchimento do questionário é aproximadamente 20 minutos.

Desde já, obrigado pela sua colaboração.

Vanda Maria de Sousa Seromenho
(Unidade de Cuidados Intermédios do
Hospital José Joaquim Fernandes – Beja)

Secção A – Caracterização Individual

Por favor responda às questões que se seguem, assinalando com uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponde à sua resposta

A.1. Idade _____ anos

A.2. Sexo

A.2.1. Masculino

A.2.2. Feminino

A.3. Estado Civil

A.3.1. Casado / vive com companheiro(a)

A.3.2. Solteiro

A.3.3. Divorciado/separado

A.3.4. Viúvo

A.4. Tem filhos

A.4.1. Sim

A.4.2. Não

A.5. Se sim, qual a idade dos seus filhos? _____, _____, _____.

A.6. Grau de Escolaridade

A.6.1. Bacharelato

A.6.2. Licenciatura

A.6.3. Mestrado

A.6.4. Pós-graduação

A.6.5. Doutoramento

Secção B – Contexto de Trabalho

Nesta secção pretende-se conhecer o ritmo de trabalho que exerce e como se sente perante o mesmo. **Por favor responda a cada uma das questões que se seguem, assinalando com uma cruz (X) no quadrado que melhor corresponde à sua resposta**

B.1. Tempo de experiência profissional _____ anos/mezes (risque a que não
corresponder)

B.2. Serviço onde exerce funções _____

B.3. Categoria Profissional

- B.3.1. Enfermeiro
- B.3.2. Enfermeiro Graduado
- B.3.3. Enfermeiro Especialista
- B.3.4. Enfermeiro Chefe

B.4. Número de horas de trabalho semanais

- B.4.1. 35 horas semanais
- B.4.2. 40 horas semanais
- B.4.3. 42 horas semanais

B.5. Faz acumulação de funções

- B.5.1. Sim
- B.5.2. Não

B.6. Se sim, em média quantas horas semanais _____

B.7. Há quanto tempo trabalha no actual regime por turnos? _____ anos/mezes (risque a
que não corresponder)

B.8. Por favor use os símbolos **M** (manhã), **T** (tarde) e **N** (noite) para descrever no quadro que se segue um ciclo completo do seu sistema de turnos, incluindo os dias de folga (**F**), feriados (**Fe**), tolerâncias (**Y**), horas de compensação (**H**) e descansos (**D**)

	2ª Feira	3ª Feira	4ª Feira	5ª Feira	6ª Feira	Sábado	Domingo
Semana 1							
Semana 2							
Semana 3							
Semana 4							

Por favor responda a cada uma das questões que se seguem colocando um círculo na resposta apropriada

B.9. Indique, em média, a sua carga de trabalho nos seus diferentes turnos:

	Muitíssimo Leve	Muito Leve	Nem leve nem pesado	Muito Pesado	Muitíssimo Pesado
B.9.1. Manhã	1	2	3	4	5
B.9.2. Tarde	1	2	3	4	5
B.9.3. Noite	1	2	3	4	5

B.10. Indique como se sente, geralmente, perante o ritmo de trabalho:

	Inteiramente fora do meu alcance	De algum modo fora do meu alcance	Entre uma coisa e outra	De algum modo sob o meu alcance	Inteiramente sob o meu alcance
O ritmo de trabalho que faz está:	1	2	3	4	5

B.11. O que pensa acerca da quantidade de sono que normalmente dorme?

	Precisava dormir mais	Durmo o que preciso	Durmo demais
B.11.1. Entre turnos de manhã seguidos	3	2	1
B.11.2. Entre turnos de tarde seguidos	3	2	1
B.11.3. Entre turnos de noite seguidos	3	2	1
B.11.4. Entre dias de folga seguidos	3	2	1

B.12. Normalmente, como é o seu sono?

	Péssimo	Mau	Nem bom nem mau	Bom	Excelente
B.12.1. Entre turnos de manhã seguidos	5	4	3	2	1
B.12.2. Entre turnos de tarde seguidos	5	4	3	2	1
B.12.3. Entre turnos de noite seguidos	5	4	3	2	1
B.12.4. Entre dias de folga seguidos	5	4	3	2	1

B.13. Normalmente, em que medida se sente repousado depois de dormir?

	Nada Repousado	Repousado	Muito repousado
B.13.1. Entre turnos de manhã seguidos	3	2	1
B.13.2. Entre turnos de tarde seguidos	3	2	1
B.13.3. Entre turnos de noite seguidos	3	2	1
B.13.4. Entre dias de folga seguidos	3	2	1

B.14. Como se sente em relação ao trabalho por turnos?

	Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
B.14.1. No geral, estou muito satisfeito com este trabalho	5	4	3	2	1
B.14.2. Penso frequentemente em abandonar o trabalho por turnos	5	4	3	2	1
B.14.3. No geral, sinto-me insatisfeito com o trabalho por turnos	5	4	3	2	1
B.14.4. A maior parte das pessoas neste trabalho sentem-se muito satisfeitas com o trabalho que fazem	5	4	3	2	1
B.14.5. As pessoas neste trabalho pensam frequentemente em abandoná-lo	5	4	3	2	1

Secção C – Apreciação Global acerca da Formação Contínua e o Trabalho por Turnos

Nesta parte pretende-se saber a sua opinião acerca de certos aspectos relacionados com as formações contínuas realizadas. Para o efeito, **são enunciados abaixo um conjunto de indicadores sobre os quais é solicitado que se pronuncie, indicando com X a situação no quadrado que melhor corresponde à sua resposta**

Tenha em atenção que a informação pretendida tem a ver com as formações com tempo de duração superior a 1 dia.

C.1. Qual o número de formações, de duração superior a 1 dia, realizadas nos últimos 5 anos? _____

C.2. Para assistir as formações, de duração superior a 1 dia, tem feito requerimento do estatuto de trabalhador-estudante?

C.2.1. Sim

C.2.2. Não

Se **não**, porquê? _____

C.3. As formações às quais tem assistido são em que período? (indique a opção que na maioria acontece)

C.3.1. Aproximadamente das 8h às 13h

C.3.2. Aproximadamente das 14h às 19h

C.3.3. Aproximadamente das 19h às 23h

C.3.4. Aproximadamente das 8h às 19h

C.3.5. Aproximadamente das 14 às 23h

C.3.6. Outro horário

Indique qual _____

C.4. Na sua maioria, as formações às quais tem assistido são:

C.4.1. Durante os dias de semana

C.4.2. Aos fins-de-semana

C.4.3. Varia entre dias de semana e fins-de-semana

Assinale com um círculo (O) a opção que expressa a sua opinião, em cada um dos indicadores, indique em cada uma das associações a que considere mais certa

C.5. Em relação à compatibilidade de horários do Trabalho por turnos versus a formação contínua

	Concordo Totalmente	Concordo	Nem concordo nem discordo	Discordo	Discordo Totalmente
C.5.1. O horário das formações é compatível com o horário de trabalho	5	4	3	2	1
C.5.2. O trabalho por turnos favorece o desenvolvimento de formação contínua	5	4	3	2	1
C.5.3. O trabalho por turnos dificulta a realização de formação contínua	5	4	3	2	1
C.5.4. Devido ao trabalho por turnos tem recusado fazer formação contínua	5	4	3	2	1
C.5.5. Devido ao trabalho por turnos tem aceite fazer formação contínua	5	4	3	2	1
C.5.6. Quem trabalha em horário fixo (só de manhã), tem maiores oportunidades de fazer formação do que quem faz trabalho por turnos	5	4	3	2	1
C.5.6. Quem trabalha em horário fixo (só de manhã), tem menos oportunidades de fazer formação do que quem faz trabalho por turnos	5	4	3	2	1
C.5.7. Quem trabalha em horário fixo (só de manhã), tem iguais oportunidades de fazer formação do que quem faz trabalho por turnos	5	4	3	2	1

C.6. Alguma vez, após o turno da noite, teve de assistir a formações?

C.6.1. Sim

C.6.2. Não

C.7. Se **respondeu sim**, na questão anterior:

Assinale com um círculo (O) a opção que expressa a sua opinião, em cada um dos indicadores

	Sempre	Muitas vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
Com que frequência?	5	4	3	2	1

C.8. Tendo em conta a sua experiência e vivência das formações e atendendo ao seu ritmo de trabalho por turnos, como avalia a forma em que se encontrava durante as formações

Assinale com um círculo (O) a opção que expressa a sua opinião, em cada um dos indicadores

	Sempre	Muitas Vezes	Algumas vezes	Raramente	Nunca
C.8.1. Encontrava-se sempre desperto	5	4	3	2	1
C.8.2. Apresentava sonolência	5	4	3	2	1
C.8.3. Estava activo	5	4	3	2	1
C.8.4. Encontrava-se descontraído	5	4	3	2	1
C.8.5. Apresentava alterações de humor	5	4	3	2	1
C.8.6. Sentia-se tenso	5	4	3	2	1
C.8.7. Sentia-se desanimado	5	4	3	2	1
C.8.8. Encontrava-se bem disposto	5	4	3	2	1
C.8.9. Estava sempre atento	5	4	3	2	1
C.8.10. Manifestava dificuldade em estar atento	5	4	3	2	1
C.8.11. Apresentava facilidade em memorizar	5	4	3	2	1
C.8.12. Sentia-se fatigado	5	4	3	2	1
C.8.13. Sentia dificuldade na memorização	5	4	3	2	1
C.8.14. Tinha dificuldade na concentração	5	4	3	2	1
C.8.15. Reflectia sem dificuldade	5	4	3	2	1
C.8.16. Mantinha-se concentrado durante a formação	5	4	3	2	1
C.8.17. Apresentava dificuldade em se manter concentrado	5	4	3	2	1
C.8.18. Sentia-se com energia	5	4	3	2	1
C.8.19. Adormecia	5	4	3	2	1
C.8.20. Tinha facilidade de aprendizagem	5	4	3	2	1

C.9. Para assistir às formações contínuas, geralmente, tem de trocar turnos com os colegas?

C.9.1. Sim

C.9.2. Não

C.10. Na sua opinião, o Trabalho por Turnos facilita a sua participação nas formações?

C.10.1. Sim

C.10.2. Não

C.10.3. Nem sim nem não

C.11. De forma geral, sente que tem iguais oportunidades para fazer formação contínua do que os trabalhadores que não fazem trabalho por turnos?

C.11.1. Sim

C.11.2. Não

C.11.3. Não sei

Justifique _____

C.12. Indique propostas para melhorar a participação dos enfermeiros, que trabalham por turnos, na formação contínua

Obrigado pela sua colaboração!

**ANEXO III - PEDIDO DE REALIZAÇÃO DE
ESTUDO AO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO
DO CENTRO HOSPITALAR DO BAIXO
ALENTEJO, E.P.E.**