

AVALIAÇÃO DA PRIVAÇÃO DO SONO E DOS PADRÕES FISIOLÓGICOS NOS PROFISSIONAIS EM ENFERMAGEM NO MUNICÍPIO DE QUIXADÁ

Francisco Hilângelo Vieira Barros
Karla Deisy Morais Borges
Luiza Helena de Oliveira Lima

RESUMO

O sono desempenha importante papel na fisiologia de diversos sistemas, sendo a privação uma das ferramentas importantes utilizadas no estudo da avaliação do padrão normal do mesmo. Objetivou-se avaliar os efeitos da privação parcial crônica do sono em profissionais da enfermagem do Município de Quixadá. Estudo descritivo realizado em dois hospitais do município de Quixadá com 40 profissionais de enfermagem. Para coletar os dados foram utilizados dois questionários. Os dados estão apresentados em tabelas. Encontrou-se que 37,5% dos profissionais tinham de 40-45 anos e 97,5% eram do sexo feminino. Com relação ao padrão, 45% disseram sentir-se cansados após uma noite de sono. No que diz respeito à apnéia, 40% relataram acordar toda manhã com dor de cabeça, 32,5% disseram ter freqüentemente problemas de esquecimento. Concluiu-se que as respostas sobre as alterações no padrão de sono dos profissionais que trabalham no período noturno exigem um pouco mais de observação quanto às possíveis patologias que possam vir a apresentar devido a períodos longos de privação de sono que o sistema hospitalar exige, pois já podem ser vistos alguns dos muitos sintomas/alterações relacionados ao número excessivo e repetitivo de mudanças na fisiologia do sono dos profissionais.

Palavras-chave: Sono; Privação de sono; Trabalho noturno; Distúrbios do sono.

ABSTRACT

Sleeping plays a main role in the physiology of different systems being the privation one of the main tools used in evaluation's study of the normal pattern of the one. The aim of this paper is to evaluate the effects of the chronic partial privation of the sleeping in nursery professionals of Quixadá. Descriptive studies made in two hospitals in the town of Quixadá with 40 (forty) nursery professionals. In order to get dates two questionnaires were used. The dates are presented in tables. It has been found that 37.5% of the professionals were 40-45 years old and 97.5% were female. In relation to pattern, 45% said that they tired after a night of sleep. In regard to the "apnéia", said to wake up every morning feeling headache, 32.5% said that they have forgetting. It is concluded that the answer about the alterations in the pattern of sleeping of the professionals that work at night they demand a little more of observation in relation the possible pathologies that could be shown due to long periods of privation of sleep which the hospitalar system demand, because it already can be seen some of the many symptoms/alterations related with excessive and repetitive number of changes in the physiology of the sleeping of the professionals.

Keywords: Sleeping; Privation of sleeping; Night work; Disturbers of the sleeping.

1 INTRODUÇÃO

Entre os mais antigos grupos profissionais que trabalham em sistemas de turnos, encontram-se os dos serviços de saúde, dentre os quais os enfermeiros e os auxiliares de enfermagem. As escalas de trabalho em hospitais são geralmente organizadas em turnos fixos contínuos, uma vez que os serviços dessas instituições exigem um funcionamento ininterrupto durante as 24h do dia, sete dias por semana. No Brasil, já é uma tradição adotar-se, para o corpo de enfermagem, o turno de 12h de trabalho diário (diurno ou noturno), seguido de 36 horas de descanso (FISCHER et al., 2002).

Com base numa pesquisa realizada com 970 enfermeiros selecionados aleatoriamente em hospitais públicos de Valência, Espanha, demonstrou-se que, para ambos os sexos, o trabalho em turnos conduz a uma redução na duração de sono e alteração na qualidade deste (ESCRIBÀ et al., 1992 *apud* FISCHER et al., 2002).

Sono é um estado regular, recorrente e facilmente reversível do organismo, caracterizado por uma relativa quietude e grande elevação no limiar de resposta a estímulos externos, em comparação com o estado de vigília (KAPLAN, 1997). Também é definido como um estado de inconsciência do qual a pessoa pode ser despertada por estímulos sensoriais ou outros estímulos. Contudo, essa inconsciência deve ser distinguida do coma, que é o estado de inconsciência do qual a pessoa não pode ser despertada. Existem múltiplos estágios do sono, desde o sono muito leve até o sono profundo (GUYTON e HALL, 2002).

Quando nos referimos a turnos irregulares de trabalho, temos ainda outros fatores a associarmos a essas variações de desempenho. A fadiga aguda ou crônica produzida por muitas horas de trabalho, associada à privação ou redução significativa das horas de sono, são os principais fatores que influenciam o desempenho do indivíduo (GASPAR; MORENO; MENNA-BARRETO, 1998).

O sono é dividido em duas categorias: sono REM ("movimentos rápido") e sono não REM ("movimentos não rápido") e este é classificado em 4 fases. Durante o período de sono, normalmente ocorrem de 4 a 6 ciclos bifásicos com duração de 90 a 100 minutos cada, sendo cada um dos ciclos composto pelas fases de NREM, com duração de 45 a 85 minutos, e pela fase de sono REM, que dura de 5 a 45 minutos. São três os parâmetros fisiológicos básicos utilizados para definir os estágios do sono: o eletrencefalograma (EEG), o eletroculograma (EOG) e o eletromiograma (EMG) (Fisiologia do sono, 2003).

Até o momento, o sistema de classificação dos estágios do sono mais amplamente aceito é o de Rechtschaffen e Kales. Uma premissa importante desse sistema de classificação é de que o sono REM, o NREM (movimentos não rápido) e a vigília são fenômenos fundamentalmente diferentes, determinados por

variáveis eletrográficas e fisiológicas, e de que o REM e o NREM se alternam durante a noite. Nem o sono nem a vigília são considerados processos unitários, sendo possível a existência de subdivisões praticamente ilimitadas para qualquer estágio (MELLO et al., 2000).

As fases NREM e REM se revezam durante a noite com um ciclo médio de 90 a 110 minutos; a idade tem grande impacto sobre a organização do sono. O sono de ondas lentas é mais proeminente durante a infância, diminuindo gradualmente com a puberdade e durante a segunda e terceira décadas da vida (WEBB et al., 1989). Após os trinta anos, há um declínio progressivo, quase linear. O sono de ondas lentas pode estar completamente ausente no idoso sem patologia do sono, sobretudo nos homens (PRINZ et al., 1992).

A privação de sono tem sido uma ferramenta usada no entendimento da função do sono e a privação crônica do sono é também um problema de saúde comum (BONNET et al., 1998). De modo geral, a privação do sono associa-se a importantes alterações do humor e da função cognitiva (PILCHER et al., 1996).

O envelhecimento das diversas funções biológicas e psicofisiológicas contribuem para o aumento dos custos do trabalho noturno, na maioria das vezes concebida para trabalhadores mais jovens (BOURLIÈRE; PACAUD, 1981). Já se demonstrou que trabalhadores noturnos estão sob risco de privação de sono, tanto em quantidade como em qualidade; porém o trabalho noturno não parece causar qualquer distúrbio permanente no sono, pois trabalhadores de turnos noturnos quando estão de férias evidenciam sono normal (MEIJMAN, 1981).

Transtorno de ansiedade e depressão associam-se com frequência à insônia; entretanto, com os avanços da era moderna e com o modo de viver das grandes metrópoles, os distúrbios do sono se intensificaram (STEPANSKI et al., 2003).

Considerando que os profissionais de enfermagem, neste estudo representado pelos que exercem a sua prática em Quixadá, são privados parcialmente de sono, podendo ocasionar possíveis alterações fisiológicas e comprometer as atividades de rotina e seu bem-estar psíquico, físico e social, o estudo tem como objetivo: (i) descrever características sociodemográficas e profissionais do trabalhador de enfermagem de Quixadá; (ii) avaliar o padrão de sono quanto à qualidade, já que é sabido que para se ter um sono adequado os profissionais precisam ter no mínimo de 6 a 8 horas de sono por dia. Então, foram escolhidos para o estudo profissional da área da saúde que trabalham em plantões noturnos em dois hospitais de referência para a Região do Sertão Central do Ceará, onde foram avaliados o tempo de sono durante as folgas, se realmente o sono é reparador, se falam, andam ou roncam durante o descanso, se mexem as pernas, se

andam esquecidos e outros distúrbios que possam acometer os profissionais de enfermagem de Quixadá.

2 MATERIAL E MÉTODOS

2.1 Natureza do estudo

Este artigo é um recorte do projeto intitulado “avaliação da privação do sono e dos padrões fisiológicos nos profissionais em enfermagem no município de Quixadá”, que tem por objetivo, dentre outros, intervir, em etapa posterior, junto aos profissionais de enfermagem, com medidas que os ajudarão prevenir possíveis transtornos do sono e contribuir na melhoria da qualidade de vida desses profissionais, identificados a partir da realização desta primeira fase.

Desse modo, este estudo tem natureza quantitativa e abordagem descritiva epidemiológica (ROUQUAYROL, 2003), descrevendo o padrão de sono dos profissionais de enfermagem que trabalham à noite. A pesquisa descritiva teve como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre as variáveis.

2.2 Local e população da pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida no Hospital Municipal Dr. Eudásio Barroso e no Hospital e Maternidade Jesus, Maria, José conveniado com o SUS, ambos situados no município de Quixadá. A população alvo foi 83 profissionais de enfermagem (enfermeiros, técnicos e auxiliares) que trabalham nos referidos hospitais. No início, por critérios de inclusão, 57 profissionais aceitaram participar da pesquisa e em seguida, por critérios de exclusão a amostra foi composta por 40 (48% do total) profissionais.

2.3 Critérios de inclusão

1. Profissionais de enfermagem que trabalhem no período noturno, pois, de acordo com Meijman (1981), trabalhadores noturnos estão sob risco de privação de sono, tanto em quantidade como em qualidade;

2. Profissionais de enfermagem que aceitarem participar do estudo assinando o termo de consentimento.

2.4 Critérios de exclusão

1. Profissionais de enfermagem com mais de 45 anos, pois se sabe que com o aumento da idade as alterações fisiológicas nos estágios do sono já são esperadas (ELLMAN, 1978).

2.5 Instrumento de coleta de dados

O instrumento de coleta de dados foi composto por dois questionários: um, contemplando as variáveis faixa etária, sexo, idade, grau de escolaridade, renda,

raça, regime de trabalho, tipo de moradia; outro, com perguntas específicas sobre a atividade do sono (duração do sono, qualidade do sono, sonhos) e a problemas relacionados à má higiene do mesmo (roncos e apnéias), baseando-se no questionário Fletcher & Lockett (1991), que identificavam os principais distúrbios relacionados.

2.6 Coleta de dados

No momento da entrega dos ICD (Instrumento de Coleta de Dados) a cada profissional particularmente, os pesquisadores evidenciaram o seu correto preenchimento. Logo após a entrega houve um momento, em que foi explicado o questionário do delineamento do perfil socioeconômico, organizado pelo pesquisador, de acordo com as necessidades de resposta, e o Questionário Fletcher & Lockett (1991). Com isso, foram coletadas tabuladas e analisadas todas as informações possíveis para que se tivesse um diagnóstico preciso e, conseqüentemente, uma melhor resolutividade.

2.7 Organização e análise dos dados

Os dados foram organizados em quadros e tabelas e analisados com base em frequências absolutas e percentuais e em medidas de tendência central e medidas de dispersão. A análise interpretativa apoiou-se nos resultados alcançados no estudo, na fundamentação teórica, tendo como referência os conceitos básicos da literatura revisada, mantendo-se o diálogo com o conhecimento produzido e, por fim, na experiência dos pesquisadores envolvidos.

2.8 Aspectos legais e éticos da pesquisa

Foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Complexo Hospitalar da Universidade Federal do Ceará (COMEPE) cujo nº do protocolo é 170/06. Os participantes que aceitaram participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e foi explicado as pessoas sobre a liberdade de participar ou não do estudo sem prejuízo para o seu trabalho. Aos participantes do estudo, foi garantido o sigilo total das informações coletadas.

3 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Conforme a Tabela 1, dos 40 profissionais pesquisados, 37,5% têm de 40-45 anos; 52,5% são da cor parda e 97,5% são do sexo feminino. Estudos mostram que, quando realizados sob condições adversas, ambos os trabalhos (doméstico e profissional) afetam a saúde física e mental das mulheres, enquanto apenas o trabalho profissional tende a afetar a saúde nos trabalhadores do sexo masculino (HALL et al., 1990).

TABELA 1 - Distribuição da amostra por dados socioeconômicos, Quixadá, 2008. (N=40)

VARIÁVEIS	f	%
Idade		
25-29 anos	06	15,0
30-34 anos	07	17,5
35-39 anos	12	30,0
40-45 anos	15	37,5
Cor da Pele		
Branca	13	32,5
Parda	21	52,5
Negra	06	15,0
Sexo		
Masculino	01	2,5
Feminino	39	97,5
Profissão		
Enfermeira	01	2,5
Auxiliar de Enfermagem	04	10,0
Técnico de Enfermagem	35	87,5
Área de Trabalho		
Obstetrícia	05	12,5
Setor de Internamento	14	35,0
Emergência	08	20,0
Outros	13	32,5
Anos de Trabalho		
1-10 anos	22	55,0
11-20 anos	14	35,0
21-30 anos	04	10,0
Estado Civil		
Solteira	19	47,5
Casada	19	47,5
Divorciada	01	2,5
Outros	01	2,5
Regime de Trabalho		
12 horas/dia	13	32,5
Plantão de 24h	02	5,0
6 e 12 horas/dia	25	62,5
Trabalha em outra instituição		
Sim	10	25,0
Não	30	75,0
Tem Filhos		
Não tem	09	22,5
1 filho	08	20,0
2 ou mais filhos	23	57,5
Tipo de Moradia		
Própria	32	80,0
Alugada	08	20,0
Renda Pessoal		
Até 01 Salário Mínimo	32	80,0
Entre 02-03 Salários Mínimos	06	15,0
Entre 03-04 Salários Mínimos	01	2,5
Acima de 04 Salários Mínimos	01	2,5
Renda Familiar		
Até 01 Salário Mínimo	10	25,0

Entre 02-03 Salários Mínimos	17	42,5
Entre 03-04 Salários Mínimos	07	17,5
Acima de 04 Salários Mínimos	06	15,0
Uso de Medicamento para Dormir		
Sim	03	7,5
Não	37	92,5

Com relação aos dados profissionais, 87,5% são técnicas de enfermagem; 32,5% trabalham em outras áreas (UTI Neo, Centro Cirúrgico); 55% têm entre 1-10 anos de serviço; 47,5% disseram ser casadas. Fischer et al. (2002) afirmam que a realização de atividades domésticas leva à fragmentação do sono diurno e atraso na hora de dormir após o plantão noturno, implicando uma menor duração total do sono, mesmo nos dias de folga, nos quais o período de sono à noite é mais extenso.

Encontrou-se que 62,5% dos profissionais trabalham em regimes de plantão de 6 e

12horas/dia; 75% trabalham só em uma instituição; 57,5% disseram ter de 2 ou mais filhos. Observou-se que 80% dos participantes residem em casa própria; 80% têm sua renda pessoal de um salário mínimo e 42,5% com renda familiar entre 2-3 salários mínimos e 92,5% não usam medicamento para induzir o seu sono.

O instrumento de Fletcher & Lockett (1991) analisa o padrão e as possíveis alterações quanto à qualidade do sono, o ronco, a apnéia e as suas queixas associadas. Os dados da amostra foram tabulados e analisados como mostra a Tabela 2.

TABELA 2 - Distribuição da amostra quanto ao padrão de sono dos profissionais. Quixadá, 2008. (N=40)

SONO	f	%
Horas de sono / dia		
Sono menor que 7 horas	17	42,5
Sono igual ou maior 7 horas	23	57,5
Latência do sono		
Menor que 5 minutos	5	12,5
Igual ou maior que 5 minutos	35	87,5
Há demora pra iniciar o sono		
Nunca	19	47,5
Muito Raro	7	17,5
Ocasionalmente	3	7,5
Frequentemente	11	27,5
Sente-se cansado após uma noite de sono		
Nunca	12	30,0
Muito Raro	7	17,5
Ocasionalmente	3	7,5
Frequentemente	18	45,0
O seu sono é agitado com movimentos freqüentes e abruptos		
Nunca		
Muito Raro	19	47,5
Ocasionalmente	7	17,5
Frequentemente	3	7,5
	11	27,5
Você fala durante o sono		
Nunca	22	55,0

Muito Raro	8	20,0
Ocasionalmente	2	5,0
Frequentemente	8	20,0
Você já andou dormindo		
Nunca	35	87,5
Muito Raro	4	10,0
Ocasionalmente	1	2,5
Você range os dentes durante o sono		
Nunca	36	90,0
Muito Raro	3	7,5
Ocasionalmente	1	2,5
Sente-se paralisado ao começar o sono ou ao acordar		
Nunca	23	57,5
Muito Raro	10	25,0
Ocasionalmente	3	7,5
Frequentemente	3	7,5
Não se Aplica	1	2,5
Agita as pernas à noite		
Nunca	16	40,0
Muito Raro	8	20,0
Ocasionalmente	2	5,0
Frequentemente	14	35,0
Você tem tido sonhos estranhos no início ou fim da noite		
Nunca		
Muito Raro	14	35,0
Ocasionalmente	15	37,5
Frequentemente	1	2,5
	10	25,0
Você tem tido desmaios rápidos chegando a cair no chão		
Nunca		
Muito Raro	37	92,5
	3	7,5

Conforme a Tabela 2 com perguntas relacionadas ao sono, 57,5% disseram dormir umas 7 horas ou mais por dia; 87,5% relataram que iniciam o sono com 5 minutos ou mais; 47,5% dos profissionais disseram não haver dificuldades para se iniciar o sono; 45% disseram sentir-se cansados após uma noite de sono, fato que na sonolência excessiva pode ser definida clinicamente como dificuldade para manter um nível de alerta desejado ou como uma quantidade excessiva de sono. O paciente pode se queixar de cansaço falta de energia, dificuldade de concentração, atenção ou indisposição ao invés de usar o termo sonolência (MANCINI et al., 2000).

Encontrou-se ainda que 47,5% dos profissionais relataram ter um sono sem agitações;

55% relataram não falar durante o sono; 87,5% disseram que não andam dormindo (sonambulismo); 90% afirmam não rangem os dentes (bruxismo); 57,5% relataram que não se sentem paralisados; 40% relataram não agitar as pernas ao dormir; 37,5% afirmam que raramente tem sonhos estranhos durante o sono e 92,5% relataram nunca ter desmaios.

Conforme a Tabela 3 com perguntas relacionadas ao ronco, 42,5% dos profissionais relataram que nunca roncaram; 32,5% disseram não saber definir a intensidade do ronco; 80% relataram que seu companheiro não se sente incomodado com ronco; 55% relataram nunca terem sentido problemas nasais; 42,5% disseram não se aplicar a pergunta sobre a relação entre

aumento de peso e piora do ronco; 40% relataram não se aplicar a pergunta em relação à posição de dormir com melhora do ronco; 50% afirmaram não

se aplicar a pergunta em relação entre uso de bebida alcoólica antes de dormir com a piora do ronco.

TABELA 3 - Distribuição da amostra quanto à presença e ao padrão do ronco nos profissionais. Quixadá, 2008. (N=40)

RONCO	F	%
Você ronca ou alguém já falou que você ronca alto		
Nunca	17	42,5
Muito Raro	7	17,5
Ocasionalmente	2	5,0
Frequentemente	14	35,0
Seu ronco é alto com períodos de silêncio e retorno mais alto		
Nunca	10	25,0
Muito Raro	2	5,0
Ocasionalmente	3	7,5
Frequentemente	12	30,0
Não se Aplica	13	32,5
Seu companheiro(a) dorme em outro quarto porque você o incomoda		
Nunca	32	80,0
Muito Raro	3	7,5
Frequentemente	1	2,5
Não se Aplica	4	10,0
Você tem sintomas nasais de entupimento, corrimento ou espirros		
Nunca	22	55,0
Muito Raro	10	25,0
Ocasionalmente	1	2,5
Frequentemente	7	17,5
O aumento de peso piorou o ronco		
Nunca	12	30,0
Muito Raro	3	7,5
Ocasionalmente	2	5,0
Frequentemente	6	15,0
Não se Aplica	17	42,5
Dormir de barriga para baixo ou de lado melhora o ronco		
Nunca	12	30,0
Muito Raro	3	7,5
Ocasionalmente	2	5,0
Frequentemente	7	17,5
Não se Aplica	16	40,0
Uso de bebida alcoólica antes de dormir piora o ronco		
Nunca	17	42,5
Frequentemente	3	7,5
Não se Aplica	20	50,0

Conforme o questionário Fletcher & Lockett sobre a apnéia, pôde-se observar que 60% dos entrevistados relataram nunca terem acordado

durante a noite com a sensação de cansaço; 75% relataram que nunca seu esposo(a) ou companheiro(a) observou respiração dificultada.

As pausas respiratórias durante o sono (apnéias ou hipopnéias) são definidas como uma parada (apnéia) ou redução (hipopnéia) da passagem de ar pelas vias aéreas superiores (VAS), com duração mínima de 10 segundos. Os sintomas noturnos incluem roncos, pausas respiratórias, sono agitado com múltiplos despertares, nictúria e sudorese (Mancini et al., 2000).

Conforme a Tabela 4 sobre queixas associadas à apnéia, 42,5% disseram nunca ter

acordado durante a noite devido à dor de cabeça; 40% relataram acordar toda manhã com dor de cabeça. Estudos comprovam que a apnéia do sono parece estar associada ao excesso de sonolência diurna, depressão, cefaléia, aumento de irritabilidade, diminuição da concentração e atenção, prejuízo da memória na demência (GEIB et al., 2003).

TABELA 4 - Distribuição da amostra quanto às queixas associadas à apnéia do sono nos profissionais. Quixadá, 2008

Queixas associadas ao sono	F	%
Você acorda a noite devido à dor de cabeça?		
Nunca	17	42,5
Muito Raro	7	17,5
Ocasionalmente	3	7,5
Frequentemente	13	32,5
Você tem acordado de manhã com dor de cabeça		
Nunca	12	30,0
Muito Raro	10	25,0
Ocasionalmente	2	5,0
Frequentemente	16	40,0
Você já se sentiu confuso ao acordar		
Nunca	26	65,0
Muito Raro	8	20,0
Ocasionalmente	1	2,5
Frequentemente	5	12,5
Você anda esquecida		
Nunca	10	25,0
Muito Raro	10	25,0
Ocasionalmente	5	12,5
Frequentemente	13	32,5
Não se Aplica	2	5,0
Total	40	100,0
Você sente que seu raciocínio já não é tão rápido		
Nunca	8	20,0
Muito Raro	10	25,0
Ocasionalmente	6	15,0
Frequentemente	16	40,0
Total	40	100,0
Já lhe disseram que você anda irritado, explosivo ou deprimido		
Nunca	14	35,0
Muito Raro	13	32,5
Ocasionalmente	3	7,5
Frequentemente	10	25,0
Você tem problemas em ter relações sexuais		
Nunca	28	70,0
Muito Raro	1	2,5
Ocasionalmente	2	5,0

Frequentemente	9	22,5
Você levanta a noite para urinar		
Nunca	10	25,0
Muito Raro	10	25,0
Ocasionalmente	3	7,5
Frequentemente	17	42,5
Você tem falta de ar quando faz esforço		
Nunca	28	70,0
Muito Raro	7	17,5
Ocasionalmente	2	5,0
Frequentemente	3	7,5
Você tem dor no peito		
Nunca	32	80,0
Muito Raro	4	10,0
Ocasionalmente	1	2,5
Frequentemente	3	7,5
Você tem tido inchaço nos tornozelos ultimamente		
Nunca	31	77,5
Muito Raro	2	5,0
Ocasionalmente	3	7,5
Frequentemente	4	10,0

Dos profissionais estudados, 65% relataram que nunca acordaram confusos e sem consciência do que estão fazendo; 32,5% disseram ter frequentemente problemas de esquecimento, estudos dizem que na insônia crônica, de longa duração, observam-se mais sintomas cognitivos e alteração do humor, irritabilidade, redução do desempenho acadêmico e profissional, redução da concentração e da memória (Souza, Reimao, 2004).

Quanto a dificuldades de raciocinar com rapidez, 40% relataram que frequentemente ocorre dificuldades em situações rotineiras; 70% relataram nunca terem tido problemas nas relações sexuais; 42,5% frequentemente levantam durante a noite para urinar. Estudos mostram que a enurese pode ser decorrente da administração noturna de diuréticos, bem como a nictúria fragmenta o sono (Geib et al., 2003).

Dos profissionais pesquisados, 70% relataram que nunca apresentaram falta de ar quando fazem algum esforço; 80% disseram nunca ter sentido dor no peito; 77,5% afirmaram que não houve inchaços nos tornozelos ultimamente.

Essas modificações no padrão de sono e repouso alteram o balanço homeostático, com repercussões sobre a função psicológica, sistema imunológico, desempenho, resposta comportamental, humor e habilidade de adaptação. Os fatores que contribuem para os problemas de sono podem ser agrupados nas seguintes categorias: 1) dor ou desconforto físico; 2) fatores ambientais; 3) desconfortos emocionais e 4) alterações no padrão do sono (Chellappa, Araujo, 2006).

Quanto aos problemas relacionados à má higiene do sono (roncos e apnéias), baseando-se no questionário Fletcher & Lockett (1991), identifica-se que 60% dos entrevistados relataram nunca terem acordado durante a noite com a sensação de cansaço; 75% relataram que nunca seu esposo(a) ou companheiro(a) observou respiração dificultada.

As alterações do sono estão possivelmente ligadas à privação parcial crônica que pode levar a desincronização do ritmo circadiano, alteração da vida social e familiar destes profissionais.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre os profissionais que participaram do estudo, a maioria pertencia a uma faixa etária entre 40-45 anos com predomínio do sexo feminino. Com relação ao padrão do sono, foi relatado com frequência um estado de cansaço após uma noite de sono. No que diz respeito à apnéia, evidenciaram acordar várias vezes à noite e amanhecerem diariamente com leve cefaléia, queixando-se também de problemas relacionados à falta de memória, constantemente.

No que diz respeito às alterações no padrão de sono dos profissionais que trabalham no período noturno, estas exigem observação sistemática quanto às possíveis patologias que possam vir a apresentar devido a períodos longos de privação de sono que o trabalho no campo hospitalar exige. Muitos desses sintomas/alterações, relacionados ao número excessivo e repetitivo de mudanças na fisiologia do sono dos profissionais, foram identificados em alguns participantes deste estudo.

A maioria dos profissionais apresentou alterações na qualidade de sono retratadas em: latência do sono, número de cochilos diurnos, utilização de medicamentos e aumento da ingestão de café.

REFERÊNCIAS

BONNET, M.H.; ARAND, D.L. Sleepiness as measured by modified sleep latency testing varies as a function of preceding activity. **Sleep**. 1998. p. 477-483.

BOURLIÈRE, F.; PACAUD, S. Travail et vieillissement. In: SCHERRER, J. **Préc. de Physiol. Trav.**, Paris: Masson, 1981. p. 540-570.

CHELLAPPA, S.L.; ARAUJO, J. F. Relevância clínica de pesadelos em pacientes com transtorno depressivo. **Rev. psiquiatr. clín.**, São Paulo, v. 33, n. 4, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010160832006000400003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 04 jun. 2009.

FISCHER, F.M. et al. Percepção do Sono: Duração, qualidade e alerta em profissionais da área de enfermagem. **Caderno de Saúde Pública**, Set./Out. vol. 18, n. 5, p. 1261- 1269, 2002. Disponível em: <<http://www.virtual.epm.br/material/tis/curr-bio/trab2003/g3/fisiologia.html>>. Acesso em: 09 jun. 2009.

GASPAR, S.; MORENO, C.; Menna-Barreto, L. Os plantões médicos, o sono e a ritmicidade biológica. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 44, n. 3, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext

&pid=S010442301998000300013&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 jun. 2009.

GEIB, L.T. C. et al. Sono e envelhecimento. **Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-81082003000300007&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 13 Jun 2008.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de Fisiologia Médica**; ed. 10. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 2002.

KAPLAN, H., SADOCK, B., & GREBB. **Compêndio de psiquiatria – Ciências do Comportamento e Psiquiatria clínica**. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

MEIJMAN, T. F. Analyse subjective de la récupération après les postes de nuit dans le cas de rotation lente (7 jours). **Trav. Hum.**, Paris, v. 44, n.2, p.315-323, 1981.

MELLO, M.T. de et al. Avaliação do padrão e das queixas relativas ao sono, cronotipo e adaptação ao fuso horário dos atletas brasileiros participantes da paraolimpíada em Sidney - 2000. **Rev Bras Med Esporte**, Niterói, v. 8, n. 3, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517- Acesso em: 15 jun. 2009.

METZNER, R.J.; FISCHER, F.M. Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. **Rev. Saúde pública**, dez. 2001, vol. 35, no. 6, p. 548-553.

PRINZ, P.N.; VITELO, M.V.; BLIWISE, D.L. **Sleep in Alzheimer's disease and the sundown syndrome**. *Neurologu*, 1992;42(7 suppl 6): 83-93.

RECHTSCHAFFEN, A. et al. Sleep deprivation in the rat. X. Integration and discussion of the findings. **Sleep**, v. 12, P. 68-87, 1989.

ROUQUAYROL, M Z.; FILHO, N.A. **Epidemiologia e saúde**. 6 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SOUZA J.C., REIMÃO R. Insomnia and hypnotic use in Campo Grande general population, Brazil. **Arq. Neuropsiquiatr.**, v. 60, n. 3-b, p. 702-707, 2004.

STEPANSKI, E.; RYBARCZYCK, M.L.; STEVENS, S. Assessment and treatment of sleep disorders in older adults: a review for rehabilitation psychologists. **Rehabil Psychol**, v. 48, n. 1, p. 23-36, 2003.

WEBB, W.B.; DINGES, D.F. Cultural perspectives on napping and the siesta. In: DINGES, D.F. &

BROUGHTON, R.J. (eds) **Sleep and alertness:** chronobiological, behavioral and medical aspects of napping. New York: Raven Press, p.247-265, 1989.

SOBRE OS AUTORES

Francisco Hilângelo Vieira Barros

Graduado em Enfermagem pela Faculdade Católica Rainha do Sertão – FCRS.

Karla Deisy Moraes Borges

Mestre em Farmácia pela Universidade Federal de Ceará – UFC.
Docente da Faculdade Leão Sampaio, em Juazeiro do Norte-CE.

Luiza Helena de Oliveira Lima

Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará.
Atualmente, é pesquisadora do Grupo de Pesquisa Saúde Coletiva da Universidade Federal do Piauí, professora adjunta da Universidade Federal do Piauí.