

Cochilo durante o plantão noturno e a recuperação após o trabalho entre enfermeiros de hospitais¹

Thaís Aparecida de Castro Palermo²

Lúcia Rotenberg³

Regina Célia Gollner Zeitoune⁴

Aline Silva-Costa⁵

Ester Paiva Souto⁵

Rosane Härter Griep³

Objetivo: analisar a associação entre duração do cochilo durante o plantão noturno e recuperação após o trabalho, entre enfermeiros. Método: estudo epidemiológico seccional com 1940 enfermeiros, de 18 hospitais públicos, do Município do Rio de Janeiro. Utilizou-se questionário multidimensional e autopreenchível com informações sobre saúde, características sociodemográficas, ocupacionais, comportamentos relacionados à saúde e trabalho doméstico. Utilizou-se a regressão logística múltipla, buscando identificar a associação ajustada por variáveis de confundimento. Resultados: as análises brutas mostraram chances 44%, 127% e 66% mais elevadas de alta recuperação após o trabalho, para aqueles que dormem até 2 horas, de 2,1 a 3 horas e de 3,1 horas ou mais, respectivamente, comparados aos que não dormem. Após o ajuste por variáveis de confundimento, a associação permanece significativa apenas para o grupo que dorme de 2,1 a 3 horas durante o plantão noturno (OR=1,79; IC95%=1,33-2,41). Conclusão: a associação entre tempo de cochilo e alta recuperação após o trabalho, confirmada nos resultados, pode compor os estudos que buscam subsidiar políticas mais adequadas voltadas à melhoria das condições de trabalho, de vida e saúde dos trabalhadores, não apenas da enfermagem, mas trabalhadores noturnos de forma geral.

Descritores: Enfermeiros; Enfermeiras; Trabalho Noturno; Sono; Saúde do Trabalhador.

¹ Artigo extraído da dissertação de mestrado "Associação entre a duração do cochilo durante o plantão noturno e a recuperação após o trabalho entre enfermeiros dos maiores hospitais públicos do município do Rio de Janeiro" apresentada à Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² Mestranda, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

³ PhD, Pesquisadora, Instituto Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁴ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

⁵ Doutoranda, Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Correspondência:

Thaís Aparecida de Castro Palermo
Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery
Rua Afonso Cavalcanti, 275
Bairro: Cidade Nova
CEP: 20211-110, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: thaisacpalermo@gmail.com

Copyright © 2015 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons Atribuição-Não Comercial (CC BY-NC).

Esta licença permite que outros distribuam, editem, adaptem e criem obras não comerciais e, apesar de suas obras novas deverem créditos a você e ser não comerciais, não precisam ser licenciadas nos mesmos termos.

Introdução

O trabalho produz esforço que reflete em sintomas emocionais, cognitivos e comportamentais, cuja reversão leva certo tempo⁽¹⁾. Com tempo adequado e possibilidades suficientes de recuperação (durante e após o trabalho), o retorno ao trabalho ocorrerá sem os sintomas residuais do esforço prévio. No entanto, quando a recuperação é insuficiente e cumulativa, a necessidade de recuperação aumenta, sendo gradualmente substituída por sintomas mais sérios, relacionados à fadiga em longo prazo e ao adoecimento⁽²⁾. A necessidade de recuperação após o trabalho caracteriza-se como posição intermediária entre as demandas do trabalho e o estado futuro de saúde, e está relacionada ao estágio inicial do processo contínuo, que pode levar à fadiga crônica⁽³⁾.

O hospital tem funcionamento ininterrupto, o que implica em esquemas de trabalho diurnos e noturnos. Um aspecto essencial da saúde a ser analisado, em relação às pessoas que trabalham em turnos, em especial no noturno, refere-se à influência dos horários de trabalho na qualidade e duração do sono⁽⁴⁾ e, por sua vez, na recuperação após o trabalho⁽⁵⁾. O sono, em termos de qualidade e duração varia em diferentes momentos das 24 horas. O sono diurno, usualmente adotado por trabalhadores noturnos, tende a apresentar pior qualidade e menor duração⁽⁶⁾, quando comparado ao sono noturno.

Nesta perspectiva, a redução na duração e alterações na qualidade do sono, em profissionais de enfermagem que trabalham em plantões noturnos, foi demonstrada em estudos nacionais⁽⁶⁻⁷⁾ e internacionais⁽⁴⁾. A redução da duração do sono e, mais severamente, a privação do sono, geram maiores riscos para ferimentos e acidentes de trabalho, assim como, prejuízos à saúde e qualidade de vida⁽⁷⁾, em função da maior sonolência no trabalho e redução do estado de alerta, decorrentes do trabalho noturno⁽⁶⁾.

Cochilos durante o trabalho noturno são uma forma de lidar com a privação parcial do sono⁽⁸⁾. Definido como qualquer período de sono, inferior a 50% da duração média do sono noturno⁽⁹⁾, o cochilo durante o plantão noturno está associado à menor sonolência durante o trabalho⁽⁸⁾, à manutenção do alerta e do desempenho⁽¹⁰⁾ e pode compensar o sono curto em casa⁽¹¹⁾.

Em um contexto de trabalhadores de enfermagem, com predominância feminina, o cochilo noturno pode ter maior relevância para trabalhadoras com sobrecarga

de trabalho doméstico, que possuem menos tempo para o sono diurno durante os dias de folga⁽¹²⁾. Além disso, os esquemas de plantões de 12 horas, seguidos por 36 ou 60 horas de descanso⁽¹²⁻¹³⁾, possibilitam que os profissionais dediquem-se a mais de uma atividade produtiva, e as longas jornadas de trabalho dos profissionais de enfermagem brasileiros podem interferir na disponibilidade de tempo para o sono⁽¹²⁾.

A importância do cochilo durante o plantão noturno na recuperação após o trabalho foi demonstrada em estudo no contexto da enfermagem brasileira⁽¹³⁾, que identificou a associação do cochilo com melhor recuperação, desde que a jornada de trabalho doméstico não ultrapassasse 10 horas semanais. O presente estudo pretende complementar estudos acerca da importância do cochilo durante o trabalho noturno na recuperação após o trabalho, com amostra ampliada e considerando uma população heterogênea, no que tange a variável sexo.

Este artigo teve como objetivo analisar a associação entre duração do cochilo durante o plantão noturno e recuperação após o trabalho, entre enfermeiros que atuam nos maiores hospitais públicos do Rio de Janeiro.

Método

Descrição do estudo e amostra

O presente artigo utiliza dados do Estudo da Saúde dos Enfermeiros. Trata-se de um estudo com delineamento epidemiológico seccional, realizado nos 18 maiores hospitais públicos do município do Rio de Janeiro, RJ, sob as gestões federais, estaduais e municipais. A coleta de dados foi realizada entre 2010 e 2011, através da aplicação de um questionário estruturado, multidimensional e autoaplicável. Para a divulgação do estudo, os hospitais foram visitados e reuniões foram agendadas junto às chefias de enfermagem. A listagem do nome e o setor de trabalho foram solicitados para abordagem face a face. Os questionários foram entregues aos enfermeiros, acompanhados de carta-convite para participação e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após a assinatura do TCLE, o enfermeiro preenchia e lacrava o questionário, entregando a um dos colaboradores do estudo. As análises dos dados foram feitas no software SPSS (v.19). Fizeram parte do presente artigo dados de 1940 enfermeiros (61,4% do total de enfermeiros abordados) que atuavam em plantões noturnos na assistência.

Variável de exposição: o tempo de cochilo durante o plantão noturno

A variável foi avaliada através da seguinte questão: "Em relação ao horário para dormir ou descansar durante o plantão, você diria que na maioria das vezes: "somente descansa"; "dorme por cerca de ___h___min"; "não dorme, nem descansa". A variável foi categorizada em quatro níveis: (i)"não dorme" (categoria de referência), (ii)"dorme até 2 horas", (iii)"dorme de 2,1 a 3 horas" e (iv)"dorme 3,1 horas ou mais". Os grupos que relataram que "não dorme, nem descansa" e "somente descansa" foram incluídos na categoria dos que não dormem.

Variável de desfecho: recuperação após o trabalho

A recuperação após o trabalho foi avaliada através da versão curta da escala de necessidade de recuperação após o trabalho (*Need for recovery* – NFR). Este instrumento avalia efeitos de curto prazo do trabalho induzidos pela fadiga, como falta de atenção, irritabilidade, isolamento social, desempenho reduzido e qualidade do tempo de recuperação depois do trabalho^(1,3). A escala original, composta por 11 itens, foi adaptada para o português brasileiro⁽¹⁴⁾. Utilizou-se a escala reduzida, proposta recentemente pelo autor da escala e enviada por comunicação pessoal. Esta versão é composta por seis itens da versão original, com padrões de resposta do tipo Likert (1-4) e com escores variando entre "sempre" e "nunca", que incluem aspectos relacionados à fadiga após um dia de trabalho. Os itens foram agrupados em um escore, através da soma dos pontos obtidos no conjunto dos itens da escala, que variou de 6 a 24. O escore foi categorizado em tercios de recuperação, sendo os escores de 6-13 considerados como baixa recuperação; os escores de 14-17, média recuperação; e os escores de 18-24, alta recuperação. Após esta categorização, agrupou-se as categorias média e alta, obtendo-se apenas duas categorias: baixa (categoria de referência) e alta recuperação (agrupando os escores médio e alto).

Covariáveis

Foram incluídas covariáveis sociodemográficas, ocupacionais e relacionadas aos comportamentos de saúde: sexo, idade (agrupada em "23 a 35 anos", "36 a 45 anos" e "46 a 67 anos"), situação conjugal (agrupada em "casado", "separado, divorciado ou viúvo" e "solteiro"), renda familiar *per capita* ("até R\$

1.394,83", "de R\$ 1.400,90 a R\$ 2.324,50" e "de "R\$ 2.324,83 a R\$ 7.440,00"), presença de filhos menores de 6 anos, carga horária semanal de trabalho profissional (agrupada em "até 30 horas", "de 31 a 60 horas" e "acima de 61 horas"), sobrecarga doméstica (agrupada em "baixa" e "alta" sobrecarga), tempo de trabalho noturno na enfermagem (categorizada em "menos de 1 ano", "1 a 5 anos", "6 a 10 anos", "11 a 20 anos" e "21 anos ou mais"), permissão para dormir durante o plantão noturno, tempo de cochilo, consumo de álcool (agrupada em "não bebe", "baixo risco", "médio risco" e "alto risco"), queixas de insônia e atividades físicas.

Análises estatísticas

Foi avaliado o desempenho psicométrico da versão resumida da escala de necessidade de recuperação após o trabalho, pois trata-se da primeira vez que foi utilizada no contexto brasileiro. A estrutura dimensional e a avaliação da consistência interna foram realizadas por análise fatorial exploratória, utilizando-se o software Mplus - versão 7.1, adotando a rotação Geomin e estimador robusto de mínimos quadrados ponderados (WLSMV), adequado para variáveis (itens) categóricas ou ordinais.

Para avaliar a adequação do modelo foram utilizados três índices de ajuste: o índice de ajuste comparativo (CFI), o índice Tucker-Lewis (TLI) e a raiz do erro médio quadrático de aproximação (RMSEA). O índice de ajuste comparativo e o índice de Tucker-Lewis avaliam o ajuste incremental do modelo comparado a um modelo nulo. Ambos variam de 0 a 1, e valores acima de 0,90 indicam ajuste adequado⁽¹⁵⁾.

A raiz do erro médio quadrático de aproximação (RMSEA) é um índice de ajuste que avalia a parcimônia do modelo proposto em relação ao número de coeficientes estimados. É uma medida que tenta corrigir a tendência da estatística qui-quadrado, rejeitando qualquer modelo especificado com amostra suficientemente grande. Valores abaixo de 0,06 podem ser considerados adequados⁽¹⁵⁾.

A consistência interna, que indica se os itens representam um construto teórico em comum é frequentemente aferida por meio do coeficiente alfa de Cronbach, como medida de confiabilidade⁽¹⁵⁾. Entretanto, neste estudo optou-se por utilizar a confiabilidade composta, um coeficiente de confiabilidade baseado na modelagem de equações estruturais, com o objetivo de superar as limitações do alfa de Cronbach, que

subestima a confiabilidade da escala, como em situações de violação do pressuposto de *tau*-equivalência⁽⁴⁵⁾. A confiabilidade composta avalia se os itens apresentam consistência interna, e para essa medida, valores iguais ou maiores que 0,7 são considerados satisfatórios. Ela baseia-se nas estimativas de cargas fatoriais, variância e covariância de erros de medida.

Foram realizadas análises univariadas e bivariadas para verificação de associação entre a variável de exposição e a variável de desfecho. As análises múltiplas, por sua vez, foram feitas utilizando-se a regressão logística múltipla, buscando identificar a associação ajustada por variáveis de confundimento.

Aspectos éticos

O estudo atendeu aos procedimentos recomendados pela Resolução 196/96, submetido e aprovado pelo Comitê de Ética de Pesquisa – CEP Fiocruz, sob nº 472/08 e dos hospitais participantes. Foi autorizado pela chefia do serviço de enfermagem de cada hospital, solicitando aos participantes a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para participação e divulgação dos resultados, garantindo o anonimato. As presentes análises foram submetidas ao Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem Anna Nery/UFRJ, aprovada sob nº 191.240.

Resultados

Dentre os enfermeiros avaliados observou-se predominância do sexo feminino (84,7%). Um total de 44,6% tinham 35 anos ou menos (idade média de 38 anos, DP=9,4 anos e variação de 23 a 67 anos). A maioria era casada, com renda *per capita* em média de R\$ 2.101,41 (DP=R\$ 1.454,21) e 19,1% referiram ter filhos menores de seis anos. A carga horária semanal de trabalho profissional foi, em média, de 61 horas (DP=21,7 horas), com mínima de 5 horas semanais e máxima de 132 horas semanais e 46,5% referiram carga horária semanal de trabalho profissional maior ou igual a 61 horas. Cerca de 29,5% dos enfermeiros apresentaram alta sobrecarga doméstica.

Em relação ao tempo de trabalho noturno na enfermagem, os participantes tinham, em média, nove anos (DP=7,8 anos), sendo que 44,4% trabalhavam há menos de cinco anos no plantão noturno. Quase todos (97,6%) referiram ter permissão para dormir durante o plantão noturno. No entanto, quase a metade referiu

não dormir (46,6%), 26,9% dormiam de 2,1 a 3 horas (121 a 180 minutos) e 19,4% dormiam até 2 horas. A duração média dos cochilos durante o plantão noturno foi de 159 minutos, desvio padrão de 47,5 minutos e variação de 60 a 390 minutos.

Cerca de 30% dos participantes apresentaram médio/alto risco quanto ao consumo de álcool, um terço relatou queixas de insônia e quase 70% referiu não praticar atividades físicas nas duas semanas que precederam a coleta de dados, conforme a Tabela 1.

Seguindo o modelo originalmente proposto, a escala unidimensional apresentou cargas dos itens no fator variando de 0,578 a 0,924. Os indicadores de ajuste foram: *Comparative fit index* (CFI)=0,959, *Tucker-Lewis index* (TLI)=0,931 e *Root mean square error of approximation* (RMSEA)=0,223. A confiabilidade composta (CC) foi igual a 0,90 e a variância média extraída (VME) igual a 0,61. A avaliação dos índices de modificação mostrou alta correlação entre os itens 'b' e 'c' e entre os itens 'e' e 'f'. Os valores do RMSEA foram, respectivamente, 0,118 (0,108-0,128) e 0,064 (0,054-0,076), após as especificações das correlações entre os itens 'b' e 'c', e 'e' e 'f', conforme Tabela 2 a seguir.

Identificou-se associação entre cochilo durante o plantão noturno e recuperação após o trabalho. Frequências mais elevadas (82,5%), de alta recuperação após o trabalho, foram observadas entre aqueles que dormem de 2,1 a 3 horas durante o plantão noturno. O grupo que referiu dormir mais de 3 horas apresentou frequência de recuperação inferior (78,6%) ao grupo que referiu dormir de 2,1 a 3 horas.

Na Tabela 3 são apresentadas as análises brutas e ajustadas da associação entre duração do cochilo durante o plantão noturno e recuperação após o trabalho. As análises brutas mostraram chances 44%, 127% e 66% mais elevadas de alta recuperação após o trabalho, para aqueles que dormem até 2 horas, de 2,1 a 3 horas e 3,1 horas ou mais, respectivamente, comparados aos que não dormem. Após o ajuste por variáveis sociodemográficas (Modelo 2), comportamentos e problemas relacionados à saúde e trabalho doméstico (Modelo 3), a associação permanece significativa apenas para o grupo que dorme de 2,1 a 3 horas durante o plantão noturno (OR=1,79; IC95%=1,33-2,41). Além disso, observa-se um gradiente nas chances entre quem dorme até 2 horas e de 2,1 a 3 horas. No entanto, não se observa aumento nas chances de recuperação para quem dorme 3,1 horas ou mais.

Tabela 1 - Caracterização dos enfermeiros que participaram do Estudo da Saúde dos Enfermeiros (n=1940). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010-2011

Variáveis	n	%
Sexo		
Feminino	1644	84,7
Masculino	296	15,3
Idade		
De 23 a 35 anos	853	44,6
De 36 a 45 anos	642	33,5
De 46 a 67 anos	419	21,9
Situação Conjugal		
Casado	1091	56,9
Separado, divorciado e viúvo	343	17,9
Solteiro	482	25,2
Renda per capita		
Até R\$ 1.394,83	561	32,7
De R\$ 1.400,90 a R\$ 2.324,50	614	35,9
Presença de filhos menores de 6 anos		
Sim	362	19,1
Não	1537	80,9
Carga horária semanal de trabalho profissional		
Até 30 horas	160	8,6
31 a 60 horas	838	44,9
61 horas ou mais	869	46,5
Sobrecarga doméstica		
Baixa	1364	70,5
Alta	570	29,5
Tempo de trabalho noturno na enfermagem		
Menos de 1 ano	174	9,2

(continua...)

Tabela 1 - continuação

Variáveis	n	%
1 a 5 anos	666	35,2
6 a 10 anos	449	23,6
11 a 20 anos	416	22
21 anos ou mais	189	10
De R\$ 2.324,83 a R\$ 7.440,00	537	31,4
Permissão para dormir durante o plantão noturno		
Sim	1869	97,6
Não	45	2,4
Durante o horário permitido para dormir		
Dorme	994	53,4
Somente descansa (não consegue dormir)	819	44
Não dorme, nem descansa	47	2,6
Tempo de cochilo		
Não dorme	866	46,6
Dorme até 2 horas (120 minutos)	353	19,4
Dorme de 2,1 a 3 horas (126 a 180 minutos)	497	26,9
Dorme 3,1 horas ou mais (186 minutos ou mais)	131	7,1
Consumo de álcool		
Não bebe	722	38
Baixo risco	549	28,8
Médio risco	547	28,7
Alto risco	85	4,5
Queixas de insônia		
Sim	639	33,2
Não	1284	66,8
Prática de atividade física nas últimas duas semanas		
Sim	584	30,3
Não	1344	69,7

Tabela 2 - Análise fatorial confirmatória da versão resumida da escala de necessidade de recuperação após o trabalho. Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010-2011

Variáveis	Modelo 1		Modelo 2		Modelo 3	
	Cargas	Uniqueness	Cargas	Uniqueness	Cargas	Uniqueness
a- Eu acho difícil relaxar no fim de um dia de trabalho	0,578	0,666	0,626	0,608	0,634	0,598
b- Ao fim do dia de trabalho eu me sinto realmente acabado	0,92	0,153	0,713	0,491	0,736	0,459
c- Por causa do meu trabalho, ao fim do dia eu me sinto muito cansado	0,924	0,146	0,713	0,492	0,735	0,460
d- Eu acho difícil prestar atenção ou me concentrar durante meu tempo livre depois de um dia de trabalho	0,756	0,429	0,820	0,327	0,847	0,283
e- Eu acho difícil me interessar por outras pessoas assim que eu chego do trabalho	0,763	0,418	0,812	0,341	0,748	0,441
f- Quando eu chego em casa após o trabalho eu preciso ser deixado em paz por um tempo	0,686	0,53	0,731	0,466	0,653	0,573
Correlação entre itens						
b ßà c			0,770		0,754	
e ßà f			----		0,363	
Índices de Ajuste						
Comparativefit index (CFI)		0,959		0,990		0,997
Tucker-Lewis index (TLI)		0,931		0,981		0,994
Root mean square error of approximation (RMSEA)		0,223 (0,213; 0,233)		0,118 (0,108; 0,128)		0,064 (0,054; 0,076)
Medidas de Validade Convergente						
Confiabilidade composta (CC)		0,90		0,88		0,92
Variância média extraída		0,61		0,55		0,66

Tabela 3 - Associação bruta e ajustada entre duração do cochilo durante o plantão noturno e recuperação após o trabalho dos enfermeiros que participaram do Estudo da Saúde dos Enfermeiros (n=1940). Rio de Janeiro, RJ, Brasil, 2010-2011

Tempo de cochilo	Modelo 1	Modelo 2	Modelo 3
	OR bruta	OR ajustada*	OR ajustada†
	(IC 95%)	(IC 95%)	(IC 95%)
Não dorme	1	1	1
Dorme até 2 horas	1,44 (1,07-1,93)	1,42 (1,05-1,90)	1,33 (0,98-1,81)
Dorme de 2,1 a 3 horas	2,27 (1,71-3,00)	2,20 (1,65-2,93)	1,79 (1,33-2,41)
Dorme mais de 3,1 horas	1,66 (1,06-2,60)	1,91 (1,21-3,02)	1,50 (0,94-2,40)

*Ajustada por sexo, idade, situação conjugal e renda *per capita*.

†Adicionalmente ajustada por consumo de álcool, queixas de insônia, atividade física e sobrecarga doméstica.

Discussão

No presente estudo, o cochilo durante o plantão noturno, num período de 2,1 a 3 horas, esteve associado à maior recuperação após o trabalho. As outras classificações de tempo de cochilo não permaneceram associadas após o ajuste por variáveis de confundimento. Resultados semelhantes foram identificados em estudo realizado com profissionais de enfermagem do sexo feminino, mas apenas entre aquelas submetidas à curta duração de trabalho doméstico⁽¹²⁻¹³⁾.

Os resultados do presente estudo sugerem um efeito benéfico do cochilo noturno, de 2 a 3 horas, em termos de recuperação após o trabalho. Cabe considerar, no entanto, os aspectos relacionados à inércia do sono, sensação de letargia e redução transitória do desempenho cognitivo e motor que pode ocorrer ao despertar, em função do tempo prévio de vigília, do momento do cochilo e de sua duração^(8,16). De fato, este aspecto merece aprofundamento, pois pode constituir um fator limitante da implementação desta prática no contexto dos cuidados em saúde.

Na presente investigação, o tempo menor que 2 horas parece insuficiente para garantir a recuperação após o trabalho, possivelmente devido à extensa carga de trabalho a que esses trabalhadores estão submetidos. Os resultados indicaram carga semanal média de 61 horas. A carga extensiva de trabalho tem sido demonstrada no contexto dos trabalhadores brasileiros de enfermagem^(13,17), sendo muito mais elevada em comparação aos enfermeiros de diversos países europeus⁽¹⁸⁾. Cargas elevadas podem afetar tanto a saúde dos trabalhadores quanto a qualidade da assistência prestada⁽¹⁹⁾.

Não só a ocorrência do cochilo influencia a recuperação após o trabalho, mas também a sua duração⁽¹³⁾. A duração média dos cochilos durante

o plantão noturno foi em torno de 2 horas e meia (159 minutos), ou seja, mais elevada do que aquela identificada em outros estudos^(6,11-12), com médias de 120, 138, 141 e 150 minutos, respectivamente. É possível que a extensa carga horária semanal dos trabalhadores estudados explique, em parte, o maior tempo de cochilo. Diante da possibilidade de cochilar no plantão noturno, os profissionais de enfermagem se organizam em função da demanda de trabalho e da preferência de cada um^(12,20). Os horários de cochilo são, geralmente, organizados pelos próprios trabalhadores, dividindo-os em dois períodos, o primeiro entre 00:00h e 03:00h e o segundo entre 03:00h e 06:00h^(6,12,20).

Entre os trabalhadores que referiram dormir mais de 3 horas não se observou chances mais elevadas de recuperação, quando comparados àqueles que não dormiam. A grande variabilidade na duração dos cochilos, observada no grupo que dormia por mais de 3 horas, pode explicar, em parte, estes resultados. Além disso, este grupo apresenta características diferenciadas quando comparados aos outros grupos. Reconhecendo-se que, a rigor, não se trata de cochilo durante o plantão noturno (o tempo ultrapassa a definição do que seja considerado cochilo), optou-se por mantê-lo nas análises e avaliá-lo no contexto do estudo, uma vez que um número considerável de enfermeiros referiu esta condição.

Embora o cochilo durante o plantão noturno não seja regulamentado no Brasil, a maioria dos participantes tinha acordos tácitos com as respectivas chefias, que lhes permitiam cochilar/dormir durante o plantão noturno, considerando-se uma prática comum em hospitais públicos brasileiros^(6,11-12,20). Vale ressaltar que, apesar da permissão para dormir, 46,6% dos trabalhadores referiu não dormir. É possível que este achado esteja parcialmente relacionado ao fato de muitos hospitais não possuírem locais adequados para

o cochilo noturno, como mostrado em estudo qualitativo sobre a percepção dos trabalhadores de enfermagem, acerca das condições para dormir ou descansar durante o período noturno. Os autores mostraram que a falta de regulamentação do cochilo foi um dos questionamentos feitos pelos trabalhadores, que alegaram que mesmo sendo benéfico, do ponto de vista físico e mental, por não ser formalizado, havia restrições quanto a sua ocorrência⁽²⁰⁾.

A avaliação da dimensionalidade da escala apontou para a necessidade da reavaliação de alguns itens, uma vez que ajustes adequados no modelo unidimensional foram observados apenas quando se incluiu a correlação entre dois pares de itens. É possível que as perguntas não tenham discriminabilidade semântica suficiente para captar diferentes aspectos relacionados à necessidade de recuperação. Poucos estudos avaliaram as propriedades psicométricas da escala^(1,14), e nenhum estudo identificado avaliou a validade dimensional da escala, de forma a permitir a comparação dos resultados apresentados. Sugere-se que outras avaliações que confirmem estes resultados sejam realizadas em outros estudos.

Conclusão

A associação entre o tempo de 2,1 a 3 horas de cochilo e a alta recuperação após o trabalho, foi confirmada nos resultados. O cochilo durante o plantão noturno aumenta a chance de recuperação após o trabalho. Considerando o caráter inevitável dos plantões noturnos em hospitais, o presente estudo aponta a relevância do cochilo como estratégia para lidar com as dificuldades inerentes ao trabalho noturno. Neste sentido, a principal contribuição do estudo para a enfermagem refere-se à gestão do trabalho hospitalar, no que tange a saúde do trabalhador e a qualidade da assistência. O conhecimento dessa realidade contribuirá para a proposição e implantação de estratégias gerenciais que promovam a revisão dos processos assistenciais e a reformulação da política de recursos humanos, levando em conta um número adequado de profissionais de enfermagem, sem que haja prejuízo aos pacientes. Espera-se, portanto, que esta pesquisa contribua para o planejamento de uma assistência adequada, além de auxiliar outros estudos que busquem subsidiar políticas mais apropriadas, voltadas à melhoria das condições de trabalho, de vida e saúde dos trabalhadores, não apenas da enfermagem, mas trabalhadores noturnos de forma geral.

Referências

1. van Veldhoven M, Broersen S. Measurement quality and validity of the "need for recovery scale". *Occup Environ Med.* 2003;60(Suppl1):3-9.
2. Sluiter JK, Beek AJ, Frings-Dressen MHV. The influence of work characteristics on the need for recovery and experienced health: a study on coach drivers. *Ergonomics.* 1999;42(4):573-83.
3. Jansen NWH, Kant IJ, van den Brandt PA. Need for recovery in the working population: description and associations with fatigue and psychological distress. *Int J Behav Med.* 2002;9(4):322-40.
4. Zverev YP, Misiri HE. Perceived effects of rotating shift work on nurses sleep quality and duration. *Malawi Med J.* 2009;21(1):19-21.
5. Jansen N, Kant I, van Amelsvoort L, Nijhuis F, van den Brandt P. Need for recovery from work: evaluating short-term effects of working hours, patterns and schedules. *Ergonomics.* 2003;46(7):664-80.
6. Borges FNS, Fischer FM, Rotenberg L, Soares NS, Fonseca MB, Smolensky MH, et al. Effects of naps at work on the sleepiness of 12-hour night shift nursing personnel. *Sleep Sci.* 2009;2(1):24-9.
7. Rocha MCP, De Martino MMF. O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Revista Esc Enferm USP.* 2010;44(2):280-6.
8. Fallis WM, McMillan DE, Edwards MP. Napping during night shift: practices, preferences and perceptions of critical care and emergency department nurses. *Crit Care Nurse.* 2011;31(2):1-11.
9. Dinges D, Orne MT, Whitehouse WG, Orne EC. Temporal placement of a nap for alertness: Contributions of circadian phase and prior wakefulness. *Sleep.* 1987;10(4):313-29.
10. Ruggiero JS, Redeker NS. Effects of napping on sleepiness and sleep-related performance deficits in night-shift workers: a systematic review. *Biol Res Nurs.* 2014;16(2):134-42.
11. Ribeiro-Silva F, Rotenberg L, Soares RE, Pessanha J, Ferreira FL, Oliveira P, et al. Sleep on the job partially compensates for sleep loss in night-shift nurses. *Chronobiol Int.* 2006;23(6):1389-99.
12. Silva-Costa A, Fischer FM, Griep RH, Rotenberg L. Relationship between napping during night shift and household obligations of female nursing personnel. *Int J of Gen Med.* 2013;6:227-31.
13. Silva-Costa A, Rotenberg L, Griep RH, Fischer FM. Relationship between sleeping on the night shift and recovery from work among nursing workers – the

- influence of domestic work. *J Adv Nurs*. 2011;67(5):365-8.
14. Moriguchi CS, Alem MER, van Veldhoven M, Coury HJCG. Cultural adaptation and psychometric properties of Brazilian Need for Recovery Scale. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(1):131-9.
15. Brown TA. *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research*. New York: The Guilford Press; 2006.
16. Ferrara M, De Gennaro L. The sleep inertia phenomenon during the sleep-wake transition: theoretical and operational issues. *Aviat Space Environ Med*. 2000;71(8):843-8.
17. Silva AA, Rotenberg L, Fischer FM. Jornadas de trabalho na enfermagem: entre necessidades individuais e condições de trabalho. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(6):1117-26.
18. Tackenberg P, Hasselhorn HM, Buscher A. Nursing in Europe In: Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. 7th ed. Europe: NEXT-Study; 2003;19-27.
19. Trinkoff AM, Johantgen M, Storr CL, Gurses AP, Liang Y, Han K. Nurses' Work Schedule characteristics, nurse staffing, and patient mortality. *Nur Res*. 2011;60(1):18-9.
20. Silva-Costa A, Araújo MM, Nagai R, Fischer FM. Environmental and organizational conditions for napping during night work: a qualitative study among nursing professionals. *Sleep Sci*. 2010;3(1):11-5.