



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

Clemici Lima Corrêa

Estela Jaqueline de Oliveira

**A CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO PARCIAL DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO
TERAPÊUTICO OCUPACIONAL DA REPERCUSSÃO DA ALTERAÇÃO DO
CICLO VIGÍLIA-SONO NAS OCUPAÇÕES**

BELÉM

2016

Clemici Lima Corrêa
Estela Jaqueline de Oliveira

**A CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO PARCIAL DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO
DA REPERCUSÃO DA ALTERAÇÃO DO CICLO VIGÍLIASONO NAS
OCUPAÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao
Instituto de Ciência da Saúde, Faculdade de
Fisioterapia e Terapia Ocupacional da
Universidade Federal do Pará.

Orientadora: Prof^a MSc. Cibele Braga Ferreira
Nascimento.

BELÉM

2016

Clemici Lima Corrêa
Estela Jaqueline de Oliveira

**A CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO PARCIAL DO PROTOCOLO DE
AVALIAÇÃO DA REPERCUSÃO DA ALTERAÇÃO DO CICLO VIGÍLIASONO
NAS OCUPAÇÕES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado
ao Instituto de Ciência da Saúde, Faculdade de
Fisioterapia e Terapia Ocupacional da
Universidade Federal do Pará. Orientadora:
Profª MSc. Cibele Braga Ferreira Nascimento.

Data de aprovação ____/____/2016

Banca Examinadora:

BELÉM

2016

Finalmente, as quatro grandes – trabalho e lazer e descanso e sono, que nosso organismo deve ser capaz de equilibrar mesmo sob dificuldades (WAGMAN; HAKANSSON; BJÖRKLUND, 2011, p. 1).

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a agradeço a Deus que me permitiu viver este momento com o qual sonhei e que agora está se realizando. O agradeço por ter me escolhido para a Terapia Ocupacional, pela qual fui conquistada a partir do momento em que a conheci. Agradeço por ter me dado saúde e força para superar as dificuldades. Agradeço a Ele pela minha vida, pela minha família, amigos, amor e professores.

Agradeço à nossa orientadora, Prof^a MSc. Cibele Braga Ferreira Nascimento pelas orientações, apoio e confiança, pelo empenho à elaboração deste trabalho e mais ainda por acreditar neste. Por transmitir confiança quando os resultados não foram os esperados. Pela serenidade, incentivo e aquela “chamada de atenção” quando precisávamos. Sem sua contribuição e seu empenho este trabalho não teria o mesmo brilho. Palavras são insuficientes para descrever minha gratidão pela sua vida, pelo seu dom de ensinar e de estar sempre presente desde o início da graduação. Registro aqui minha grande admiração pela pessoa e profissional que és.

Agradeço imensamente a minha amada família, ao meu pai Raimundo Corrêa e minha mãe Neucy Lima, vocês sempre foram meu melhor exemplo e inspiração para chegar até aqui. Suas orações estão sendo atendidas. Agradeço por terem lutado por mim quando a vida parecia ter tido um fim por duas vezes na minha infância, como prova da fé de vocês hoje estou aqui, graduanda em Terapia Ocupacional. Eu sou grata por, dentro de suas possibilidades, terem dado o melhor a minha formação, como pessoa e como profissional. Espero retribuir tudo o que fizeram e fazem por mim.

Agradeço também a minha amadíssima irmã Clarisse Corrêa pelo incentivo, carinho, cuidado. Por sempre estar presente na minha vida, desde o nascimento. Desde então nossa separação foi mínima, pois sempre estive por perto a me mostrar o caminho certo. És minha inspiração. Apesar da mesma idade, me espelho em você, na tua força, caráter, coragem e determinação. Minha querida irmã, a amo muito.

Agradeço ao meu amigo, companheiro e namorado Kleyton Maciel, por estar presente quando preciso. Por não medir esforços para me ajudar, por acreditar na capacidade que Deus me deu, por ter fé que tudo iria dar certo, que a tempestade passaria, por cuidar de mim. Amo você.

Meus agradecimentos também a minha grande amiga e dupla deste trabalho Estela Jaqueline que encarou o desafio da pesquisa. Por não ter desistido e por dado o melhor de si. Por acreditar na nossa amizade, por honrar o compromisso de começarmos e terminarmos a

graduação juntas. Que Deus a abençoe sempre. Tua amizade é uma das melhores coisas que a universidade me proporcionou.

Agradeço a Universidade Federal do Pará pela oportunidade de fazer o curso, e realizar meu sonho de formar nesta universidade.

À Faculdade de Fisioterapia e Terapia Ocupacional, seu corpo docente e técnico administrativo pela oportunidade de crescimento pautada na ética profissional. A cada professor que sempre esperaram mais e não menos de cada um de nós. Destaco neste agradecimento o Prof MSc. Victor Cavaleiro Corrêa, que me mostrou a pesquisa científica durante a vigência do PROINT, por encorajar-me a apresentação de trabalhos em vários eventos. Que proporcionou o nosso primeiro artigo publicado. Obrigada professor e demais professores e professoras.

Ao inesquecível Centro Acadêmico de Terapia Ocupacional, que me proporcionou grandes experiências políticas e sociais. Para mim foi uma honra ser membra fundadora e presidir os anos iniciais desta entidade.

Estendo ainda este agradecimento ao Programa Conexões de Saberes que me oportunizou levar conhecimento sobre a universidade à estudantes de baixa renda na periferia de Belém, e ainda ser premiada no III Congresso de Educação em Saúde na Amazônia (COESA) com trabalho de Ações Afirmativas e Justiça Ocupacional. Que cumpriu um de seus principais objetivos que é a permanência de alunos cotistas nas universidades, graças ao programa pude continuar no curso e agora estou graduando.

Agradeço ainda ao PROINT/FFTO pela oportunidade de mesmo no fim da graduação ainda contribuir e aprender um pouco mais com esta faculdade, pela qual tenho muito carinho.

Aos amigos e amigas, dentro e fora da universidade, irmãos e irmãs em Cristo pela força, incentivo e apoio diário, pessoalmente ou virtualmente. Muito obrigada.

E a todos que de alguma forma contribuíram com a minha formação pessoal e profissional.

Clemici Lima Corrêa

AGRADECIMENTOS

Ao Deus dono de tudo. Tudo é Dele e para ele são todas as coisas. Agradeço ao rei do universo por ter me concedido a vida e permitiu ter saúde e me proporcionou essa longa caminhada. Sem o auxílio de Deus eu não conseguiria chegar aonde cheguei: aqui oh (finalmente nos agradecimentos do TCC). Obrigada, Deus. Eu devo a Ti tudo isso, todas as conquistas. Muito obrigada Pai, Filho e Espírito Santo, pois apesar de mim Vocês me concederam essa tão maravilhosa graça de me formar em uma universidade federal.

A minha mãe, que abaixo de Deus permitiu que eu fosse gerada no seu ventre. Obrigada por todos esses anos de dedicação, obrigada por ser pai e mãe na minha vida, sem ela nada disso seria possível também. O meu muito obrigada a ela, minha velhinha linda. A amo demais.

Ao meu mano lindo, meu melhor secretario (rsrs, brincadeira). Obrigada por todas as vezes que ajudou a maninha. Amo demais também.

A minha avó querida. Minha segunda mãe, obrigada também por tudo. A amo também, sem ela e sua ajuda em me criar isso não seria possível.

Ao meu avô, muito obrigada também. Minha figura mais próxima de um pai que tenho. Obrigada.

Minha tia Leia da Bélgica e a minha prima. Obrigada, minha tia, minha vitória tem seu esforço também.

A minha família como um todo também.

A irmã Francisca por suas orações acredito que ao longo dessa árdua caminhada ela tenha sido minha mãe espiritual, a cobertura de orações ajudaram-me muito. Agradeço também a irmã Sueli.

Alessandra, minha amiga de longa data, dos tempos de letras, obrigada por sempre está dispostas a me “ouvir” e pelo incentivo que me davas quando sempre pensava em desistir.

A minha amiga Sally, minha psicóloga oficial, por ser a nossa Hillary Clinton e nos liderar com mãos de ferro quando necessário (apesar de eu ser a mais velha do grupo me senti em muitos momentos sua filha e do Eddie...hahaha...o Eddie quando dizia para parar com as minhas birras de menina mimada e criada com vó) e pelas inúmeras vezes que disse em alto e bom som “cara, tu és louca” . Agradecer também ao amigo Eddie, por todas as vezes que dividiu tão carinhosamente o seu biscoito e seu modo tão “gentil” em me dizer “ei, te acalma”. Brunna, a pessoa a qual mais me identifiquei no grupo (por tantas dúvidas

compartilhadas), a primeira que me acolheu no grupo, miga, obrigada. Aldemira, outra pessoa maravilhosa que dividimos uma jornada parecida ao longa da graduação, obrigada pelos almoços e açaí.

A minha dupla de TCC o meu muito obrigada. Não apenas por compartilhar essa linda pesquisa comigo, mas também toda a graduação. Obrigada pelo seu companheirismo e por todas as ajudas e a amizade a qual tens por mim, a jornada em Terapia ocupacional não seria a mesma sem ela. Obrigada, Cléo.

Ao Chico que chegou ao final da graduação e que mostrou-se prestativo e companheiro e me deu muitos almoços na jornada - “intensivão do TCC”.

A minha orientadora sempre um “serumaninho” incrível, a representação da nossa profissão em pessoa. Agradeço pelos nortes sugeridos por ela e por nos dá calma em momentos desesperadores da pesquisa.

Ao professor Folha que sempre torceu para que um dia eu pudesse me formar (apesar dos meus dois empregos). Ele não sabe, mas as vezes que ele dizia pra mim que ele ficaria muito feliz em ver-me pegando meu diploma, suas palavras possuíam muito significativo e serviram como incentivo. E a professora Adriene, acho que a mais “malvada” comigo, que não me refrescava. Suas broncas valeram a pena, obrigada, professora.

As minhas chefias do posto de saúde a qual trabalho, enfermeira Érica e enfermeira Odete a ajuda de ambas foram fundamental na minha formação. A enfermeira Selma também, obrigada.

Estela Jaqueline de Oliveira

RESUMO

A alteração do ciclo vigília-sono modifica a fisiologia e hábitos pessoais repercutindo no âmbito físico, biológico ou psicológico. A equipe de enfermagem é uma das categorias de trabalhadores que sofrem privação do sono em sua rotina de trabalho. Tal alteração em enfermeiros podem acarretar em um desempenho ocupacional no trabalho insatisfatório e perigoso, e prejuízo não só na saúde física, social, mental e ocupacional destes trabalhadores. É fundamental a construção de instrumentos avaliativos que possam ser base para o entendimento dos desequilíbrios ocupacionais oriundos da privação do sono, afim de construir métodos, técnicas, instrumentos de intervenção futuros que auxiliem na busca do equilíbrio ocupacional dos sujeitos pesquisados e dos sujeitos atendidos. Desta forma, o objetivo geral desta pesquisa foi criar e validar parcialmente um protocolo que avalie as repercussões da alteração do ciclo vigília sono nas ocupações, na saúde e bem estar. Para isto utilizou-se de um estudo quantitativo, de caráter exploratório, onde construiu-se um instrumento de Avaliação Terapêutica Ocupacional Sobre o Sono (ATOSS) o qual passou por um estudo piloto com nove pessoas de níveis educacionais diferentes e por seis Terapeutas Ocupacionais. Mediante os resultados do estudo piloto, realizou-se as alterações necessárias e o instrumento foi aplicado com os profissionais de enfermagem do Hospital Abelardo Santos. Foi realizada análise qualitativa por meio dos dados obtidos pela sistematização dos dados no programa Microsoft Office Excel. Quanto à validação do Protocolo ATOSS foi avaliada a correspondência entre os domínios do Questionário ATOSS e qualidade do Sono, por meio do teste de Shapiro-Wilk , ANOVA, Kruskal-Wallis, foi previamente fixado o nível de significância $\alpha=0.05$ para rejeição da hipótese de nulidade. O planejamento do estudo foi realizado no software SAM e os testes de hipóteses foram realizados no BioEstat . Estatisticamente o instrumento não teve sua validação parcial concluída, pois o mesmo apresentou falhas, porém pôde ser rastreado as principais ocupações prejudicadas pela alteração do ciclo vigília-sono - quanto ao preparo as atividades mais prejudicadas foram os itens participação na educação, lazer e cuidado com a alimentação e quanto a participação os itens mais marcados foram participação na educação, lazer, costume religioso e uso de meios de transportes. Em relação ao bem estar e saúde o valor mais frequente atribuído foi a nota 8, em relação a saúde os sintomas que tiveram mais registros foram fadiga, irritabilidade, instabilidade emocional, dificuldade de concentração, prejuízos na memória e alterações no humor. Contudo, em uma análise qualitativa do estudo, foi possível identificar as ocupações

mais prejudicadas, tanto no preparo quanto na participação e na saúde, confirmou-se o que outros estudos já traziam em seus resultados, que alteração no ciclo vigília-sono bem como a jornada dupla de trabalho, pode prejudicar a condição de saúde destes trabalhadores podendo ser causa ou consequência de um desequilíbrio ocupacional. Diante deste estudo, pôde-se perceber como a terapia ocupacional pode contribuir de forma significativa na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores ao considerar o sono como uma ocupação que pode ser facilitadora ou barreira às outras ocupações.

Palavras chave: Sono. Ocupação. Trabalho

ABSTRACT

Changing the sleep-wake cycle changes the physiology and reflecting personal habits in the physical, biological or psychological level. The nursing staff is one of the categories of workers who suffer from sleep deprivation in their routine work. Such a change in nurses may result in an occupational performance unsatisfactory and dangerous work, and harm not only the physical, social, mental and occupational these workers. the construction of evaluation instruments that can be the basis for the understanding of occupational imbalances arising from sleep deprivation, in order to build methods, techniques, future intervention instruments to assist in the pursuit of occupational balance of the subjects and attended subjects is essential. Thus, the objective of this research was to create and validate partially a protocol to assess the impact of the change in sleep wake cycle in occupations in health and wellness. For this we used a quantitative study, exploratory, where he built up an Occupational Therapy Assessment instrument About Sleep (ATOSS) which underwent a pilot study of nine people of different educational levels and six occupational therapists. Through the pilot study results, we carried out the necessary changes and the instrument was applied to the nursing staff of the Hospital Abelardo Santos. Qualitative analysis was performed using the data obtained from the systematization of data in Microsoft Office Excel program. As for the validation of ATOSS Protocol was evaluated the correlation between the areas of ATOSS questionnaire and quality of sleep, by the Shapiro-Wilk test, ANOVA, Kruskal-Wallis, was previously fixed the significance level $\alpha = 0.05$ for hypothesis rejection nullity. The study design was carried out in the SAM software and statistical tests were performed at BioEstat. Statistically the instrument did not have his complete partial validation, because it had flaws, but could be traced the main occupations affected by the change of the sleep-wake cycle - how to prepare the most affected activities were items participation in education, leisure and care the power and the participation the most marked items were participation in education, leisure, religious custom and use of transport means. In relation to the welfare and health the most frequent value was assigned note 8 in relation to health symptoms that had more records were fatigue, irritability, emotional instability, difficulty concentrating, loss in memory and mood changes. However, in a qualitative analysis of the study, it was possible to identify the most affected occupations, both in preparation and in participation and health, it was confirmed what other studies have brought in their results, that changes in sleep-wake cycle and the double journey of work, can harm the health condition of these workers may be the cause or consequence of

an occupational imbalance. Before this study, it was possible to understand how occupational therapy can significantly contribute to health and quality of life of workers to consider sleep as an occupation that may be a facilitator or barrier to other occupations.

KeyWords: Sleep. Occupation. Job

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - Características dos sujeitos	49
TABELA 2 - Características profissionais	50
TABELA 3 - Diagnóstico do sono	50
TABELA 4 - Qualidade do sono segundo os sujeitos pesquisados	50
TABELA 5 - Percentual quanto ao preparo das ocupações da equipe de enfermagem do turno matutino	51
TABELA 6 - Percentual quanto à participação da equipe de enfermagem do turno matutino	52
TABELA 7 - Percentual quanto ao preparo das ocupações da equipe de enfermagem do turno vespertino	53
TABELA 8 - Percentual quanto à participação da equipe de enfermagem do turno vespertino	54
TABELA 9 - Percentual quanto ao preparo das ocupações da equipe de enfermagem do turno noturno	55
TABELA 10 - Percentual quanto à participação nas ocupações da equipe de enfermagem do turno noturno	56
TABELA 11 - principais sintomas.....	58
TABELA 12: Domínio 1 (AVDs) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016	59
TABELA 13 - Domínio 2 (AIVDs) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016.....	60
TABELA 14 - Domínio 2 (AIVDs) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016.....	61
TABELA 15 - Domínio 4 (EDU) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016	62
TABELA 16 - Domínio 5 (TRAB) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016	63

TABELA 17 - Domínio 6 (LAZER) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais.
Belém/PA ano 2016.....64

TABELA 18: Domínio 7 (PS) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais.
Belém/PA ano 201665

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 CICLO VIGÍLIA-SONO	21
3 SONO, OCUPAÇÃO E TERAPIA OCUPACIONAL	27
4 A REPERCUSSÃO DA ALTERAÇÃO DO CICLO VIGÍLIA-SONO NA EQUIPE DE ENFERMAGEM	34
5 METODOLOGIA	38
5.1 Tipo de pesquisa	38
5.2 Público alvo	38
5.3 Etapas	39
5.3.1 Questões Éticas	39
5.3.2 Criação e validação de protocolo	39
5.3.3 Estudo piloto	43
5.3.4 Coleta de dados	44
5.3.5 Análise dos dados	44
6 RESULTADOS	46
7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	66
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	70
REFERÊNCIAS	73
APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pessoas de diferentes níveis educacionais	77
APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Terapeutas Ocupacionais	79
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais de Enfermagem	81
APÊNDICE D – Versão 1 da Avaliação Terapêutica Ocupacional Sobre o Sono	83
APÊNDICE E – Escala Likert para Terapeutas Ocupacionais	89
APÊNDICE F – Questionário de Avaliação da ATOSS	93

APÊNDICE G – Versão 2 da ATOSS	94
ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa	100

1 INTRODUÇÃO

Durante a graduação em Terapia Ocupacional na Universidade Federal do Pará, houve apenas um momento específico para o estudo do sono, porém voltado particularmente à saúde do idoso. A partir de então nos surgiram algumas, de como a alteração do ciclo vigília-sono repercute no desempenho ocupacional das pessoas e como avaliar estas possíveis repercussões, principalmente daquelas em que, por motivos trabalhistas, tem de alterar seu ciclo do sono. Desta forma, pensamos na equipe de enfermagem, composto por enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, tendo em vista a formação e experiência de uma das acadêmicas nesta área.

A alteração do ciclo vigília-sono modifica a fisiologia e hábitos pessoais repercutindo no âmbito físico ou biológico, como fadiga (SILVA; MARTINO, 2009), agravamento de problemas cardiovasculares e/ou gastrointestinais (LIMA; SOARES; SOUZA, 2008;), ganho de peso (MARTINO; MENDES, 2012), cefaleias (MARTINO; MENDES, 2012) entre outras alterações ou sintomas. Na área psicológica podem acontecer distúrbios de humor, ansiedade e irritabilidade (MEDEIROS et al, 2009), depressão e labilidade emocional (MÜLLER; GUIMARÃES, 2007) além de prejuízos nos aspectos cognitivos sendo notados, principalmente, por dificuldades de concentração (MARTINO; MENDES, 2012) e de memória (MÜLLER; GUIMARÃES, 2007).

O sono também pode sofrer alterações, pois a inversão do ciclo vigília-sono causa mudanças no ritmo circadiano, ou seja, “uma dessincronia entre o ciclo do sono e a temperatura corporal” (MÜLLER; GUIMARÃES, 2007, p.524), em consequência estes trabalhadores tem seu tempo de sono reduzido, podendo ainda desenvolver distúrbios do sono, como as Dissonias, que “são transtorno primários relacionados à iniciação ou manutenção do sono ou à sonolência excessiva, com distúrbios na qualidade, quantidade ou regulação de ritmo do sono” (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994 apud MÜLLER; GUIMARÃES, 2007, p. 521).

Quanto às repercussões ocupacionais, a alteração do ciclo vigília-sono pode interferir na vida familiar devido à dificuldade de compatibilidade de horário do trabalhador com os horários dos membros da família, e dos ajustamentos dentro do próprio lar quando o trabalhador está em casa, como evitar barulhos para que possa dormir, podendo ocorrer ainda uma redução da comunicação familiar (OLIVEIRA ET AL, 2006).

Além disso, em decorrência da falta de sincronia entre os horários do trabalhador e com os da sociedade, os relacionamentos sociais com amigos e comunidade, por exemplo, bem como o lazer são limitados ou até mesmo interrompidos (OLIVEIRA ET AL, 2006;

MEDEIROS et al, 2009), também devido à fadiga e a redução da energia para se envolverem nestas ocupações (MÜLLER; GUIMARÃES, 2007).

Há ainda, para aqueles que se envolvem na educação, prejuízos na aprendizagem provocados pelos danos cognitivos em consequência a privação do sono, já que este é fundamental na consolidação da memória, fator fundamental no processo de aprendizagem (MÜLLER; GUIMARÃES, 2007; VALLE; VALLE; REIMÃO, 2009). Em relação às repercussões do desempenho no trabalho, a privação do sono pode diminuir o nível de alerta (MEDEIROS, ET AL, 2009), e da produtividade devido à sonolência excessiva, aumentando o risco de acidentes de trabalho (MEDEIROS ET AL, 2009; MÜLLER; GUIMARÃES, 2007).

A equipe de enfermagem é uma das categorias de trabalhadores que sofrem privação do sono em sua rotina de trabalho, pois desempenham uma função que requer atenção e na maioria das vezes desempenha tarefas com alto grau de responsabilidade. A equipe trabalha na maioria das vezes em hospitais que possuem uma rotina contínua, onde o trabalho não pode parar.

A alteração do ciclo vigília-sono em enfermeiros podem acarretar em um desempenho ocupacional no trabalho insatisfatório e perigoso, trazendo riscos aos pacientes por estes atendidos, além de prejuízo não só na saúde física e/ou social e/ou mental, mas também na saúde ocupacional destes trabalhadores, à medida que sua participação e envolvimento em outras ocupações fundamentais para o bem estar pessoal, como as Atividades de Vida Diária, Atividades Instrumentais de Vida Diária, participação social, lazer, autocuidado, descanso e o próprio sono, encontram-se limitadas ou impedidas por conta da alteração no ciclo vigília-sono.

Portanto faz-se necessário realização de pesquisas em Terapia Ocupacional que tenham como motivação o entendimento de como tal alteração do ciclo vigília-sono interfere no envolvimento e participação das ocupações.

Assim, é fundamental a construção de instrumentos avaliativos que possam ser base para o entendimento dos desequilíbrios ocupacionais oriundos da privação do sono, afim de construir métodos, técnicas, instrumentos de intervenção futuros que auxiliem na busca do equilíbrio ocupacional dos sujeitos pesquisados e dos sujeitos atendidos.

Embora o sono seja classificado como área de ocupação dentro da concepção Terapêutica Ocupacional, ainda existem poucos estudos relacionados com esta profissão e a supracitada área de ocupação, pois em levantamento de literatura realizada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), que inclui as seguintes bases de dados: Scielo e Bireme no período de 10 anos (de 2005 a 2015), com o descritor “sono”, e filtrados por assunto principal “sono”,

“qualidade de vida”, saúde do trabalhador”, “questionários”, “trabalho noturno” e “trabalhos em turnos”, e no idioma português, obteve-se 43 artigos. Destes, nenhum pertence ou fazem alusão à Terapia Ocupacional, o que demonstra o pioneirismo desta pesquisa nesse campo de conhecimento.

Já em busca realizada em periódicos e bases de dados internacionais, como American Journal of the Occupational Therapy, Revista Gallena e OT Seeker no período de 10 anos (2005 a 2010) com o descritores “*sleep*” e “*sleep and occupation*” obteve-se apenas dois artigos, porém nenhum fazia relação as repercussões da alteração do ciclo vigília-sono nas ocupações.

Em relação aos protocolos de avaliação do sono em Terapia Ocupacional, pesquisou-se na base de dados da Biblioteca Virtual em Saúde com o termo “protocolos de avaliação do sono”. Usou-se como filtro a inclusão das bases de dados Medline e Lilacs, quanto ao limite selecionou-se humanos, feminino, masculino, adulto, meia-idade, idoso, adolescente, criança e criança pré-escolar, o tipo de documento escolhido foram artigos e teses no período de 2005 a 2015. Foram encontrados 130 trabalhos, porém nenhum relacionado a protocolos específicos de Terapia Ocupacional sobre o sono.

Ao utilizar o descritor “sono e Terapia Ocupacional”, incluindo as bases de dados Mdlne e Lilacs, para o período de 2005 a 2015 para artigos, teses e monografias, obteve-se 161 trabalhos, destes, em nenhum foram encontrados protocolos de avaliação terapêutico ocupacional do sono. Na base de dados da Scielo, usando o descritor “sono e Terapia Ocupacional” não se obteve documento relacionado, o mesmo resultado foi obtido na base de dados OT Seeker, onde utilizou-se o descritor “*sleep and occupational therapy*”, porém, na mesma base de dados, com o descritor “*Sleep evaluation*” foram encontrados 7 (sete) artigos, entretanto nenhum com protocolos de avaliação do sono. O período pesquisado foi de 10 anos para ambos descritores.

Em pesquisa realizada nos periódicos de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo (USP) e da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) com o descritor *sono e sleep*, foram encontrados dois artigos, um em cada revista. O primeiro, da USP (KUBOTA, SILVA; MASIOLI, 2014) traz um estudo sobre os aspectos da insônia relacionado ao desempenho ocupacional, que além de mostrar as repercussões na saúde, cita os aspectos da insônia que refletem no desempenho ocupacional. O segundo artigo, da UFSCar (BARROSO; MARCOLINO; SIQUEIRA; 2015) traz uma revisão sistemática dos reflexos do trabalho em turno em controladores de tráfego aéreo, mostrando que as principais repercussões são na saúde e nas ocupações como, participação social e em outras atividades significativas.

Conhecendo os possíveis efeitos que a alteração do sono pode trazer às ocupações das pessoas, vê-se a importância de avaliar o quanto e quais ocupações são mais afetadas. Entretanto, encontram-se poucos estudos terapêuticos ocupacionais relacionados a esta área e nenhum protocolo que mensure ou rastreie especificamente as áreas de ocupações mais afetadas pela alteração do sono, tornando relevante, dentro da Terapia Ocupacional, estudos e avaliações específicas que evidenciem as consequências da alteração do ciclo vigília-sono nas ocupações e na saúde, no caso deste estudo, os trabalhadores noturnos da equipe de enfermagem.

Desta forma, o objetivo geral desta pesquisa foi criar e validar parcialmente um protocolo que avalie as repercussões da alteração do ciclo vigília sono nas ocupações. Para isso, os objetivos específicos foram construir um instrumento avaliativo que identifique as repercussões ocupacionais da alteração do ciclo vigília-sono; submeter o instrumento avaliativo aos procedimentos necessários para sua validação, mesmo que parcial; identificar as ocupações comprometidas pela alteração do ciclo vigília-sono e escrever as consequências da alteração ocupacional para a saúde e bem-estar dos sujeitos pesquisados.

No primeiro capítulo descrevemos o ciclo vigília-sono, suas funções e fases, alterações e repercussões dessas alterações em profissionais da enfermagem. No capítulo 2 trazemos conceitos de ocupação, sua importância para saúde e bem estar mediante ao equilíbrio ocupacional. Discorremos ainda neste capítulo sobre o sono como ocupação emergente na prática da Terapia Ocupacional, bem como a ausência de instrumentos específicos da área para avaliação desta ocupação.

O estudo tem continuidade com o capítulo 3 que apresenta a profissão de enfermagem e quais as repercussões na saúde e nas ocupações destes trabalhadores. Nos demais capítulos descrevemos a metodologia do estudo (capítulo 4) que inclui o processo de criação e validação de protocolo, bem como o estudo piloto realizado, coleta de dados e análise dos resultados. Estes, detalhados no capítulo 5 e discutidos no capítulo 6. Nas considerações finais (capítulo 8) destacamos nossos resultados como próximo passo para uma longa jornada até a validação total do instrumento.

2 O CICLO VIGÍLIA-SONO

Cada ser humano possui um ritmo biológico característico, que determina o desempenho de órgãos e sistemas em um ciclo de 24 horas, identificado como ciclo vigília-sono (XAVIER;VAHETTI, 2012; NADER; CHROUSOS; KINO, 2010). O ciclo vigília-sono é um ritmo circadiano que em condições naturais sincroniza com fatores ambientais e oscila com um período de 24 horas (CARDOSO ET AL, 2009).

A alternância do dia-noite/claro-escuro, os horários escolares, os horários de trabalho, horários de lazer, as atividades familiares, todos estas consideradas fatores exógenos (CARDOSO ET AL, 2009).

Há também o regulador endógeno, o qual origina o sono por uma estrutura neural localizada no hipotálamo, o núcleo supraquiasmático, considerado o relógio biológico para os mamíferos (CARDOSO ET AL, 2009).

Endogenicamente, a **vigília** é controlada pelo hipotálamo e a glândula hipófise que, por sua vez, regulam a função de várias glândulas endócrinas, em destaque as glândulas adrenais, as quais são responsáveis pela liberação do hormônio cortisol. Este aumenta, nas últimas etapas do sono humano, para prepara-lo para a vigília, ou seja, o cortisol é responsável pela vigília nos seres humanos (ROCHA, MARTINO, 2010; FERNANDES, 2006).

O sono é um fenômeno biológico, ativo, individual, de sobrevivência, é um estado funcional, reversível e cíclico, com algumas manifestações comportamentais características (SOUZA; GUIMARÃES, 1999).

Já o sono, de acordo com Fernandes (2006), é um estado fisiológico rudimentar que ocorre de maneira cíclica. Para esta autora, definir o sono é uma tarefa difícil, tanto do ponto de vista fisiológico quanto comportamental tendo em vista a natureza não homogênea das diferentes etapas do sono quando avaliado por registros poligráficos. De acordo com Martino (2009), diferentemente da vigília, o sono é a reversibilidade da reatividade a eventos do meio ambiente e apresenta em seus padrões, ondas eletroencefalogramas diferentes da vigília.

Durante o sono o indivíduo mantém-se de olhos fechados ou entreabertos e não mostra interação produtiva com o ambiente, assim o sono é comparado ao coma, onde a reatividade a estímulos auditivos, visuais, táteis e dolorosos é reduzida ou abolida em relação à vigília, porém diferentemente ao coma, o sono é reversível espontaneamente e mais ou menos programado ao longo do tempo (FERNANDES, 2006).

Para Martino (2009) a população pode ser dividida em três tipos básicos de sono: 1) Matutinos, que são aquelas pessoas que naturalmente acordam bem cedo, entre 5 e 7 da manhã e se encontram aptas para o trabalho em um nível de alerta muito bom e preferem

dormir por volta das 23 horas; 2) Aqueles que acordam naturalmente muito tarde, entre 12 às 14 horas, que espontaneamente dormirão em torno das 2 às 3 horas e 3) Aquelas pessoas para as quais é indiferente acordar mais cedo ou menos cedo. Há ainda, de acordo com a autora, os pequenos dormidores, que precisam de no máximo 5h30 à 6 horas de sono e os grandes dormidores que necessitam de 8h30 à 9 horas de sono.

Portanto, a necessidade diária de sono varia individualmente e de acordo com a idade. Contudo, os adultos necessitam de no mínimo 7 horas de sono e que pessoas que dormem menos de 3 horas de sono por dia dificilmente não apresentem qualquer comprometimento físico, mental ou intelectual (FERNANDES, 2006).

O sono possui várias funções fisiológicas que são de importância significativa para o equilíbrio da sobrevivência do homem. Algumas funções como a consolidação da memória e aprendizagem humana, a manutenção da temperatura corpórea, a restauração e conservação de energia, rejuvenescimento do corpo e as reposições energéticas do metabolismo cerebral fazem parte do papel do sono (CARDOSO et al , 2009; XAVIER, VAHETI, 2012).

Júnior (2010) destaca a importância do sono para a regulação do organismo, como os sistema imunológico, hormonal e recomposição de neurotransmissores. Para este autor, o sono é essencial para a melhora do humor, da atenção, energia, raciocínio, produtividade, segurança, saúde e longevidade.

Para Martino (2009) o sono é fundamental para a reposição de energias para o próximo dia, para o equilíbrio metabólico, bem como para o desenvolvimento físico e mental. Além disso, o ciclo vigília-sono mostra que o este é um importante marcador biológico, tendo em vista sua capacidade em estabelecer normas sociais, pois a falta de sono pode trazer desajustes aos padrões culturais, fisiológicas, bem como emocional e mental (MARTINO, 2009).

Assim vê-se a importância da manutenção da arquitetura do sono para a preservação do ciclo vigília-sono, pois de acordo com a cronobiologia, ciência que estuda a dimensão temporal da matéria viva, acredita que todas as espécies possuem um ritmo biológico determinado por mecanismos presentes nos próprios organismos. Na espécie humana os ritmos podem ser comumente classificados em sincronizadores exógenos, sincronizadores de natureza social e sincronizadores endógenos (SILVA; MARTINO, 2009).

Os sincronizadores exógenos são determinados por fatores como a iluminação, horário de repouso, entre outros, que também podem ser conhecidos como *zeitgebers* (do alemão *zeit*=tempo, *geber*=doador), estes igualmente produzem o ritmo circadiano do sono,

determinado por fatores externos ao organismo (SILVA; MARTINO, 2009; MARTINO, 2009).

Os sincronizadores sociais definem a maioria dos horários em torno dos quais a sociedade se organiza durante as 24 horas do dia, como por exemplo os horários de funcionamento dos serviços, das escolas, do transporte público, do lazer. Geralmente, a maioria das atividades ocorre durante o dia e, à noite o descanso e o sono (SILVA; MARTINO, 2009).

Já os sincronizadores endógenos, são de caráter fisiológico determinado geneticamente e por pistas temporais (IZU; ET AL, 2011), ressalta-se ainda que os sincronizadores mantêm relações precisas entre si, que fatores exógenos influenciam diretamente nos endógenos, bem como os sincronizadores sociais interferem tanto nos ritmos endógenos quanto exógenos e vice-versa (SILVA; MARTINO, 2009; IZU; ET AL, 2011).

O ciclo vigília-sono é um ritmo biológico de caráter endógeno (IZU; ET AL, 2011) regulado pelo núcleo supraquiasmático, localizado no hipotálamo - estrutura neural considerada o relógio biológico dos mamíferos (CARDOSO; ET AL, 2009), entretanto este ciclo não é rígido, podendo ser alterado de acordo com as informações provenientes do meio interno e externo (SILVA; MARTINO, 2009).

O ciclo vigília-sono pode ser medido por três variáveis fisiológicas: Eletroencefalograma (EEG) registra atividade elétrica cerebral, Eletro-oculograma (EOG) que registra os movimentos oculares e Eletromiograma (EMG) mede as atividades musculares (ALOÉ;AZEVEDO; HASAN, 2005; FERNANDES, 2006). Por meio destas variáveis é possível distinguir 2 padrões de sono: sem movimento oculares rápidos (NREM) e com movimentos oculares rápidos (REM). O sono NREM é composto por 4 etapas gradativas correspondendo as fases I, II, III e IV (FERNANDES, 2006).

No sono NREM há relaxamento muscular, que em comparação à vigília, mantém-se sempre alguma tonicidade basal. Nesta etapa o EEG exhibe aumento progressivo de ondas lentas, conforme avança da fase I para a fase IV do sono NREM. Durante a vigília predomina o sono alfa, uma atividade elétrica cerebral de 8 a 13 ciclos por segundo a qual passa a se fragmentar conforme se inicia a sonolência, que se caracteriza como fase I do sono NREM, nesta fase os movimentos oculares são de padrão lento e ondulante. Aprofundando para a fase II do sono NREM, há um aumento no componente de ondas delta (ondas de média amplitude) e a respiração torna-se regular. As fases III e IV compõem o chamado sono delta ou de ondas lentas, onde atinge-se máxima regularidade cardiorrespiratória (FERNANDES, 2006)

As características do sono NREM são relaxamento muscular com manutenção do tônus, progressiva redução de movimentos corporais, aumento progressivo de ondas lentas no EEG (20 a 50% de ondas delta em sono III e mais de 50% em sono IV, além de ausência de movimentos oculares rápidos e respiração profunda com eletrocardiograma regulares (FERNANDES, 2006)

Já o sono REM pode ser chamado de sono paradoxal e de sono dessincronizado. Neste padrão, apesar da inibição motora, há liberação fásica de atividade muscular de localização multifocal. No sono REM ocorrem hipotonia ou atonia muscular, movimentos fásicos e mioclonias/emissão de sons, movimentos oculares rápidos, EEG com predomínio de ritmos rápidos e de baixa voltagem, respiração e eletrocardiograma irregulares e os sonhos (FERNANDES, 2006)

De acordo com Fernandes (2006) o sono noturno em condições normais inicia pela fase I do sono NREM, de duração aproximada de 10 minutos, havendo aprofundamento para a fase II, onde torna-se mais difícil o despertar do indivíduo, e após 30 a 60 minutos do início desta fase ocorrem as fases III e IV do sono NREM, depois de aproximadamente 90 minutos ocorre o primeiro sono REM de duração de 5 a 10 minutos nas primeiras horas de sono (Figura 1).

Em adultos, à medida que se avança nos ciclos do sono, passa-se cada vez mais tempo na fase I (PINEL, 2005) em extinção as fases III e IV, havendo apenas alternâncias entre as fases I, II e o sono REM (FERNANDES, 2006).

Na saída do sono REM para a fase I do sono NREM, pode acontecer microdespertares, de 3 a 15 segundos de duração, posteriormente avança-se para as outras fases do sono NREM. Assim, completa-se cerca de 5 a 6 ciclos de sono nREM-REM, durante uma noite de 8 horas de sono (FERNANDES, 2006). Segundo esta autora, os despertares podem ocorrer a qualquer momento durante o sono, a partir de qualquer fase, espontaneamente ou não.

Nos adultos, na primeira metade da noite, ocorrem as fases III e IV, em alternância com as demais fases, porém o sono III e IV tende a não ocorrer na segunda metade da noite e no amanhecer havendo alternâncias apenas entre as fases I, II e sono REM (FERNANDES, 2006).

Segundo Fernandes (2006), em condições absolutamente normais, as proporções de tempo de cada fase do sono durante a noite são: 5 a 10% de fase I; 50 a 60% de fase II; 20 a 25% de fase III e IV e 20 a 25% de sono REM. E a soma destas proporções levam a eficiência do sono, que compreende a proporção do tempo que a pessoa dorme em relação ao tempo

total e que se manteve na cama para o sono noturno, sendo considerado sono normal a partir de 85% (FERANDES, 2006; CARDOSO, 2009)

Entretanto, o ciclo vigília-sono pode sofrer alterações tanto exógenas quando endógenas, dentre as principais causas destas mudanças, destaca-se o trabalho noturno com privação do sono (XAVIER; VAHETTI, 2012), envelhecimento (ARAÚJO; CEOLIM, 2010), pois à medida que envelhecemos a quantidade e sono decresce, sendo maior na infância, o qual após o sexto mês de vida até aos 5 anos de idade diminui 30 minutos por ano (MÜLLER; GUIMARÃES, 2007), ao estresse, visto como um dos principais fatores desencadeantes da insônia, já que o mesmo, bem como a vigília, desencadeiam a atividade do eixo hipotálamo-pituitária-adrenal (HPA) que ocasiona o despertar (ROCHA; MARTINO, 2010), atividades acadêmicas, onde os estudantes entram em conflitos em terem de escolher entre manter a regularidade do ciclo vigília-sono ou responder às obrigações acadêmicas (CARDOSO, 2009).

Estudos cronobiológicos do ciclo vigília-sono mostra que o este é um importante marcador biológico, tendo em vista sua capacidade em estabelecer normas sociais, pois a falta de sono pode trazer desajustes aos padrões culturais, fisiológicas, bem como emocional (MARTINO, 2009) e ainda podem acarretar alterações significativas no funcionamento físico, ocupacional, cognitivo e social da pessoa, além de comprometer substancialmente a qualidade de vida (CARDOSO et al, 2009).

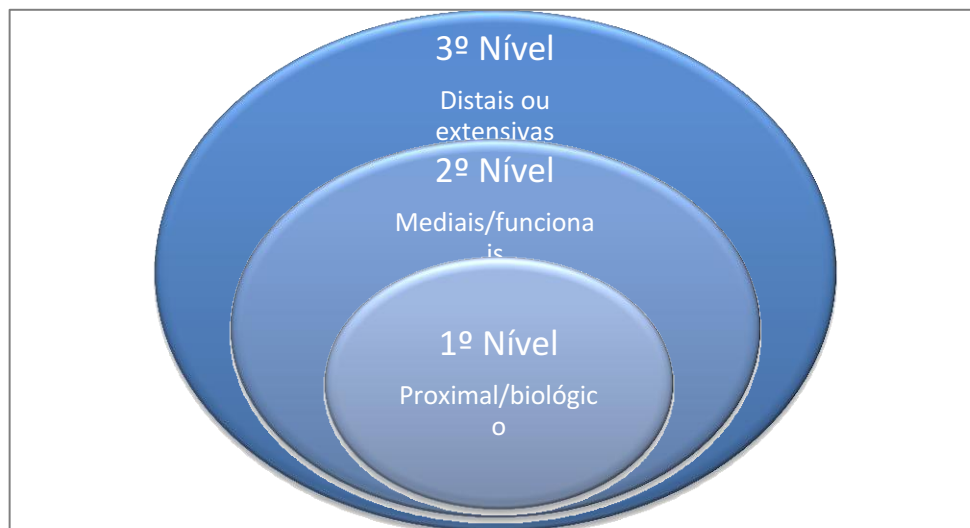
Müller e Guimarães (2007) consideram que existem três níveis de consequência dos distúrbios do sono e que afetam a qualidade de vida das pessoas acometidas (diagrama 1). O primeiro nível refere-se às consequências imediatas ao organismo e incluem alterações fisiológicas como cansaço fadiga, falhas de memória, dificuldade de atenção e concentração, hipersensibilidade para sons e luz, taquicardia e alteração de humor. No segundo nível estão as implicações mais funcionais observadas em médio prazo, com efeitos nas atividades cotidianas como absenteísmo no trabalho, aumento de riscos de acidentes, problemas de relacionamento e cochilo ao volante. No terceiro nível estão as consequências extensivas observáveis em longo prazo como a perda do emprego, sequelas de acidentes, rompimento de relações, surgimento e agravamento de problemas de saúde.

Fisicamente, a dessincronização pode causar sonolência diurna, insônia com dificuldade de dormir na hora do novo “marcador de tempo” social, bem como distúrbios gastrointestinais eventuais, astenia ou sensação de fome em momentos inadequados, fadiga e queda no desempenho físico. Se estas alterações forem constantes pode haver riscos de

desenvolvimento de várias doenças, como doenças cardiovasculares dentre outras (MARTINO, 2009).

Cognitivamente, a privação do sono pode repercutir em baixo desempenho tanto em tarefas físicas quanto mentais e também produzir irritabilidade, dificuldade de memória e concentração, cansaço mental, apatia, negligência (MARTINO, 2009), bem como redução da capacidade em manter atenção e de velocidade de resposta (ARAÚJO; CEOLIM, 2010).

Diagrama 1- Relação dos níveis de consequência oriundas dos distúrbios do sono.



Fonte: Criado pelas pesquisadoras a partir do trabalho de Müller e Guimarães (2007).

Socialmente e ocupacionalmente a alteração do ciclo vigília-sono pode trazer repercussões na produção e na qualidade do trabalho ou assistência prestada (JÚNIOR, 2010) devido ao aumento da sonolência e conseqüente diminuição da vigilância, com prejuízos na segurança pessoal e conseqüente aumento do número de acidentes (CARDOSO, 2009; ROCHA; MARTINO, 2010), na dinâmica de vida familiar, social (XAVIER; VANHETTI, 2012) podendo ser ocasionado por endurecimento de atitudes pessoais (MARTINO, 2009).

A literatura ainda indica que a baixa qualidade do sono pode ser indicativo de sofrimento psíquico ou mental (PEREIRA et al, 2010; CARDOSO, 2009; FERNANDES, 2006).

Como pode-se observar o sono influencia de forma expressiva em funções primordiais na vida do indivíduo, assim as alterações do ciclo sono-vigília podem ter graves conseqüências em diversas áreas de ocupação do ser humano, sejam elas nas atividades de vida diária e até na participação social (CARDOSO et al , 2009).

3 SONO, OCUPAÇÃO E TERAPIA OCUPACIONAL

A palavra ocupação deriva do latim *ocupacio* que quer dizer sentido de aprender, tomar posse (YERXA, 1993). Já para o dicionário da Língua Portuguesa, ocupação é o ato de ocupar (se), atividade, serviço ou trabalho manual ou intelectual (FERREIRA, 2001).

O ser humano tem uma necessidade ingênita de fazer coisas, criar, arrumar, construir, mudar conforme sua necessidade, aprender, ensinar, entre outras tantas coisas, afinal, viver é sua ocupação (SILVA, 2011). Assim, pode-se compreender a ocupação como um aspecto central da experiência humana. Ela brota de uma tendência inata e espontânea do sistema humano, na ânsia de explorar e dominar o ambiente (SOUZA, CORRÊA, 2009).

Segundo Wilcock (1993) as pessoas se envolvem em ocupações devido a desconfortos oriundos das necessidades biológicas básicas, como o sustento, autocuidado, abrigo e segurança, que estimula a uma ação, sendo este o primeiro conjunto de necessidade para ocupação, de acordo com a hierarquia proposto por ele. No segundo conjunto, as necessidades são de proteção e prevenção, que são experimentadas como uma onda de energia que os impulsiona a adquirir e praticar as habilidades necessárias para solucionar problemas e planejar qualquer coisa que garanta a sua subsistência. O ultimo conjunto é relacionado ao engajamento imediato à ocupação, onde satisfazer essas necessidades produz a sensação de satisfação, propósito e realização.

De maneira geral a ocupação envolve habilidade mental, dimensão física, sempre tem um grau de significado pessoal, um contexto temporal, psíquico, social, simbólico, cultural, ético e/ou espiritual (SILVA, 2011) e no seu envolvimento ocorre a estruturação da vida cotidiana, contribuindo para a saúde e bem-estar da pessoa, grupo ou população (CAVALCANTI; DUTRA; ELUI, 2015).

Considerando saúde como um estado de completo bem estar físico, mental e social, e não somente ausência de doença (OMS 2006, p.1), Hocking (2011) defende que o engajamento em ocupações resulta em saúde assim como este é um recurso de suporte à ocupação, e a forma como as pessoas organizam suas ocupações podem apoiar ou prejudicar, tanto a saúde como o seu bem estar.

Bem estar, por uma perspectiva ocupacional, é originado das coisas que as pessoas fazem, as quais propiciam uma sensação de vitalidade, propósito, satisfação ou plenitude, bem como com as coisas que as pessoas planejam fazer no futuro (HOCKING, 2011).

Hocking (2011) acredita que por meio do envolvimento em ocupações pode-se obter a atividade física, o estímulo mental e a interação social necessários para manutenção do corpo, mente e comunidades saudáveis, bem como se expressar, desenvolver habilidades,

experimentalizar prazer e envolvimento e alcançar as coisas que acredita-se serem importantes. E apesar de existirem barreiras físicas, sociais ou atitudinais no ambiente que podem exacerbar um comprometimento ou até mesmo tornar a ocupação insustentável, pode-se melhorar o engajamento em ocupações se cuidadosamente estruturada, revisando as escolhas do estilo de vida e abordando as barreiras que limitam ou impedem a participação, melhorando assim a saúde e o bem estar das pessoas (HOCKING, 2011).

A autora destaca ainda que, embora a saúde sustente o engajamento em ocupações, do mesmo modo, a ocupação pode ameaçar ou destruir a saúde, ou seja, fazer muito, fazer pouco e fazer coisas que se expõe a risco pode, sem exceção, ter efeitos deletérios para a saúde e bem estar, havendo necessidade de equilíbrio ocupacional.

O equilíbrio ocupacional possui diversas definições, mas uma definição na qual a Terapia Ocupacional fundamentou-se inicialmente foi citada por Adolf Meyer, como o balanceamento entre diferentes áreas de ocupação como o trabalho, lazer, descanso e sono (DÜR, 2014), ou seja, um equilíbrio entre ocupações (WAGMAN, 2011). Mas para isso, Adolf Mayer, acreditava que se deve dar oportunidade as pessoas para que organizem seu tempo em rotinas normais de vida (GÓMEZ LILLO, 2006).

Gómez Lillo (2006) defende que para se chegar a essa organização e obter equilíbrio é necessário algum grau de adaptação, a qual, implica em ajuste ao meio ambiente de cada pessoa através de ações internas do indivíduo frente a diferentes desafios. Para esta autora, as pessoas devem continuamente fazer ajustes em sua forma de atuar na vida diária, com objetivo de organizar de forma mais satisfatória suas rotinas. Precisam adaptar as atividades ao tempo cronológico e orquestra-las de acordo com as suas necessidades, e se esta adaptação é adequada é possível obter um equilíbrio.

Estudos recentes mostram o equilíbrio ocupacional pela perspectiva sócio ecológica que considera as influências pessoais e contextuais (ANABY, 2010), isto é, fatores internos e externos influenciam na organização das ocupações, pois estas estão de acordo com as demandas impostas pela família, sociedade e cultura, considerados fatores externos a pessoa e de acordo com a capacidade de esforço e das habilidades de cada um, compreendidos como fatores internos (GÓMEZ LILLO, 2006). Isto quer dizer que o equilíbrio é uma experiência subjetiva individual e que sua percepção é pessoal (WAGMAN, HAKANSSON E BJÖRKLUND, 2011).

No estudo de Wagman, Hakansson e Björklund (2011) o equilíbrio ocupacional aparece relacionado a três perspectivas: a perspectiva por área de ocupação, relacionada o quanto as pessoas estão satisfeitas com suas ocupações; a perspectiva por características

ocupacionais, refere-se ao tipo de atividades, se possuem equilíbrio entre atividades mentais, obrigatórias, sociais, relaxantes, etc. e a perspectiva pelo uso do tempo, se o tempo gasto em suas ocupações é suficiente.

Para se organizar as atividades de forma equilibrada, é necessário considerar fatores externos como obrigações familiares ou sociais e grau de participação de outras pessoas e as características do ambiente que podem ser facilitadoras ou barreiras, também se deve considerar os fatores internos e pessoais como o grau interesse, necessidades, tolerância, metas, idades, gênero, fatores externos e internos que fazem do equilíbrio ocupacional um processo complexo e dinâmico (GÓMEZ LILLO, 2006).

Estes fatores impõem diferentes necessidades, obrigações e adaptações que nem sempre se pode administrar de forma adequada, fazendo com que o equilíbrio ocupacional seja instável, pois o grau de compromisso, quantidade, qualidade e intensidade de envolvimento em ocupações variam ao longo do tempo, além de fatores de personalidade ou condições de vida que podem gerar um desequilíbrio ocupacional, podendo ser um fator de risco para a saúde e bem estar das pessoas (GÓMEZ LILLO, 2006).

Segundo Anaby et al (2010) conflitos ou interferências entre ocupações sugere um falta de equilíbrio, entretanto Gómez Lillo (2006) acredita que nem sempre se consegue um adequado equilíbrio nas ocupações, por diversos motivos como quando não é mais conveniente realizar determinada atividade, quando se é obrigado por razões sociais, pela má distribuição do tempo para cada ocupação. Diante disso é pouco provável obter equilíbrio ocupacional total, mas que se forem desequilíbrios passageiros, geralmente não são considerados patológicos, o importante é manter um controle sobre as diversas situações de vida (GÓMEZ LILLO, 2006).

Deve-se atentar que ter um padrão ocupacional totalmente estável também não é adequado, pois a longa rotina diária seria cansativa e talvez agonizante, por isso é preciso ter controle sobre as escolhas, já que o desequilíbrio não tem repercussões apenas na própria pessoa, mas também afetam os outros e eventualmente a sociedade (GÓMEZ LILLO, 2006) bem como a saúde e bem estar (ANABY, 2010).

Em suma, as ocupações definem a identidade e senso de capacidade, influenciam como as pessoas gastam tempo tomando decisões, e possuem, para cada pessoa que a desempenha, um significado e um valor particular, pois as ocupações são construídas individualmente e coletivamente, e sofrem influência direta da cultura e contexto sócio histórico em que o homem está inserido, o auxiliando a criar sentido e significado aos seus fazeres, o que acarreta multidimensionalidades e complexidade às ocupações (CARLETO et

al, 2010). Os terapeutas ocupacionais reconhecem que é a partir da capacidade do envolvimento em ocupações que permite participação desejada ou necessária em casa, na escola, no local de trabalho e na vida comunitária que a saúde é apoiada e mantida.

Um dos documentos que classifica e descreve as ocupações é a “Estrutura da Prática da Terapia Ocupacional: Domínio e Processo” publicado pela AOTA em 2002, com o objetivo de apresentar um resumo dos constructos que descrevem a prática da Terapia Ocupacional (AOTA 2002). Por ser um documento oficial da AOTA, ele é revisado a cada cinco anos, com o objetivo de manter a integridade da Estrutura e mudar somente o indispensável para atualização e possíveis necessidades de aperfeiçoamentos ou alterações (CARLETO et al, 2010; CAVALCANTI; DUTRA; ELUI, 2015).

Nesta última revisão (feita em 2014), as ocupações são classificadas como: Atividades de Vida Diária (AVDs), Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs), Descanso e sono, Educação, Trabalho, Brincar, Lazer e Participação Social, todas descritas brevemente na Tabela 1 (CAVALCANTI; DUTRA; ELUI, 2015).

Quadro 1- Descrição das ocupações determinadas pela AOTA 2014.

OCUPAÇÕES	DESCRIÇÃO
Atividades de Vida Diária (AVDs)	Engloba atividades para o cuidado do indivíduo para com seu próprio corpo e permitem a sobrevivência básica e o bem-estar.
Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)	São atividades que apoiam a vida diária dentro de casa e na comunidade que, frequentemente, requer maior complexidade de interações do que o autocuidado usado na AVD.
Descanso e sono	incluem atividades relacionadas com o objetivo de obter descanso e sono restaurativo para apoiar a saúde e envolvimento ativo em outras ocupações.
Educação	Compreende atividades necessárias para a aprendizagem e participação no ambiente educacional.
Trabalho	Podem envolver ocupações comprometidas que são executadas com ou sem recompensa financeira.
Brincar	Qualquer atividade espontânea e organizada que ofereça satisfação, entretenimento, diversão e alegria.
Lazer	Atividades não obrigatórias motivada intrinsecamente realizada durante o tempo livre.
Participação Social	Atividades comunitárias e familiares ou aquelas que envolvem pares e amigos.

Fonte: Elaborado pelas autoras (2016) com base na tabela da Estrutura e Prática da AOTA 2014 (CAVALCANTI; DUTRA; ELUI, 2015, p. 19-22).

2. 1 O SONO COMO OCUPAÇÃO

O sono só foi considerado uma área de ocupação na revisão da Estrutura de 2008, antes disso, na primeira edição do documento em 2002, a AOTA o considerava como uma AVD (WATSON ET AL. 2014).

Segundo o documento, a mudança deve-se a importância dada por Adolf Mayer, precursor da Terapia Ocupacional, a estas áreas, pois está entre as quatro principais categorias de ocupação discutidas por ele, além da compreensão de que o descanso é o resultado do envolvimento em ocupações de todas as pessoas, e estas se envolvem no sono por várias horas ao longo do dia em sua vida, e que dormir significativamente afeta todas as áreas de ocupação. Desta forma, o benefício pretendido com a mudança foi evidenciar a importância de descanso e sono, especialmente àquelas que estejam relacionadas ao apoio ou envolvimento em outras áreas de ocupação (CARLETO et al, 2010).

Assim, em 2008, o Descanso e Sono é classificado como área de ocupação e definido como atividades relacionadas com o descanso, preparação para dormir, participação no dormir e sono. O descanso é compreendido como um estado de relaxamento, de repouso consequente de ações sem esforço que interrompe as atividades mentais e físicas e a preparação para dormir abarca rotinas que auto preparam a pessoa para que descanse confortavelmente; entende-se também como o estabelecimento de padrões pessoais e culturais para dormir. Já a participação no dormir abarca atenção às necessidades que garantam o início e sustento do sono, bem como o fornecimento de cuidados noturnos como monitoração do conforto e segurança dos outros componentes familiares enquanto dormem (CARLETO et al, 2010).

O sono é determinado como uma série de atividades que resultam em dormir, permanecer dormindo e objetiva garantir saúde e segurança através da participação no sono envolvendo-se com o ambiente físico e social (CARLETO et al, 2010).

Segundo Watson et al (2014), o sono é um componente básico para a saúde e bem estar das pessoas, não somente no nível individual, mas também na unidade familiar, portanto atender clientes com dificuldades no sono é uma área de emergência da Terapia Ocupacional, já que este, se adequado, fornece ótima base para a performance ocupacional, participação e engajamento nas AVDs.

Os terapeutas ocupacionais diante de suas habilidades para avaliar questões pessoais e ambientais que influenciam o sono, podem sugerir mudanças no ambiente, bem como ajudar as pessoas a se conscientizarem de seus hábitos e crenças, gerenciar seus níveis de estresse e modificar comportamentos que possam interferir no sono (WATSON T AL, 2014).

Porém, embora sejam conhecidos os efeitos do sono na vida das pessoas, ainda se vê poucos estudos da Terapia Ocupacional sobre o assunto, tampouco avaliações específicas sobre esta ocupação, que prejudicada pode interferir nas demais.

Rocha e Brunello (2011, p.44) dizem que avaliação “é determinar a ‘valia’ ou o ‘valor de’; apreciar ou analisar alguma coisa”. Uma boa avaliação está intimamente ligado a coleta de dados, observação da consequência de uma ação terapêutica, mensurar progressos, análise da eficácia de uma ação, trocas de experiências, otimizar a melhora do planejamento, entre outros.

Para o profissional de Terapia Ocupacional, no início de uma intervenção, traçar o perfil ocupacional de um indivíduo é de fundamental importância. O perfil ocupacional diz respeito a “um sumário de informações que descreve experiências e história ocupacional do cliente, padrões de vida diária, interesses, valores e necessidades” (CARLETO et al, 2010, p 88). O terapeuta utiliza a abordagem centrada no cliente, assim o profissional busca entender o que é relevante e significativo para o mesmo. Traçar o perfil ocupacional do cliente faz parte da avaliação do terapeuta ocupacional e a mesma deve ser realizada de forma contínua ao longo do tratamento.

A avaliação faz-se necessário ao longo do processo para diagnosticar situações específicas e funciona como pré-requisito para criar ações que sejam compatíveis com o diagnóstico e seja capaz de alterar a realidade (a realidade imposta por uma incapacidade, por exemplo). Para a elaboração de uma boa estratégia de intervenção a avaliação torna-se imprescindível para averiguar as causas das doenças e da funcionalidade (ROCHA E BRUNELLO, 2011).

A Organização Mundial de Saúde sugere que saúde não é apenas a falta de doença, mas que depende de inúmeros fatores. Tais fatores podem ser de origens pessoais, familiares, sociais, educacionais, ambientais, culturais, entre outros (ROCHA; BRUNELLO, 2011). A terapia ocupacional tem como foco de intervenção a disfunção ocupacional, ou seja, uma dificuldade que a pessoa enfrenta no seu cotidiano em realizar uma ocupação, independente da causa da dificuldade, tornando extremamente importante a avaliação para a identificação destas dificuldades (MELLO; MANCINI, 2011).

Como observado, a Terapia Ocupacional caminha junto com uma avaliação que seja eficaz, seja ela através da coleta de dados; ou através da escuta; ou da história ocupacional do indivíduo; através de entrevistas; e aplicação de protocolos que ajudam a mensurar uma determinada realidade demandada.

Dentro do processo terapêutico ocupacional, é fundamental que se faça uma avaliação bem sucedida, para que o restante do processo de intervenção tenha bons resultados. Porém, ao referir-se a avaliação do sono em Terapia Ocupacional, não há registro na literatura sobre validação de algum instrumento que quantifique e/ou rastreie as repercussões da má qualidade do sono nas ocupações da pessoas, sendo este o foco desta pesquisa.

4 A REPERCUSSÃO DA ALTERAÇÃO DO CICLO VIGÍLIA-SONO NA SAÚDE E OCUPAÇÕES DAS PESSOAS DE UMA EQUIPE DE ENFERMAGEM

Historicamente o ser humano organiza sua labuta diária em ciclos, pois desde o primitivismo institui rotinas que obedeciam ao sol, à lua e aos movimentos das estrelas. Já na Idade Média, devido à iluminação artificial insuficiente para execução de artesanato pelo período noturno as atividades laborais ocorriam diurnamente. Posteriormente, com a invenção da lâmpada, com as Revoluções Industriais o trabalho noturno tornou-se possível, objetivando maiores quantitativos produtivos e lucro (XAVIER; VAHETTI, 2012).

Atualmente, com o surgimento do terceiro setor produtivo, o de serviços, onde o atendimento às necessidades emergentes do cotidiano do homem contemporâneo, a diferença entre dia e noite passaram a ser menos distintas (XAVIER; VAHETTI, 2012). Entre os trabalhadores noturnos que vivenciam essa inversão de horários, estão os de equipe de enfermagem, os quais fornecem cuidados contínuos e ininterruptos ao longo de 24 horas aos pacientes, executando suas atividades em turnos variados, ou seja, com organização do trabalho em diferentes horários ou em horários fixos incomuns, como o trabalho noturno (SILVA; MARTINO, 2009).

A enfermagem surge como um serviço disposto pelas instituições religiosas, tendo como o objetivo o cuidado doméstico às crianças, aos doentes e aos velhos. A enfermagem possuía o caráter voluntário e curandeiro, porém sem nenhuma base científica. Foi a partir das descobertas microbiológicas e da medicina ligado as marcantes alterações nas relações de trabalho, principalmente na fase da revolução industrial, que a enfermagem solidifica o seu campo de trabalho (LOPES E LEAL, 2005).

Florence Nightingale foi responsável de erigir as bases científicas pelo mundo, que teve influência direta pelos lugares em que passava levando o cuidado aos doentes influenciada pelos conceitos religiosos de caridade, doação e humildade. Florence traz como proposta a adequação do ambiente para o cuidado e a divisão de trabalho de enfermagem. As palavras caridade, igreja e enfermagem por muitos anos andaram juntas. Com o surgimento do cristianismo que pregava o amor fraternal houve a transformação não apenas da sociedade, mas também contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento da enfermagem, tendo como questão central o “cuidar do outro” (PADILHA E MANCIA, 2005).

A enfermagem percorreu um longo caminho até a sua fundamentação teórica e seu reconhecimento como profissão. Hoje os profissionais que são responsáveis diretamente pelo cuidado com o paciente, são os profissionais da equipe de enfermagem. Trabalhadores que tem qualificação em três tipos de formação: enfermeiros, que possuem graduação em nível

superior; técnico de enfermagem, que corresponde ao ensino médio mais uma formação técnica; e o auxiliar de enfermagem, que desempenha atividades assistenciais e em processo qualificação para o nível técnico (LOPES E LEAL, 2005).

E diante da necessidade deste cuidado prestado aos pacientes ser ininterrupto, tornou-se indispensável implantar o trabalho em turnos. O trabalho em turnos é uma forma de organização da jornada diária do trabalho em diferentes horários do dia, podendo ocorrer fixamente ou em rodízio durante as 24 horas do dia, compreendendo os períodos matutino, vespertino e noturno (MARTINO; MENDES, 2012).

No Brasil a carga horária de trabalho semanal da enfermagem está entre 30 a 40 horas, sendo mais comum 36 horas por semana. Referindo-se à carga horária diária, existem turnos de 12 horas de trabalho seguido de 36 horas de descanso, turnos de 6 ou 8 horas por dia, modificando de acordo com as normas de cada instituição hospitalar (MARTINO; MENDES, 2012).

Porém, o trabalho em turno, sobretudo o do período noturno, pode trazer prejuízos ao trabalhador devido à dessincronização dos ritmos biológicos, incluindo a vigília-sono, com reflexos no relacionamento familiar devido à dificuldade de compatibilidade de horários e das adaptações dentro do próprio lar quando o trabalhador está em casa, como evitar barulhos para que este possa dormir, pode ocorrer ainda uma redução da comunicação familiar. Além disso, os relacionamentos sociais e o lazer também são afetados em decorrência da falta de sincronia entre horários do trabalhador e os da sociedade, bem como prejudicar as condições de saúde (OLIVEIRA ET AL, 2006, MARTINO; MENDES, 2012).

Há na literatura diversos estudos sobre a alteração do sono em enfermeiros e as repercussões na saúde e na participação na vida familiar, comunitária, no lazer e no próprio trabalho. Nos estudos de Martino (2009), realizado com 36 enfermeiros dos períodos diurno e noturno, com objetivo de analisar a arquitetura do sono após o turno noturno e a estrutura rítmica circadiana de enfermeiros através do estudo das características do ciclo vigília-sono, mostrou que, em relação à saúde, 50% dos enfermeiros pesquisados relataram ganho de peso corporal, 44,83% dores de cabeça, 42,86% distúrbios do apetite e 34,48% irritabilidade, em relação aos distúrbios neurológicos 53,7% às vezes sentem dificuldade de raciocínio.

Estes resultados confirmam os estudos de Silva et al (2011), com 42 enfermeiros no Hospital Universitário de Santa Maria/RS/Brasil, onde 27 (57,14%) enfermeiros do turno noturno percebem alterações na saúde, como má qualidade no sono ou repouso, cansaço ou desgaste, ganho ponderal, mal estar gástrico, estresse entre outras devido a privação do sono noturno.

Ganho ponderal e mal estar gástrico podem estar relacionados aos maus hábitos alimentares adquiridos durante o trabalho, pois na tentativa de manterem-se acordados, estes trabalhadores fazem lanches coletivos (SILVA ET AL, 2011). Em sua pesquisa, Martino (2009) relata que 81.1% dos enfermeiros entrevistados afirmam tomar café para vencer a sonolência. Entretanto, Silva et al (2011) esclarece que o ganho de peso, relatado em ambas as pesquisas citadas, pode ser decorrente da impossibilidade da prática de atividade física, principalmente nos dias após ao trabalho, e que esta impossibilidade poderá ser influência do sono e do cansaço ou desgastes físico e mental oriundos do trabalho.

Percebe-se assim que embora alguns fatores sejam estudados separadamente, no fim estão todos correlacionados à saúde destes trabalhadores, ou seja, demandas do ambiente físico causada pelo trabalho influenciam no contexto pessoal, que logo deverá repercutir nas outras ocupações destes trabalhadores.

Uma ocupação prejudicada descrita indiretamente por Silva et al (2011) é a participação social, já que os enfermeiros do turno noturno se sentem isolados e com dificuldade de participar de acontecimentos sociais e festejos comemorativos, pois suas atividades de trabalho não coincidem com as das pessoas que os cercam.

Para os trabalhadores do turno noturno, outra ocupação que pode ser comprometida é o lazer, principalmente pela incompatibilidade de horários. Para estes trabalhadores, resta o final de semana para as atividades de lazer, já que durante a semana estas costumam ser planejadas aos fins de tarde ou à noite para atender a grande maioria que trabalha durante o dia. Como descansa durante o dia, resta o final de semana, porém ainda assim, deverá abdicar do descanso para estar com a família e/ou desenvolver atividades de lazer (OLIVEIRA et al, 2006).

Em estudo de revisão de literatura sobre as características dos distúrbios de sono mais frequentes na população geral e suas implicações sobre os comportamentos, a rotina diária e a qualidade de vida das pessoas nestas condições, que inclui o transtorno do sono por trabalhos em turno, Müller e Guimarães (2007) destacam que em relação ao trabalho, o absentéismo e a diminuição na qualidade e na produtividade do trabalho, além de aumento de riscos de acidentes devido aos déficits cognitivos como desatenção, baixa concentração e falhas de memória, são os principais fatores prejudicados devido os distúrbios do sono.

Isto mostra o trabalho como mais uma ocupação que pode ser prejudicada devido à alteração do sono, pois o engajamento satisfatório fica afetado devido os prejuízos em algumas funções do corpo. Ou seja, uma vez que o trabalho prejudica o ciclo vigília-sono

este, prejudicado, terá repercussão no desempenho no trabalho por conta das alterações de funções cognitivas, atenção, memória, como citados no parágrafo anterior.

Segundo Ferreira e Martino (2012), o aumento nos níveis de sonolência deve ser considerado como preditor de ocorrências de acidentes de trabalho ou erros na assistência de enfermagem, assim como diminuição da motivação no trabalho (LIMA; SOARES; SOUZA, 2008).

Boa parte dos estudos que pesquisaram sobre a alteração do ciclo vigília-sono, ciclo circadiano ou sobre transtorno do sono, descrevem pelo menos uma repercussão ocupacional na vida dessas pessoas. Entretanto, foram encontrados apenas dois estudos da Terapia Ocupacional sobre o sono, porém sem utilizar de um instrumento próprio de rastreamento das principais ocupações acometidas pela alteração do ciclo vigília-sono.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Este é estudo quantitativo que é caracterizado pelo uso da quantificação, tanto na coleta quanto no tratamento das informações, utilizando-se técnicas estatísticas, objetivando resultados que evitem possíveis distorções de análise e interpretação, possibilitando uma maior margem de segurança (DALFOFO, 2008).

De caráter descritivo, pois objetiva descrever as características de determinado fenômeno, para isto usa de técnicas padronizadas de coletas de dados, como questionários (KAUARK; MANHÃES; MEDEIROS, 2010).

5.2 PÚBLICO ALVO

Através da leitura da literatura disponível que trata do assunto, pudemos inferir que o ciclo vigília-sono prejudicado em enfermeiros podem acarretar em um desempenho ocupacional no trabalho insatisfatório e perigoso, trazendo riscos aos pacientes por estes atendidos, além de prejuízo não só na saúde física e/ou social e/ou mental, mas também na saúde ocupacional destes trabalhadores, à medida que sua participação e envolvimento em outras ocupações fundamentais para o bem estar pessoal, como as Atividades Instrumentais de Vida Diária, participação social, lazer, autocuidado, descanso e o próprio sono, encontram-se limitadas ou impedidas por conta da alteração no ciclo vigília-sono.

Em suma, trata-se de profissionais da área da saúde, tendo sua própria condição de saúde integral comprometida por uma rotina trabalhista que pouco leva em consideração seu ciclo vigília-sono no cumprimento de escalas de trabalho. Desta forma, nos interessamos por este público, com intuito de colaborar com a literatura já existente para que se busque melhorias no regimento trabalhista onde se considere a importância da qualidade do sono para o melhor desempenho de enfermeiros e técnicos de enfermagem e assim haja melhor satisfação destes profissionais em suas ocupações quanto dos pacientes por estes atendidos. Além de contribuir com a prática da Terapia Ocupacional ao criar um protocolo que rastreie qual ou quais ocupações são mais afetadas pela alteração do ciclo vigília-sono do cliente/paciente.

Assim sendo, a pesquisa foi realizada com a equipe de enfermagem do Hospital Regional Dr. Abelardo Santos, localizado no Distrito de Icoaraci pertencente a capital Belém do Estado do Pará. Atualmente a instalação provisória do Hospital Abelardo Santos faz cerca de sete mil atendimentos por mês. A urgência e emergência faz atendimento em clínica médica e pediátrica (com auxílio de exames laboratoriais, raio-x e ultrassom). A Unidade de

Cuidados Intensivos (UCI) Neonatal tem doze leitos, e a maternidade, mais doze, que estão sempre em uso. Dentre os atendimentos que o hospital oferece, encontra-se o Médico, Terapêutico Ocupacional, enfermagem entre outros atendimentos.

5.3 ETAPAS

5.3.1 Questões Éticas

A pesquisa foi submetida ao “Comitê de Ética em Pesquisa” (CEP) do Instituto de Ciências da Saúde, Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Abelardo Santos bem como à Plataforma Brasil e aprovada sob o número de parecer 1.516.769 (ANEXO A). E com base na Resolução 466/2012, todos os sujeitos de níveis educacionais diferentes, Terapeutas Ocupacionais e os profissionais de enfermagem que aceitarem participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE específico a sua condição (APÊNDICE A, B e C) o qual, após explicação dos objetivos do estudo, finalidades dos resultados, riscos e benefícios da pesquisa foi entregue em duas vias, ficando uma com o sujeito da pesquisa e outra com as pesquisadoras.

5.3.3 Processo de criação e validação de protocolo

Não se sabe com exatidão quantos instrumentos existem sobre a avaliação do sono. Entretanto, Lomelí et al (2008) em estudo de revisão de literatura sobre escalas de sono, encontrou trinta e oito artigos, os quais foram organizados em três grupos de acordo com a faixa etária para crianças, adolescentes e adultos. Em geral, os instrumentos encontrados avaliam a hora de dormir, duração do sono, distúrbios do sono (dia e noite), tempo acordado, ronco, percepção do sono em relação à ocupação diária, distúrbios ou alterações do sono, fisiologia do sono, qualidade do sono, latência do sono, ou seja, grande parte avalia apenas hábitos, características fisiológicas e relação entre meio social, cultural com condições do ritmo cronobiológico (LOMELÍ et al, 2008).

Diante do fato de não termos encontrado instrumentos de avaliação terapêutica ocupacional sobre a repercussão do sono nas ocupações, considerou-se necessário a construção e a validação, mesmo que parcial, de um instrumento de auxílio a prática do Terapeuta Ocupacional.

Validação é o processo de tornar válido, legítimo, correto, utilizável (FERREIRA, 2001), em relação ao protocolo está relacionada à verificação de um determinado instrumento, se o mesmo mede aquilo que se propõe a medir (HORA, MONTEIRO E AICA, 2010).

Nunes (2011) descreve dois tipos de avaliação, uma avaliação padronizada, que possui validade e confiabilidade, baseada em modelo teórico que propicia a construção da medida de avaliação e a avaliação intuitiva, que não se sustenta por muito tempo devido sua provável aleatoriedade, com certa quantidade de itens com perguntas que passa por transformações constantes até sua completa descaracterização. Há também dois tipos de validação de instrumento padronizado: uma relacionada a construção de um instrumento e a outra relacionada a instrumento originário de outra cultura (NUNES, 2011) ou adaptação transcultural (AMARAL et al, 2011).

No Brasil, há ainda poucos estudos que descrevem o processo de validação de instrumentos de avaliação. Porém, embora ainda não haja esclarecimentos precisos sobre o processo de validação de questionários, observa-se na literatura um processo comum, em três etapas, a qual começa pelo procedimento teórico, seguida de procedimentos empíricos e posteriormente os procedimentos analíticos (NUNES, 2011; MAYER et al, 2005; PASQUALI, 1998).

Reppold, Gurgel, Hutz (2014) ainda descreve uma última etapa corresponde as evidencias de validade baseadas com variáveis externas convergentes, que equivalem à correlação com scores convergentes ou divergentes de outros instrumentos que assumem magnitude e direção coerentes com as expectativas formuladas com base na literatura (REPPOLD; GURGEL, HUTZ, 2014), porém, neste estudo considerou-se apenas as três primeira fases.

Ainda há na literatura, uma confusão entre validade e confiabilidade. De acordo com estes autores, Ainda não há um formalismo matemático para se dizer se uma escala é válida ou não, por esse motivo muitos pesquisadores avaliam a validade da escala pelo nível de confiabilidade desta, que refere-se a isenção de erros aleatórios, ou seja, verifica a constância dos resultados (HORA; MONTEIRO; AICA, 2010, p. 6).

A primeira fase, o procedimento teórico, é a construção do instrumento e implica escolha e especificações das categorias a serem medidas, dimensionalidade (correlação semântica entre os itens, se estes são distintos ou interdependentes, uni ou multifatorial), definições constitutivas (definição de conceitos por outros conceitos) e operacionais (definição de comportamentos específicos que devem representar o constructo), operacionalização e construção dos itens, análise dos itens e instrumento piloto (REPPOLD; GURGEL, HUTZ, 2014; NUNES, 2011; PASQUALI, 1998).

Segundo Pasquali (1998), dentro do procedimento teórico, ainda existe a análise teórica, que compreende a dois procedimentos: análise semântica dos itens e análise dos

juízes. A análise semântica tem o objetivo de verificar se os itens são compreensíveis, já a análise dos juízes, às vezes chamada de análise de conteúdo, procura verificar a adequação dos itens comportamental, se os itens estão se referindo ao traço em questão.

Para Mayer (2005) a análise semântica ou validade de face, diz respeito ao grau de dificuldade na leitura do protocolo, nível de compreensão das questões, clareza nas alternativas de resposta, presença de erros de tipografia/ caracteres, tamanho da letra e a extensão do protocolo. Para esta análise é necessário aplicar com pessoas de diferentes graus de ensino, afim de verificar se os itens são compreensíveis para os membros á qual o instrumento se destina e evitar deselegância na formulação dos itens (PASQUALI, 1998). E a análise dos juízes ou validade de conteúdo refere-se ao julgamento técnico a respeito da inclusão ou exclusão de itens no protocolo.

Quanto à análise de juízes, Pasquali (1998) acredita que pelo menos seis peritos devem julgar os itens, onde serão aprovados aqueles itens que obtiverem pelo menos 80% de concordância entre os juízes. Entretanto, encontra-se estudos que consideram 75% de concordância como mínimo aceitável (BRANCO; GUERRA; MACHADO, 2012).

Quanto ao número de itens, Pasquali (1998) sugere que os instrumentos tenham em média 20 itens. É comum encontrar escalas com mais de 150 itens, os tornando impraticáveis para obter colaboração com o sujeito enquanto outros não passam de 30 perguntas, as quais às vezes são obtidas de instrumentos longos, e os torna mais útil tanto para pesquisa quanto para uso clínico (LOMELÍ et al, 2008).

As outras duas fases do processo referem-se aos procedimentos empíricos e analíticos. Os procedimentos empíricos ou experimentais equivalem ao planejamento da pesquisa, definição das etapas e técnicas da aplicação do instrumento piloto e coleta de dados. (REPPOLD; GURGEL, HUTZ, 2014; PASQUALI, 1998).

Já o procedimento analítico visa estabelecer os procedimentos de análises estatísticas a serem efetuadas sobre os dados pra validar o instrumento (PASQUALI, 1998). Nesta fase estão incluídos a análise fatorial e de fidedignidade, que permite verificar quantos fatores do objeto o instrumento mede (FILHO; PEREIRA; SCOARIS, 2009). A outra análise refere-se ao grau de precisão do teste como instrumento de medida, se esta mede sem erros, ou seja, verifica a consistência interna do instrumento (FILHO; PEREIRA; SCOARIS, 2009). Em geral, esta análise é feita pelo coeficiente alfa de Cronbach, o alfa mede a correlação entre respostas em um questionário através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes (HORA; MONTEIRO; AICA, 2010).

Na primeira versão da Avaliação Terapêutica Ocupacional Sobre o Sono- ATOSS (APÊNDICE D), construída nessa pesquisa, a especificação das categorias foi determinada pelas indicações da literatura sobre as áreas de ocupações evidentemente prejudicadas pela alteração do ciclo vigília-sono (quadro 2), bem como aquelas não citadas, mas não poderiam ser excluídas por serem ocupações determinadas pela *American Occupational Therapy Association* (AOTA) (CAVALCANTI; DUTRA; ELUI, 2015). Assim, selecionamos AVD, AIVD, Descanso e sono, Educação, Trabalho, Lazer e participação Social.

Os itens foram elaborados seguindo as ocupações específicas de cada área de ocupação, considerando tanto o preparo quanto a participação em cada uma. Onde o preparo foi compreendido como o processo para a realização da atividade, que abrange a escolha de objetos, de espaços físicos, entre outras coisas, e a participação como o envolvimento ativo na realização das ocupações (CAVALCANTI; DUTRA; ELUI, 2015).

Quadro 2: principais áreas afetadas pela repercussão do sono.

Principais áreas afetadas	Principais alterações/sintomas
Físicas/Biológicas	Fadiga, agravamento de problemas cardiovasculares, problemas gastrintestinais, dores de cabeça, ganho de peso (SILVA; MARTINO, 2009; MÜLLER; GUIMARÃES, 2007; MEDEIROS et al, 2009; MARTINO; MENDES, 2012).
Psicológicas	Distúrbios de humor, depressão, ansiedade, irritabilidade, instabilidade emocional (SILVA; MARTINO, 2009; MÜLLER; GUIMARÃES, 2007; MEDEIROS et al, 2009; MARTINO; MENDES, 2012).
Cognitivos	Desatenção, Memória (SILVA; MARTINO, 2009; MÜLLER; GUIMARÃES, 2007; MEDEIROS et al, 2009; MARTINO; MENDES, 2012).
Ocupacionais	Interferência na vida social, interferência na vida familiar, desempenho no trabalho, acidentes, desempenho escolar, lazer, alteração do sono (SILVA; MARTINO, 2009; MÜLLER; GUIMARÃES, 2007; MEDEIROS et al, 2009; MARTINO; MENDES, 2012; OLIVEIRA et al, 2006; ROSA et al, 2007).

Fonte: Elaborado pelos autores, 2016.

Quanto às dimensões, adotou-se score 0 (zero) para aquelas ocupações não prejudicadas, que a pessoa consegue realizar satisfatoriamente; score 1 (um) para prejudicado, ou seja, para ocupações realizadas de forma incompleta, não satisfatória e score 2 (dois) para muito prejudicado, relacionado às ocupações que não são mais desempenhadas por consequência à alteração do sono, tendo em vista o objetivo de identificar ocupações comprometidas pela má qualidade do sono.

Em relação ao score sobre a qualidade do sono considerou-se a quantidade mínima de ciclos do sono para uma boa qualidade do sono, 5 (cinco) ciclos, sendo que cada ciclo equivale a 90 minutos (FERNANDES, 2006) totalizando 450 minutos, o que corresponde a 7 horas e 50 minutos de sono, aproximadamente 8 horas de sono ininterruptos ou com poucas interrupções, para isso desconsiderou-se os cronotipos grandes e pequenos dormidores. Desta forma, elaborou-se uma escala de 0 a 10, onde 0 e 1 corresponde ao sono “Muito ruim”, onde a pessoa dorme menos que uma hora e meio de sono por dia; 3 e 4 corresponde ao sono “Ruim”, o indivíduo dorme menos de 3 horas com ou sem interrupções; 5 e 6 equivale ao sono “Regular”, com duração de até 5 horas de sono ininterruptos ou com poucas interrupções; 7 e 8 para “Boa” qualidade do sono, de duração de até 6 horas ininterruptos ou com poucas interrupções e 9 e 10 para “Excelente” com duração de sono de até 8 horas ininterruptos ou com poucas interrupções. Já para as dimensões do índice de saúde, selecionou-se 13 sintomas frequentes na literatura, sendo 1 ponto para “sim” e 0 para “não”. E para o bem estar, considerou-se a escala de 0 a 10, onde 0 e 2 para muito ruim, 3 e 4 para ruim, 5 e 6 para regular, 7 e 8 para bom e 9 e 10 para excelente.

5.3.3 Estudo piloto

Após aprovação no comitê de ética, o protocolo passou por estudo piloto inicialmente com 9 (nove) sujeitos de níveis educacionais diferentes. Nesta fase, após a leitura e aceite do TCLE (APÊNDICE A) o protocolo foi entregue aos sujeitos, que após responderem, preencheram individualmente um questionário de apreciação da ATOSS (APÊNDICE F) com perguntas sobre a extensão, organização, compreensão e sugestões ao protocolo.

Foram selecionados sujeitos de diferentes níveis educacionais, sendo 1 pessoa com ensino fundamental incompleto, 3 pessoas com ensino médio completo, 3 pessoas com ensino superior incompleto e 2 pessoas com ensino superior completo. A média de idade entre os sujeitos foi de 32 anos, sendo 6 do sexo feminino e 3 do sexo masculino. A escolha alternada do grau de escolaridade deu-se pelos diferentes graus de formação em enfermagem, variando desde o assistente, técnico e enfermeiro, afim de que os itens fossem compreendidos por todos, a escolha deu-se de forma aleatória, devido a não formalidade de critérios para a escolha desta amostra.

Por conseguinte, foram convidados 9 (nove) Terapeutas Ocupacionais, com registro no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da Décima Segunda Região (CREFITO-12), para verificarem individualmente a validade de face (MEYER, 2005) ou de Semântica (CAVALCANTI, 2015) que compreende o grau de dificuldade na leitura do

protocolo, nível de compreensão das questões, clareza nas alternativas de resposta, presença de erros de tipografia, tamanho da letra, extensão do protocolo e avaliação do mesmo. Juntamente ao protocolo, foi entregue o TCLE (APÊNDICE B) e a escala Likert adaptada para este estudo (APÊNDICE E). Trata-se de uma escala numérica adaptada para avaliar a clareza e a compreensão de cada item do protocolo, onde o/a Terapeuta Ocupacional foi orientado a indicar de “não entendi nada”, “entendi parcialmente” e entendi perfeitamente para cada questão. Após foi feita análise descritiva (média e percentual) das respostas obtidas pela escala Likert.

5.3.3 Coleta de dados

Após as alterações advindas da verificação do grupo com níveis educacionais diferentes e pelos Terapeutas Ocupacionais, foi realizada o convite aos sujeitos para aplicação do protocolo. Para isso, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem foram convidados, onde nos casos de aceite foi explicado o TCLE (APÊNDICE C) aos mesmos para que pudessem assinar, se assim concordassem com o disposto no termo. Os critérios de inclusão foram enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliar de enfermagem que trabalhem no hospital, quisessem participar da pesquisa e estivessem a mais de um mês trabalhando na área. Foram excluídos profissionais que não compõem a equipe de enfermagem, que estivessem trabalhando a menos de um mês na área ou que se recusassem a assinar o TCLE.

Posteriormente foi aplicado o questionário para identificação dos sujeitos e de suas características sócio demográficas. Por conseguinte, aplicar-se-á o protocolo específico para a Terapia Ocupacional, com as devidas alterações.

5.3.3 Análise dos dados

Foi realizada a sistematização dos dados no programa Microsoft Office Excel 2010 versão 14.0.7162.5000, em categorias, de acordo com os itens do questionário de identificação dos técnicos em enfermagem e do protocolo de ATOSS respondido por estes para que se obtenha um perfil geral destes trabalhadores. Após o estabelecimento de categorias, foi realizada a codificação (criação de símbolos para ser tabulados), tabulação e análise estatística dos dados: descrição dos dados referente a validação do protocolo (GIL, 2002).

Quanto à validação do Protocolo ATOSS foi avaliada a correspondência entre os domínios do Questionário ATOSS e Qualidade do Sono (variável ordinal com 5 categorias). Para isso, inicialmente foram calculados os escores para Preparo e Participação nos sete

domínios (AVDs, AIVDs, DeS, Lazer, Educação, Trabalho e Participação Social). Os escores foram calculados a partir das respostas obtidas no questionário. As pontuações de cada domínio foram calculados da seguinte forma: As respostas “Não Prejudicado” equivalem a 100% do escore, as respostas “Prejudicado” equivalem a 50% do escore e as respostas “Muito Prejudicado” equivalem 0% do escore de cada domínio. Os escores (variáveis quantitativas) foram apresentados por medidas de tendência central e de variação.

Para avaliar a correspondência entre a Qualidade do Sono e os Domínios do Questionário as respostas de n=67 profissionais foram classificadas em quatro categorias: Muito Ruim (n=7), Regular (n=34), Boa (n=19) e Excelente (n=6). As variáveis qualitativas foram apresentadas por distribuições de frequências absolutas e relativas. Foi aplicado o teste de Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade das variáveis quantitativas. Os domínios que apresentaram distribuição normal foram comparados pela ANOVA (Análise de Variância). Os domínios que não apresentaram distribuição normal foram comparados pelo teste de Kruskal-Wallis (ANOVA não-paramétrica) conforme recomenda (Ayres et al, 2007, p.76).

Foi previamente fixado o nível de significância $\alpha = 0.05$ para rejeição da hipótese de nulidade. O planejamento do estudo foi realizado no software SAM versão 1.0 (Statistical Analysis Model) e os testes de hipóteses foram realizados no BioEstat versão 5.3.

6 RESULTADOS

6.1 QUANTO AO ESTUDO PILOTO EM DIFERENTES NIVEIS EDUCACIONAIS

Quanto ao tempo de aplicação, a média foi de 17 minutos, tempo que fez 7 pessoas não considerarem o protocolo extenso, mas cansativo para 6 pessoas. Em relação a organização e a compreensão, 8 pessoas avaliaram como organizado e 5 como compreensível. Quando perguntados sobre a capacidade de responderem sozinhos o protocolo, sem ajuda técnica, 8 pessoas responderam não ser capaz na maioria dos itens, o que sugere que o protocolo não é autoaplicável.

Referindo-se as sugestões, as principais foram em relação à estrutura do questionário, já que boa parte, 5 pessoas (71%), consideraram o texto compreensivo. As sugestões foram para pôr entre as colunas de opções a opção NSA (Não Se Aplica), inserir a guia de preenchimento em todas as páginas, não apenas na primeira e as numerar, inserir meio termo no índice de bem estar e saúde, usar outros termos para “preparo” e “participação” afim de esclarecer o que se pede, descrever como é para marcar as opções do protocolo, melhorar a visibilidade das informações e, na escala da qualidade do sono, substituir por opções mais objetivas.

6.2 QUANTO AO ESTUDO PILOTO COM TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Seis Terapeutas ocupacionais avaliaram o questionário. Sobre a estrutura e a compreensão do texto, sugeriram que fossem inseridos exemplos em algumas atividades, e assim como sugerido pelas pessoas do estudo piloto anterior, que fosse incluído também nas opções a opção NSA, bem como inserir em todas as páginas do questionário a guia de preenchimento. Sobre as ocupações, foi calculado o percentual de respostas de cada item da escala likert em relação a cada ocupação. O quadro 3 apresenta o percentual do item “Entendi perfeitamente” da escala likert, com mostrando quais ocupações e atividades obtiveram maior e menor percentual neste item.

Quadro 3: Percentual do item “Compreendi perfeitamente” da escala likert respondida por Terapeutas Ocupacionais.

Ocupações	100%	83%	67%	66%	50%
AVDs	Cuidado com a alimentação.	Qualidade do banho que você toma.	Cuidados com equipamentos pessoais.	-	-
	Cuidado com a higiene pessoal.	Cuidado com seu modo de vestir.	-	-	-

		Envolvimento em atividade sexual.	-	-	-
AIVDs	Cuidado no gerenciamento do lar.	Cuidado com animais.	-	Cuidado com os outros e/ou crianças.	Manutenção na segurança e emergência.
	Preparar a refeição.	Uso de meios de transportes.	-	-	-
	-	Gerenciamento e manutenção da saúde.	-	-	-
	-	Costume religioso.	-	-	-
	-	Fazer compras.	-	-	-
Descanso e Sono	-	Descanso.	-	-	-
	-	Dormir.	-	-	-
Educação	-	Participação na educação formal.	-	-	-
	-	Participação na educação informal	-	-	-
Trabalho	-	Desempenho no trabalho.	-	-	-
	-	Trabalho voluntário	-	-	-
Lazer	-	-	Envolvimento e fazeres não-obrigatórios	-	-
Participação social	-	-	Participação na comunidade.	Envolvimento em atividade de coleguismos e amizade.	-
	-	-	-	Interação familiar.	-

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

Pode-se observar que 4 atividades, cuidados com a alimentação, cuidado com a higiene pessoal, cuidado com o gerenciamento do lar e preparar refeição, alcançaram 100% de compreensão. Nestes itens houve apenas duas sugestões de ajustes, que foram substituir o termo “arranjar” por manusear e incluir a higiene e asseio após uso do banheiro. A maioria dos itens, 14 no total, alcançou 83% de compreensão perfeita, e as sugestões nestes itens compreendem a substituição dos termos preparo e participação por definições operacionais ou práticas, e inclusão de termos ou exemplos.

Com menor percentual, 67% e 66% de compreensão perfeita, seis atividades respectivas foram registradas. Essas seis atividades somaram 13 sugestões de ajustes, que inclui esclarecimentos do que seria preparo e participação em alguns itens, principalmente nas atividades de participação social. O menor percentual de compreensão foi no item “Manutenção segurança na emergência” que atingiu apenas 50% de compreensão perfeita, e

sozinho obteve 4 sugestões de ajustes, como esclarecer o que seria preparo e participação neste item.

Quanto ao índice de bem estar e saúde, dos 13 itens, 5 alcançaram 100% de compreensão perfeita, seguidos dos demais com 80%. Os que alcançaram percentual de 80% passaram por mais uma investigação a fim de elucidar os sintomas mais frequentes na literatura, onde considerou-se relevante ser citado por mais de dois artigos como sintomas oriundos da alteração do ciclo vigília-sono. Dois sintomas que não alcançaram estes critérios foram excluídos, como o medo e depressão. E o sintoma problemas cardiovasculares foi alterada para agravamento de problemas cardiovasculares, como sugere a literatura.

De posse desses dados, foram feitas as alterações conforme sugestão dos sujeitos da pesquisa, não excluindo as ocupações com percentual menor que 80% pelo fato de o instrumento também ser de rastreio, e considerando a singularidade das ocupações para as pessoas (APÊNDICE G).

6.3 PERFIL DOS SUJEITOS PESQUISADOS

Foram convidados todos os 98 profissionais de enfermagem que compõem as equipes de enfermagem do Hospital Abelardo Santos, destes 67 (68, 37%) aceitaram participar.

A média de idade dos indivíduos participantes da pesquisa foi de 43 anos, sendo o mais novo com idade de 28 anos e o mais velho com 63 anos. Quanto ao nível de escolaridade 40% (n=27) dos profissionais de enfermagem possui ensino superior completo, de grande maioria do sexo feminino (84%, n=56). Em relação ao estado civil, 42% (n=28) são solteiros (tabela 1).

Tabela 1: Características dos sujeitos

	CARACTERÍSTICAS	VALORES	N
Escolaridade	Técnico	37 %	25
	Superior Completo	40 %	27
	Superior Incompleto	23 %	15
Estado Civil	Casado	34 %	23
	Solteiro	42 %	28
	Divorciado (a)	09 %	06
	União Estável	13 %	09
	Outro	02 %	01
Gênero	Feminino	84 %	56
	Masculino	16 %	11

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

Sobre o perfil profissional, 34% (n=23) atuam na profissão entre 5 a 10 anos. Referente ao tempo de vínculo a instituição pesquisada, 70% (n=47) responderam estar de 5 a 10 anos. 61 % (n=41) dos sujeitos entrevistados trabalham no turno da noite. Quando perguntados se trabalham em mais de um local 54% (n=36) responderam que sim, trabalham em mais de um local (tabela 2).

Tabela 2: Características profissionais

Características		Valores	N.		
Dados profissionais	Tempo na profissão	5 a 10 anos	34%	23	
		10 a 15 anos	22%	15	
		15 a 20 anos	20%	13	
		20 anos ou mais	24%	16	
	Tempo de trabalho na instituição	1 a 5 anos	18%	12	
		5 a 10 anos	70%	47	
		10 a 20 anos	7%	05	
	Mais de 20 anos	Mais de 20 anos	5%	03	
		Turno de trabalho	Matutino	21%	14
			Vespertino	18%	12
	Noturno		61%	41	
	Tempo de trabalho no referido turno				
Trabalha em mais de um local	Sim	54%	36		
	Não	46%	31		

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

6.2 QUALIDADE DO SONO

57% (n=38) acham que possuem algum transtorno do sono, entretanto apenas 10% (n=7) já foram diagnosticados com algum transtorno do sono (tabela 3).

Tabela 3: Diagnóstico do sono

Características		Valor	n.	
Características quanto ao sono	Você acha que possui algum transtorno do sono?	Sim	57%	38
		Não	43%	29
	Diagnosticado com algum tipo de transtorno do sono	Sim	10%	07
		Não	90%	60

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

Em relação a qualidade do sono referente ao ATOSS, 55% (n=36) declararam que possuem o sono regular, apenas 2% (n=1) consideram a qualidade do seu sono ruim (tabela 4).

Tabela 4: qualidade do sono segundo os sujeitos pesquisados

Nível de qualidade do sono	Percentual	n
Muito ruim	2%	1
Ruim	9%	6
Regular	55%	36
Boa	25%	16
Excelente	9%	6

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

6.4 QUANTO AS PRINCIPAIS OCUPAÇÕES COMPROMETIDAS

6.4.1 Resultados da Equipe de Enfermagem do Turno Manhã

6.4.1.1 Quanto ao Preparo das Ocupações

Estes resultados foram divididos por turno de trabalho e por preparo e participação de cada atividade do instrumento.

No turno da manhã as atividades mais comprometidas foram, participação na educação com 57% (n=8) e uso de meio de transporte também com 57% (n=8) seguidas de lazer e cuidado com a higiene pessoal ambas com 43% (n=6).

Quanto as atividades não prejudicadas foram com 100% (n=14) das repostas Manutenção na segurança e emergência, qualidade do banho que você toma com 93% (n=13), cuidados com equipamentos pessoais (79%, n=11).

Cuidado com animais foi a atividade que menos se aplicou com 72% (n=10) das respostas, seguida de trabalho voluntário com 93% (n=13) e envolvimento em atividade sexual e participação na comunidade ambas com 43% (n=6) Em relação as que não se aplicaram a alguns sujeitos (tabela 5).

Tabela 5: Percentual quanto ao preparo das ocupações da equipe de enfermagem do turno matutino.

Ocupações	Não Prejudicado	Prejudicado	Muito Prejudicado	NSA
Qualidade do banho que você toma.	93% (N=13)	7% (N=1)		
Cuidado com seu modo de vestir.	71% (N=10)	29% (N=4)		
Cuidado com sua alimentação	64% (N=9)	29% (N=4)	7% (N=1)	
Cuidado com sua higiene pessoal.	57% (N=8)	43% (N=6)		
Envolvimento em atividade sexual.	28,5% (N=4)	28,5% (N=4)		43%(N=6)
Cuidados com equipamentos pessoais.	79% (N=11)	7% (N=1)		14%(N=2)
Cuidado com os outros e/ou crianças.	72% (N=10)	21% (N=3)		7% (N=1)
Cuidado com animais.	14% (N=2)	14% (N=2)		72%(N=10)
Uso de meios de transportes.	43% (N=6)	57% (N=8)		
Gerenciamento e manutenção da saúde.	50% (N=7)	43% (N=6)	7% (N=1)	
Cuidados no gerenciamento do lar.	57% (N=8)	29% (N=4)	7% (N=1)	7% (N=1)
Preparar a refeição.	64% (N=9)	36% (N=5)		
Costume religioso.	43% (N=6)	36% (N=5)	21% (N=3)	
Fazer compras.	86% (N=12)	14% (N=2)		
Manutenção na segurança e emergência.	100% (N=14)			
Descanso.	50% (N=7)	43% (N=6)	7% (N=1)	
Dormir.	50% (N=7)	43% (N=6)	7% (N=1)	
Participação na educação.	43% (N=6)	57% (N=8)		
Desempenho no trabalho.	64% (N=9)	36% (N=5)		
Trabalho voluntário	7% (N=1)			93% (N=13)
Lazer (Envolvimento e fazeres não-obrigatórios)	29% (N=4)	43% (N=6)	14% (N=2)	14% (N=2)
Participação na comunidade.	36% (N=5)	21% (N=3)		43% (N=6)
Interação familiar.	57% (N=8)	43% (N=6)		

Envolvimento em atividade de coleguismos e amizade.	43% (N=6)	29% (N=4)	7% (N=1)	21% (N=3)
---	-----------	-----------	----------	-----------

Fonte: Produzida pelas autoras, 2016.

6.4.1.2 Quanto a Participação nas Ocupações

As atividades que tiveram maior percentual no item não prejudicado foram com 100% (n=14) das respostas qualidade do banho que você toma, cuidado com seu modo de vestir, manutenção na segurança e emergência e as demais com 86 % (n=12) foram desempenho no trabalho, fazer compras, cuidado com equipamentos pessoais e cuidado com os outros e/ou crianças.

As atividades mais prejudicadas quanto a participação foram participação na educação e uso de meios de transporte, ambas com 57% (n=8) superando costume religioso e lazer com 43% cada.

Apesar de não possuir a grande maioria, o item muito prejudicado também obteve respostas para as atividades costume religioso com 21% (n=3) e lazer com 14% (n=2).

Trabalho voluntário (93%), cuidado com animais (71%) e participação na comunidade (43%) foram as atividades sinalizadas como as que não se aplicam (tabela 6).

Tabela 6: Percentual quanto à participação da equipe de enfermagem do turno matutino.

Ocupações	Não Prejudicado	Prejudicado	Muito Prejudicado	NSA
Qualidade do banho que você toma.	100% (N=14)			
Cuidado com seu modo de vestir.	100% (N=14)			
Cuidado com sua alimentação	79% (N=11)	14% (N=2)	7% (N=1)	
Cuidado com sua higiene pessoal.	64% (N=9)	36% (N=5)		
Envolvimento em atividade sexual.	43% (N=6)	14% (N=2)		43% (N=6)
Cuidados com equipamentos pessoais.	86% (N=12)			14% (N=2)
Cuidado com os outros e/ou crianças.	86% (N=12)			14% (N=2)
Cuidado com animais.	29% (N=4)			71% (N=10)
Uso de meios de transportes.	43% (N=6)	57% (N=8)		
Gerenciamento e manutenção da saúde.	50% (N=7)	43% (N=6)	7% (N=1)	
Cuidados no gerenciamento do lar.	57% (N=8)	29% (N=4)	7% (N=1)	7% (N=1)
Preparar a refeição.	64% (N=9)	36% (N=5)		
Costume religioso.	36% (N=5)	43% (N=6)	21% (N=3)	
Fazer compras.	86% (N=12)	14% (N=2)		
Manutenção na segurança e emergência.	100% (N=14)			
Descanso.	50% (N=7)	43% (N=6)	7% (N=1)	
Dormir.	50% (N=7)	43% (N=6)	7% (N=1)	
Participação na educação.	43% (N=6)	57% (N=8)		
Desempenho no trabalho.	86% (N=12)	14% (N=2)		
Trabalho voluntário	7% (N=1)			93% (N=13)
Envolvimento e fazeres não-obrigatórios	29% (N=4)	43% (N=6)	14% (N=2)	14% (N=2)

Participação na comunidade.	43% (N=6)	14% (N=2)		43% (N=6)
Interação familiar.	53% (N=8)	47% (N=7)		
Envolvimento em atividade de coleguismos e amizade.	43% (N=6)	29% (N=4)	7% (N=1)	21% (N=3)

Fonte: produzida pelas autoras, 2016.

6.4.2 Resultados da Equipe de Enfermagem do Turno Tarde

6.4.2.1 Quanto ao Preparo das Ocupações

Dez profissionais do turno da tarde responderam ao questionário, onde as atividades que foram sinalizadas como não prejudicadas foram com 80% qualidade do banho que você toma, seguida de interação familiar, dormir, uso de meios de transportes, envolvimento em atividade sexual e cuidado com sua higiene pessoal ambas com 70%.

Quanto às atividades prejudicadas, foram sinalizadas a participação na educação (60%), cuidado com sua alimentação com 40% e cuidado com animais (30%). As atividades muito prejudicadas foram fazer compras (30%), cuidados no gerenciamento do lar, gerenciamento e manutenção da saúde e cuidado com a alimentação (todas com 20%).

Não se aplicaram ao grupo as atividades cuidado com animais e trabalho voluntário com 50% cada (n=5) e costume religioso e participação na comunidade, ambas com 30% (n=3) (tabela 7).

Tabela 7: Percentual quanto ao preparo das ocupações da equipe de enfermagem do turno vespertino.

Ocupações	Não Prejudicado	Prejudicado	Muito Prejudicado	NSA
Qualidade do banho que você toma.	80% (N=8)	20% (N=2)		
Cuidado com seu modo de vestir.	60% (N=6)	30% (N=3)	10% (N=1)	
Cuidado com sua alimentação	40% (N=4)	40% (N=4)	20% (N=2)	
Cuidado com sua higiene pessoal.	70% (N=7)	20% (N=2)	10% (N=1)	
Envolvimento em atividade sexual.	70% (N=7)	20% (N=2)	10% (N=1)	
Cuidados com equipamentos pessoais.	60% (N=6)	10% (N=1)		30% (N=3)
Cuidado com os outros e/ou crianças.	50% (N=5)	40% (N=4)	10% (N=1)	
Cuidado com animais.	20% (N=2)	30% (N=3)		50% (N=5)
Uso de meios de transportes.	70% (N=7)	30% (N=3)		
Gerenciamento e manutenção da saúde.	50% (N=5)	20% (N=2)	20% (N=2)	10% (N=1)
Cuidados no gerenciamento do lar.	40% (N=4)	30% (N=3)	20% (N=2)	10% (N=1)
Preparar a refeição.	50% (N=5)	40% (N=4)	10% (N=1)	
Costume religioso.	20% (N=2)	30% (N=3)	20% (N=2)	30% (N=3)
Fazer compras.	50% (N=5)	20% (N=2)	30% (N=3)	
Manutenção na segurança e emergência.	60% (N=6)	40% (N=4)		
Descanso.	50% (N=5)	40% (N=4)	10% (N=1)	
Dormir.	70% (N=7)	30% (N=3)		
Participação na educação.	30% (N=3)	60% (N=6)		10% (N=1)
Desempenho no trabalho.	60% (N=6)	30% (N=3)	10% (N=1)	
Trabalho voluntário	30% (N=3)	10% (N=1)	10% (N=1)	50% (N=5)
Lazer (Envolvimento e fazeres não-obrigatórios)	60% (N=6)	30% (N=3)	10% (N=1)	

Participação na comunidade.	40% (N=4)	20% (N=2)	10% (N=1)	30% (N=3)
Interação familiar.	70% (N=7)	30% (N=3)		
Envolvimento em atividade de coleguismos e amizade.	60% (N=6)	40% (N=4)		

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2016.

6.4.2.2 Quanto a Participação nas Ocupações

As atividades não prejudicadas quanto a participação foram a qualidade do banho que você toma e cuidado com seu modo de vestir, representando 100% (n=10) das respostas cada, seguida de envolvimento em atividade sexual (90%, n=9), cuidado com higiene pessoal e desempenho no trabalho, ambas com 80% (n=8).

A participação mais prejudicado foram na educação (60%, n=6), uso de meios de transporte (50%, n=5) e cuidado com a alimentação (40%, n=4). Quanto as atividades muito prejudicadas obteve-se 30% (n=3) para fazer compras e 20% (n=2) para cuidado com sua alimentação, gerenciamento e manutenção da saúde, cuidados no gerenciamento do lar e costume religioso.

As atividades que não se aplicaram alcançaram percentual de 50% (n=3) para cuidado com animais e trabalho voluntário e 30% (n=3) para cuidados com equipamentos pessoais e costume religioso (tabela 8).

Tabela 8: Percentual quanto à participação da equipe de enfermagem do turno vespertino.

Ocupações	Não Prejudicado	Prejudicado	Muito Prejudicado	NSA
Qualidade do banho que você toma.	100% (N=10)			
Cuidado com seu modo de vestir.	100% (N=10)			
Cuidado com sua alimentação	40% (N=4)	40% (N=4)	20% (N=2)	
Cuidado com sua higiene pessoal.	80% (N=8)	10% (N=1)	10% (N=1)	
Envolvimento em atividade sexual.	90% (N=9)		10% (N=1)	
Cuidados com equipamentos pessoais.	60% (N=6)	10% (N=1)		30% (N=3)
Cuidado com os outros e/ou crianças.	50% (N=5)	40% (N=4)	10% (N=1)	
Cuidado com animais.	30% (N=3)	20% (N=2)		50% (N=5)
Uso de meios de transportes.	50% (N=5)	50% (N=5)		
Gerenciamento e manutenção da saúde.	50% (N=5)	20% (N=2)	20% (N=2)	10% (N=1)
Cuidados no gerenciamento do lar.	40% (N=4)	30% (N=3)	20% (N=2)	10% (N=1)
Preparar a refeição.	50% (N=5)	40% (N=4)	10% (N=1)	
Costume religioso.	20% (N=2)	30% (N=3)	20% (N=2)	30% (N=3)
Fazer compras.	50% (N=5)	20% (N=2)	30% (N=3)	
Manutenção na segurança e emergência.	60% (N=6)	40% (N=4)		
Descanso.	50% (N=5)	40% (N=4)	10% (N=1)	
Dormir.	70% (N=7)	30% (N=3)		
Participação na educação.	30% (N=3)	60% (N=6)		10% (N=1)

Desempenho no trabalho.	80% (N=8)	10% (N=1)	10% (N=1)	
Trabalho voluntário	20% (N=2)	20% (N=2)	10% (N=1)	50% (N=5)
Lazer (Envolvimento e fazeres não-obrigatórios)	60% (N=6)	30% (N=3)	10% (N=1)	
Participação na comunidade.	40% (N=4)	20% (N=2)	10% (N=1)	30% (N=3)
Interação familiar.	70% (N=7)	30% (N=3)		
Envolvimento em atividade de coleguismos e amizade.	60% (N=6)	40% (N=4)		

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2016.

6.4.3 Resultados da Equipe de Enfermagem do Turno Noite

6.4.3.1 Quanto ao Preparo das Ocupações

No turno da noite em relação ao preparo, as atividades mais comprometidas foram cuidado com alimentação com 49% (N=21), cuidado com os outros e/ou crianças com 56% (N=24), gerenciamento e manutenção da saúde com 49% (N=21), cuidados no gerenciamento do lar com 56% (N=24), preparar a refeição com 63% (N=27), costume religioso 35% (N=15), participação na educação com 65% (N=28), lazer com 49% (N=21) e, envolvimento em atividade de coleguismos e amizade com 44% (N=10).

Quanto às atividades não prejudicadas, 88% (n=38) dos indivíduos marcaram o item qualidade do banho que você toma, 79% (N=34) cuidado com seu modo de vestir, 93% (n=40) dos profissionais de enfermagem marcaram o item manutenção na segurança e emergência e no item desempenho no trabalho o resultado foi de 72% (N=31).

Em relação a coluna não se aplica o item que mais se destacou foi o trabalho voluntario com 86% (N=37)-tabela 9.

Tabela 9: Percentual quanto ao preparo da ocupações da equipe de enfermagem do turno noturno.

Ocupações	Não Prejudicado	Prejudicado	Muito Prejudicado	NSA
Qualidade do banho que você toma.	88% (N=38)	12% (N=5)		
Cuidado com seu modo de vestir.	79% (N=34)	21% (N=9)		
Cuidado com sua alimentação	32% (N=14)	49% (N=21)	7% (N=3)	12% (N=5)
Cuidado com sua higiene pessoal.	56% (N=24)	42% (N=18)	2% (N=1)	
Envolvimento em atividade sexual.	61% (N=26)	28% (N=12)	2% (N=1)	9% (N=4)
Cuidados com equipamentos pessoais.	56% (N=24)	23% (N=10)		21% (N=9)
Cuidado com os outros e/ou crianças.	19% (N=8)	56% (N=24)		25% (N=11)
Cuidado com animais.	26% (N=11)	28% (N=12)	2% (N=1)	44% (N=19)
Uso de meios de transportes.	51% (N=22)	47% (N=20)	2% (N=1)	
Gerenciamento e manutenção da saúde.	40% (N=17)	49% (N=21)	9% (N=4)	2% (N=1)

Cuidados no gerenciamento do lar.	32% (N=14)	56% (N=24)	5% (N=2)	7% (N=3)
Preparar a refeição.	23% (N=10)	63% (N=27)	2% (N=1)	12% (N=5)
Costume religioso.	42% (N=18)	35% (N=15)	16% (N=7)	7% (N=3)
Fazer compras.	60% (N=26)	35% (N=15)	5% (N=2)	
Manutenção na segurança e emergência.	93% (N=40)	5% (N=2)	2% (N=1)	
Descanso.	58% (N=25)	33% (N=14)	9% (N=4)	
Dormir.	56% (N=24)	37% (N=16)	7% (N=3)	
Participação na educação.	23% (N=10)	65% (N=28)	7% (N=3)	5% (N=2)
Desempenho no trabalho.	72% (N=31)	26% (N=11)	2% (N=1)	
Trabalho voluntário	7% (N=3)	5% (N=2)	2% (N=1)	86% (N=37)
Envolvimento e fazeres não-obrigatórios	39% (N=17)	49% (N=21)	12% (N=5)	
Participação na comunidade.	51% (N=22)	26% (N=11)	9% (N=4)	14% (N=6)
Interação familiar.	63% (N=27)	35% (N=15)	2% (N=1)	
Lazer (Envolvimento em atividade de coleguismos e amizade).	44% (N=19)	44% (N=19)	7% (N=3)	5% (N=2)

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2016.

6.4.3.2 Quanto à Participação nas Ocupações

Quanto ao item prejudicado na participação, as atividades que apresentaram percentual relevante foram cuidado com os outros e/ou crianças com 40% (N=17), cuidados no gerenciamento do lar com 56% (N=24), preparar a refeição com 63% (N=27), costume religioso com 35% (N=15), participação na educação com 65% (N=28), lazer com 51% (N=22) e, com 44% (N=19) envolvimento em atividade de coleguismos e amizade.

Em relação às ocupações não prejudicadas 98% (N=42) sinalizaram não possuir dificuldade na qualidade do banho que toma e no cuidado com seu modo de vestir, 72% (N=31) no cuidado com sua alimentação, 75% (N=32) no envolvimento em atividade sexual, 93% (N=40) na manutenção na segurança e emergência, 72% (N=31) no desempenho no trabalho e, 63% (N=27) na interação familiar.

Sobre a coluna não se aplica o item em destaque foi trabalho voluntario com 86% (N=37)-tabela 10.

Tabela 10: Percentual quanto à participação nas ocupações da equipe de enfermagem do turno noturno.

Ocupações	Não Prejudicado	Prejudicado	Muito Prejudicado	NSA
Qualidade do banho que você toma.	98% (N=42)	2% (N=1)		
Cuidado com seu modo de vestir.	98% (N= 42)	2% (N=1)		
Cuidado com sua alimentação	72% (N= 31)	21% (N= 9)	2% (N= 1)	5% (N= 2)
Cuidado com sua higiene pessoal.	58% (N=25)	40% (N=17)	2% (N=1)	
Envolvimento em atividade sexual.	75% (N=32)	14% (N=6)	2% (N=1)	9% (N=4)

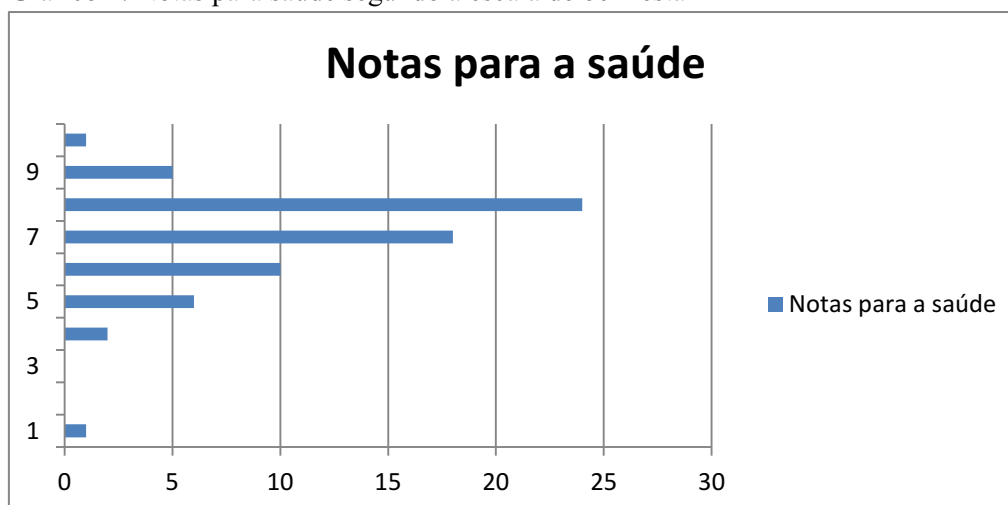
Cuidados com equipamentos pessoais.	56% (N=24)	23% (N=10)		21% (N=9)
Cuidado com os outros e/ou crianças.	35% (N=15)	40% (N=17)	23% (N=10)	2% (N=1)
Cuidado com animais.	30% (N=13)	23% (N=10)	3% (N=1)	44% (N=19)
Uso de meios de transportes.	51% (N=22)	47% (N= 20)	2% (N=1)	
Gerenciamento e manutenção da saúde.	42% (N=18)	44% (N=19)	9% (N=4)	5% (N=2)
Cuidados no gerenciamento do lar.	32% (N=14)	56% (N=24)	5% (N=2)	7% (N=3)
Preparar a refeição.	23% (N=10)	63% (N=27)	2% (N=1)	12% (N=5)
Costume religioso.	42% (N=18)	35% (N=15)	16% (N=7)	7% (N=3)
Fazer compras.	58% (N=25)	37% (N=16)	5% (N=2)	
Manutenção na segurança e emergência.	93% (N=40)	5% (N= 2)	2% (N=1)	
Descanso.	61% (N=26)	30% (N=13)	9% (N=4)	
Dormir.	53% (N=23)	35% (N=15)	12% (N=5)	
Participação na educação.	23% (N=10)	65% (N=28)	7% (N=3)	5% (N=2)
Desempenho no trabalho.	72% (N=31)	26% (N=11)	2% (N=1)	
Trabalho voluntário	7% (N=3)	5% (N=2)	2% (N=1)	86% (N=37)
Lazer (Envolvimento e fazeres não-obrigatórios).	37% (N=16)	51% (N=22)	12% (N=5)	
Participação na comunidade.	56% (N=24)	23% (N=10)	9% (N=4)	12% (N=5)
Interação familiar.	63% (N=27)	35% (N=15)	2% (N=1)	
Envolvimento em atividade de coleguismos e amizade.	44% (N=19)	44% (N=19)	7% (N=3)	5% (N=2)

Fonte: Elaborada pelas autoras, 2016.

6.5 QUANTO A SAÚDE E BEM ESTAR

Quanto ao bem estar, o valor atribuído mais frequente foi 8 ou 35,8% (n=24), e a menor foi 1 ou 1,4% (n=X).

Gráfico 1: Notas para saúde segundo a escala de bem estar



Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

Quanto à saúde, os sintomas mais presentes do item “frequente” foram com 31% (n=21) a irritabilidade, fadiga com 27% (n=18) seguidas de dores de cabeça e ganho de peso, ambos com 24% (n=16 para ambos) (tabela 11).

Tabela 11: principais sintomas

Sintomas	Não	Frequente	Às vezes
Fadiga	18% (n=12)	27% (n=18)	55% (n=37)
Agravamento de problemas cardiovasculares	87% (n=58)	3% (n=2)	10% (n=7)
Problemas gastrointestinais	54% (n=36)	19% (n=13)	27% (n=18)
Dores de cabeça	40% (n=27)	24% (n=16)	36% (n=24)
Ganho de peso	46% (n=31)	24% (n=16)	30% (n=20)
Irritabilidade	24% (n=16)	31% (n=21)	45% (n=30)
Instabilidade emocional	34% (n=23)	14% (n=9)	52% (n=35)
Dificuldade de concentração	27% (n=18)	15% (n=10)	58% (n=39)
Prejuízos na memória	34% (n=23)	12% (n=8)	54% (n=36)
Alterações no humor	22% (n=15)	20% (n=13)	58% (n=39)
Ansiedade	42% (n=28)	22% (n=15)	36% (n=24)

Fonte: Elaborado pelas autoras, 2016.

Quanto ao item “não” referente aos sintomas não presentes, os mais sinalizados foram com 87% (n=58) agravamento de problemas cardiovasculares, seguidos de 54% (n=36) problemas gastrointestinais, 46% (n=31) ganho de peso, 42% (n=28) ansiedade e 40% (n=27) dores de cabeça. Em relação aos sintomas do item “às vezes” 58% (n=39) marcaram dificuldade de concentração e alterações no humor, superpondo a prejuízos na memória 54% (n=36) e instabilidade emocional 52% (n=35).

Comparando todos os itens, o item às vezes possui maior número de sinalizações em 6 dos 11 sintomas, sugerindo que, mesmo que não seja frequente, o sintoma existe. Os 6 sintomas são fadiga, irritabilidade, instabilidade emocional, dificuldade de concentração, prejuízos na memória e alterações no humor.

6. 6 TESTE DE VALIDAÇÃO PARCIAL DO PROTOCOLO

Quanto ao procedimento analítico, foi realizado a análise fatorial do instrumento, que não alcançou valor relevante para ser validado em quase todos os 7 domínios, com exceção do preparo do domínio Descanso e Sono, que obteve coeficiente válido. Após o resultado destes primeiros testes, foi considerado desnecessário realizar o teste de consistência interna do instrumento. Os resultados são descritos a seguir.

6.6.1 Domínio 1 – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AVDs)

A avaliação do domínio AVDs/Preparo conforme as categorias de Qualidade do Sono (Muito Ruim, Regular, Boa e Excelente) resultou no p-valor = 0.2624 o qual não é significativo, portanto, os escores deste domínio não apresentam real diferença conforme as categorias de Qualidade do Sono.

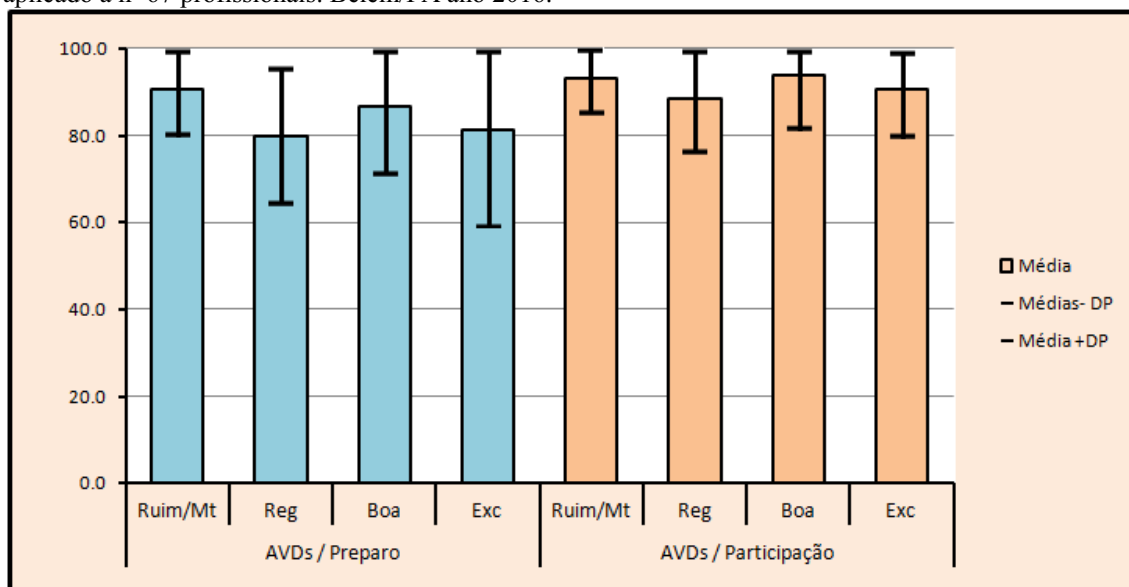
A avaliação do domínio AVDs/Participação conforme as categorias de Qualidade do Sono (Muito Ruim, Regular, Boa e Excelente) resultou no p-valor = 0.5864 o qual não é significativo, portanto, os escores deste domínio não apresentam real diferença conforme as categorias de Qualidade do Sono.

Tabela 12: Domínio 1 (AVDs) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016.

	AVDs / Preparo				AVDs / Participação			
	Ruim/Mt	Reg	Boa	Exc	Ruim/Mt	Reg	Boa	Exc
Média	90.5	79.9	86.7	81.1	93.1	88.4	93.7	90.6
D Padrão	10.0	15.4	15.4	21.8	7.5	12.0	11.9	10.4
Médias- DP	80.4	64.5	71.3	59.3	85.6	76.4	81.8	80.1
Média +DP	100.5	95.3	102.0	102.9	100.6	100.5	105.6	101.0
Mínimo	70.0	50.0	41.7	50.0	80.0	60.0	50.0	80.0
Máximo	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mediana	91.7	83.3	91.7	85.0	91.7	90.0	100.0	91.7
1o Quartil	90.0	68.8	83.3	67.5	90.0	83.3	91.7	80.8
3o Quartil	95.8	90.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
p-valor(ANOVA)	0.2624				0.5864			

ANOVA: Análise de Variância

Gráfico 2: Média e desvio padrão de Preparo e Participação do Domínio 1 (AVDs) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016.



Fonte: Programa BioStats, 2016.

6.6.2 Domínio 2 – Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVDs)

A avaliação do domínio AIVDs/Preparo conforme as categorias de Qualidade do Sono (Muito Ruim, Regular, Boa e Excelente) resultou no p-valor=0.2683 o qual não é significativo, portanto, os escores deste domínio não apresentam real diferença conforme as categorias de Qualidade do Sono.

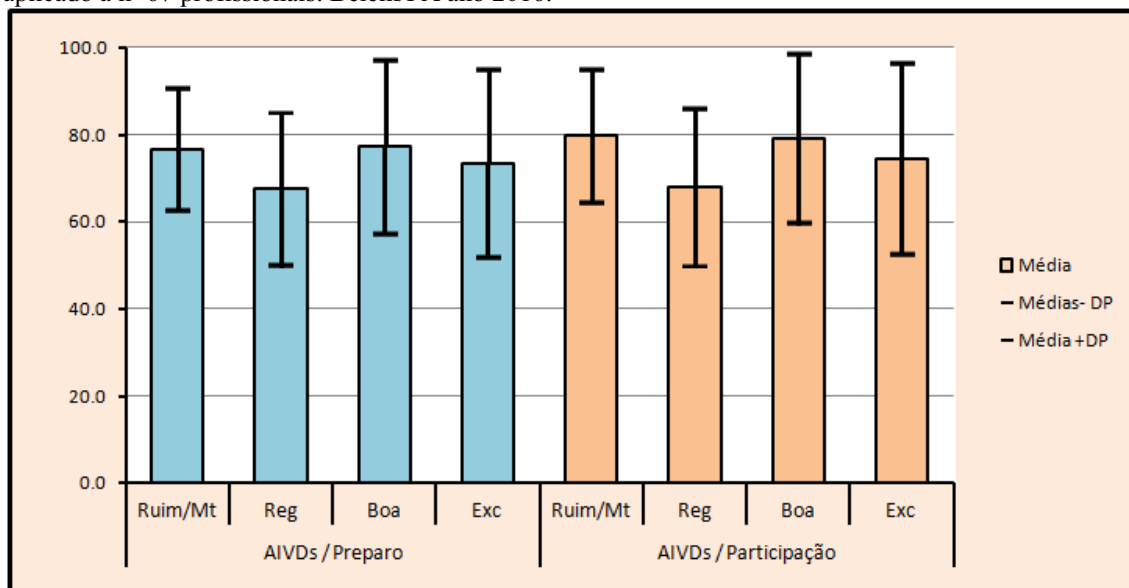
A avaliação do domínio AIVDs/Participação conforme as categorias de Qualidade do Sono (Muito Ruim, Regular, Boa e Excelente) resultou no p-valor=0.1404 o qual não é significativo, portanto, os escores deste domínio não apresentam real diferença conforme as categorias de Qualidade do Sono.

Tabela 13: Domínio 2 (AIVDs) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016.

	AIVDs / Preparo				AIVDs / Participação			
	Ruim/Mt	Reg	Boa	Exc	Ruim/Mt	Reg	Boa	Exc
Média	76.7	67.7	77.3	73.5	79.9	68.0	79.3	74.4
D Padrão	13.9	17.4	20.0	21.6	15.2	18.0	19.5	21.9
Médias- DP	62.8	50.2	57.4	51.9	64.7	50.0	59.7	52.5
Média +DP	90.6	85.1	97.3	95.1	95.1	86.0	98.8	96.3
Mínimo	57.1	27.8	22.2	37.5	57.1	27.8	22.2	37.5
Máximo	94.4	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mediana	77.8	66.7	77.8	79.5	83.3	68.8	81.3	82.3
1o Quartil	67.4	56.0	70.1	65.3	71.9	58.1	72.2	66.1
3o Quartil	86.5	80.6	93.8	82.8	87.5	78.6	93.8	83.3
p-valor(ANOVA)	0.2683				0.1404			

ANOVA: Análise de Variância

Gráfico 3: Média e desvio padrão de Preparo e Participação do Domínio 2 (AIVDs) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016.



Fonte: Programa BioStats, 2016.

6.6.3 Domínio 3 – Descanso e Sono (DeS)

A avaliação do domínio DeS/Preparo conforme as categorias de Qualidade do Sono (Muito Ruim, Regular, Boa e Excelente) resultou no p-valor = 0.0428* o qual é estatisticamente significante, portanto, os escores deste domínio apresentam real diferença conforme as categorias de Qualidade do Sono. Observando valores crescentes para as categorias: Muito Ruim (57.1), Regular (69.1), Boa (80.3) e Excelente(95.8). O mesmo crescimento pode ser observado nas medianas Muito Ruim (50), Regular (75), Boa (75) e Excelente(100).

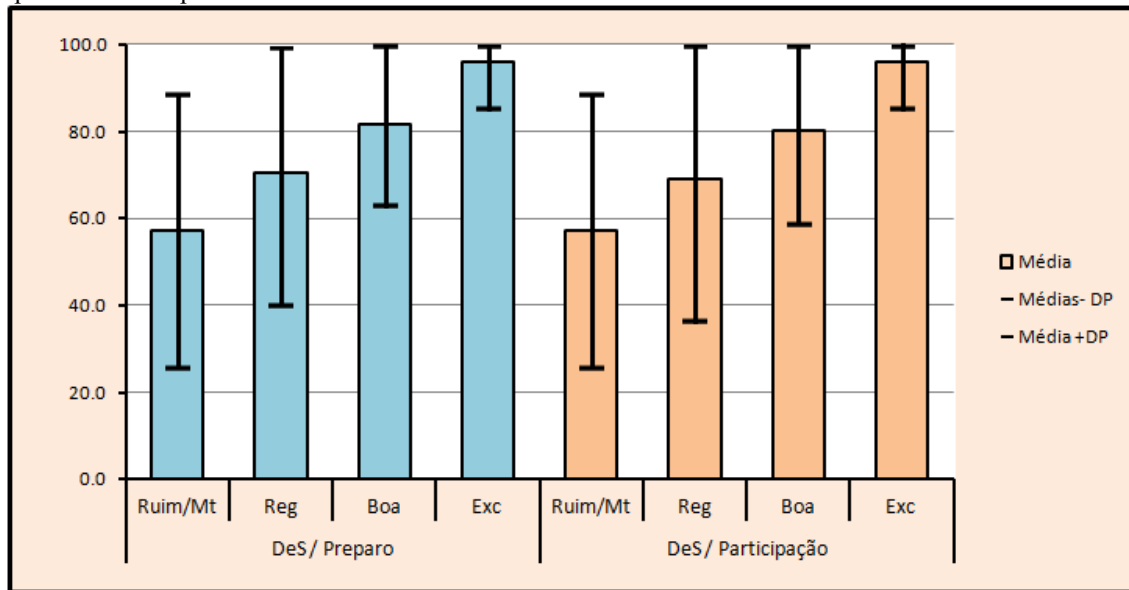
A avaliação do domínio DeS/Participação conforme as categorias de Qualidade do Sono (Muito Ruim, Regular, Boa e Excelente) resultou no p-valor = 0.0515 o qual não é significante, portanto, os escores deste domínio não apresentam real diferença conforme as categorias de Qualidade do Sono.

Tabela 14: Domínio 3 (DeS) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016.

	DeS / Preparo				DeS / Participação			
	Ruim/Mt	Reg	Boa	Exc	Ruim/Mt	Reg	Boa	Exc
Média	57.1	70.6	81.6	95.8	57.1	69.1	80.3	95.8
D Padrão	31.3	30.4	18.3	10.2	31.3	32.6	21.4	10.2
Médias- DP	25.8	40.1	63.2	85.6	25.8	36.5	58.9	85.6
Média +DP	88.5	101.0	99.9	106.0	88.5	101.7	101.6	106.0
Mínimo	0.0	0.0	50.0	75.0	0.0	0.0	25.0	75.0
Máximo	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mediana	50.0	75.0	75.0	100.0	50.0	75.0	75.0	100.0
1o Quartil	50.0	50.0	75.0	100.0	50.0	50.0	75.0	100.0
3o Quartil	75.0	100.0	100.0	100.0	75.0	100.0	100.0	100.0
p-valor(K-W)	0.0428*				0.0515			

K-W: Kruskal-Wallis

Gráfico 4: Média e desvio padrão de Preparo e Participação do Domínio 3 (DeS) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais.. Belém/PA ano 2016.



Fonte: Programa BioStats, 2016.

6.6.4 Domínio 4 – Educação (EDU)

A avaliação do domínio EDU/Preparo conforme as categorias de Qualidade do Sono (Muito Ruim, Regular, Boa e Excelente) resultou no p-valor = 0.6493 o qual não é significativo, portanto, os escores deste domínio não apresentam real diferença conforme as categorias de Qualidade do Sono.

A avaliação do domínio EDU/Participação conforme as categorias de Qualidade do Sono (Muito Ruim, Regular, Boa e Excelente) resultou no p-valor = 0.6493 o qual não é significativo, portanto, os escores deste domínio não apresentam real diferença conforme as categorias de Qualidade do Sono.

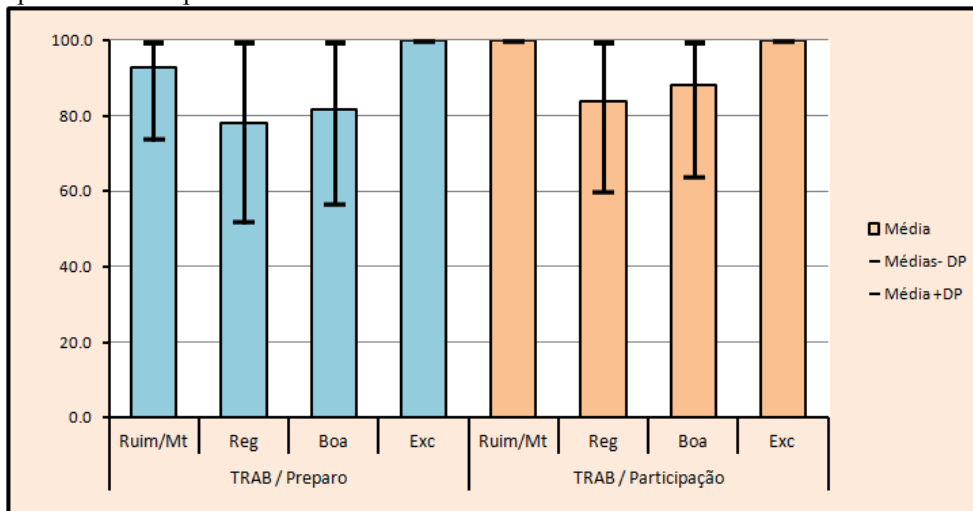
Tabela 15: Domínio 4 (EDU) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016.

	EDU / Preparo				EDU / Participação			
	Ruim/Mt	Reg	Boa	Exc	Ruim/Mt	Reg	Boa	Exc
Média	64.3	60.3	60.5	75.0	64.3	60.3	60.5	75.0
D Padrão	24.4	26.9	20.9	41.8	24.4	26.9	20.9	41.8
Médias- DP	39.9	33.4	39.6	33.2	39.9	33.4	39.6	33.2
Média +DP	88.7	87.2	81.5	116.8	88.7	87.2	81.5	116.8
Mínimo	50.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0	50.0	0.0
Máximo	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mediana	50.0	50.0	50.0	100.0	50.0	50.0	50.0	100.0
1o Quartil	50.0	50.0	50.0	62.5	50.0	50.0	50.0	62.5

Mediana	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
1o Quartil	100.0	50.0	50.0	100.0	100.0	56.3	100.0	100.0
3o Quartil	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
p-valor(K-W)	0.3991				0.8087			

K-W: Teste de Kruskal-Wallis

Gráfico 6: Média e desvio padrão de Preparo e Participação do Domínio 5 (TRAB) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016.



Fonte: Programa BioStats, 2016.

6.6.6 Domínio 6 - LAZER

A avaliação do domínio LAZER/Preparo conforme as categorias de Qualidade do Sono (Muito Ruim, Regular, Boa e Excelente) resultou no p-valor = 0.7863 o qual não é significativo, portanto, os escores deste domínio não apresentam real diferença conforme as categorias de Qualidade do Sono.

A avaliação do domínio LAZER /Participação conforme as categorias de Qualidade do Sono (Muito Ruim, Regular, Boa e Excelente) resultou no p-valor = 0.7677 o qual não é significativo, portanto, os escores deste domínio não apresentam real diferença conforme as categorias de Qualidade do Sono.

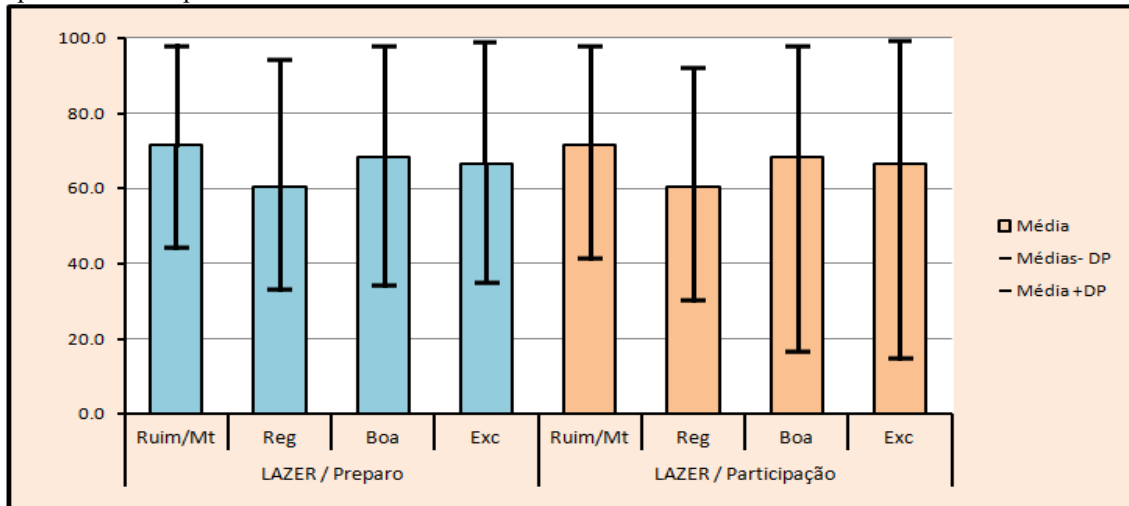
Tabela 17: Domínio 6 (LAZER) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016.

	LAZER / Preparo				LAZER / Participação			
	Ruim/Mt	Reg	Boa	Exc	Ruim/Mt	Reg	Boa	Exc
Média	71.4	60.3	68.4	66.7	71.4	60.3	68.4	66.7
D Padrão	26.7	34.3	29.9	51.6	26.7	32.0	29.9	51.6
Médias- DP	44.7	26.0	38.6	15.0	44.7	28.2	38.6	15.0
Média +DP	98.2	94.6	98.3	118.3	98.2	92.3	98.3	118.3
Mínimo	50.0	0.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0	0.0
Máximo	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mediana	50.0	50.0	50.0	100.0	50.0	50.0	50.0	100.0

1o Quartil	50.0	50.0	50.0	25.0	50.0	50.0	50.0	25.0
3o Quartil	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
p-valor(ANOVA)	0.7863				0.7677			

ANOVA: Análise de Variância

Gráfico 7: Média e desvio padrão de Preparo e Participação do Domínio 6 (LAZER) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016.



Fonte: Programa BioStats, 2016.

6.6.7 Domínio 4 – Participação Social (PS)

A avaliação do domínio PS/Preparo conforme as categorias de Qualidade do Sono (Muito Ruim, Regular, Boa e Excelente) resultou no p-valor = 0.0986 o qual não é significativo, portanto, os escores deste domínio não apresentam real diferença conforme as categorias de Qualidade do Sono.

A avaliação do domínio PS/Participação conforme as categorias de Qualidade do Sono (Muito Ruim, Regular, Boa e Excelente) resultou no p-valor = 0.0833 o qual não é significativo, portanto, os escores deste domínio não apresentam real diferença conforme as categorias de Qualidade do Sono.

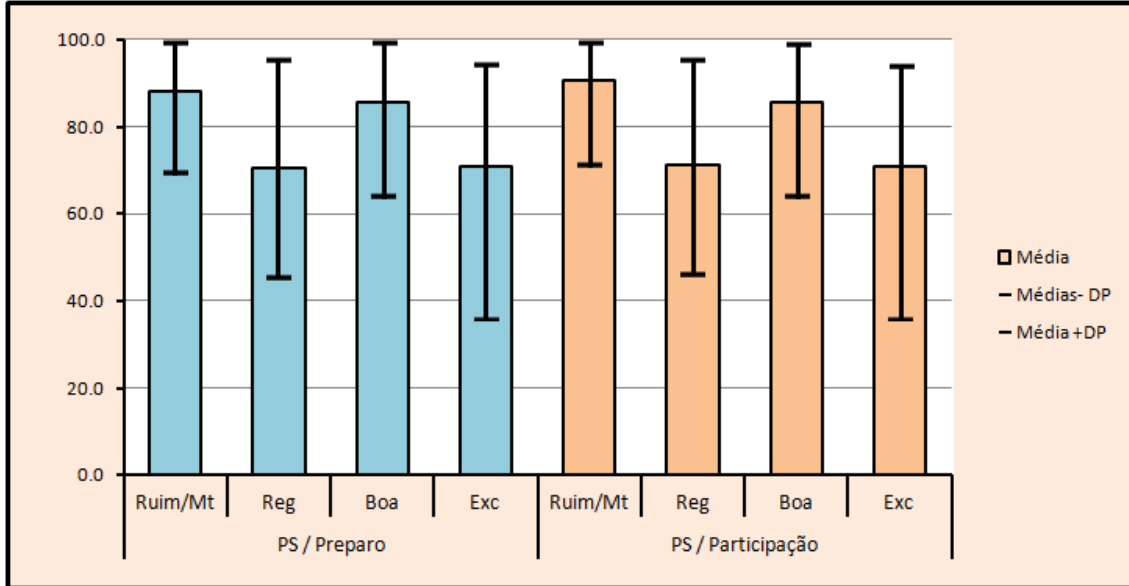
Tabela 18: Domínio 7 (PS) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais. Belém/PA ano 2016.

	PS / Preparo				PS / Participação			
	Ruim/Mt	Reg	Boa	Exc	Ruim/Mt	Reg	Boa	Exc
Média	88.1	70.6	85.5	70.8	90.5	71.1	85.5	70.8
D Padrão	18.5	24.9	21.1	34.9	18.9	24.6	21.1	34.9
Médias- DP	69.6	45.7	64.4	36.0	71.6	46.4	64.4	36.0
Média +DP	106.6	95.5	106.7	105.7	109.4	95.7	106.7	105.7
Mínimo	50.0	0.0	50.0	25.0	50.0	0.0	50.0	25.0
Máximo	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
Mediana	100.0	66.7	100.0	83.3	100.0	66.7	100.0	83.3
1o Quartil	83.3	50.0	70.8	41.7	91.7	54.2	70.8	41.7

3o Quartil	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
p-valor(ANOVA)	0.0986				0.0833			

ANOVA: Análise de Variância.

Gráfico 8: Média e desvio padrão de Preparo e Participação do Domínio 7 (PS) do Questionário ATOSS aplicado a n=67 profissionais Belém/PA ano 2016.



Fonte: Programa BioStats, 2016.

7 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste estudo houve predominância do sexo feminino, representando 84% da amostra, achado que remete a construção histórica da profissão, que sempre foi exercida por sua grande maioria por mulheres (SILVA; MARTINO, 2009). No estudo de Martino e Mendes (2012) para identificar os sintomas referentes ao estado geral de saúde associado ao trabalho em turnos de enfermagem e relacioná-los com a qualidade do sono, também foi constituído por maioria mulher com 82,4% de uma amostra de 136 profissionais de enfermagem.

De modo geral, o perfil dos trabalhadores pode-se resumir em mulheres (84%), com a média de idade de 43 anos, solteiras (42%) com ensino superior completo (40%), do turno noturno (61%).

Quanto às características profissionais, a maioria trabalha entre 5 a 10 anos na profissão (34%) e na instituição (70%), e um pouco mais da metade (54%) também trabalha em outro local, dado confirmado também pelo estudo de Silva e Martino (2009), onde 67,9% do profissionais de enfermagem possuíam mais de um trabalho remunerado.

Em relação ao diagnóstico de algum transtorno do sono, 57% dos profissionais acreditam que possuem algum transtorno do sono, refletindo na nota da qualidade do sono na ATOSS, onde 55% atribuiu nota 3 ou regular, que considera um sono de até 5 horas ininterruptas ou com poucas interrupções, pois para Fernandes (2006) um sono de boa qualidade deveria ser de no mínimo 7 horas de duração, e que um sono com menos de 3 horas, pode trazer comprometimentos físicos, mentais ou intelectual.

A qualidade regular do sono dos sujeitos pesquisados pode ser resultado da jornada dupla de trabalho de 54% destes, gerando alta carga horária de trabalho e falta de tempo para descansar (SILVA; MARTINO, 2009) e de a maioria (61%) trabalhar no turno noturno causando possíveis alterações no ciclo vigília-sono (MEDEIROS, 2009), pois no estudo de Martino (2009) a média de sono diurno de profissionais de enfermagem do turno noturno foi de 4h41m com micro despertares indicando um sono de qualidade inferior.

Em relação ao bem estar e à saúde, o valor mais frequente atribuída ao bem estar foi 8. E em relação à saúde os sintomas que tiveram mais registro entre os profissionais de enfermagem desta pesquisa e que são sentido às vezes, são fadiga, irritabilidade, instabilidade emocional, dificuldade de concentração, prejuízos na memória e alterações no humor. Sintomas, muito semelhantes ao que se encontra na literatura.

Por meio de revisão de literatura, Müller e Guimarães (2007) mostram que algumas das consequências dos distúrbios do sono, que também tem como causa a privação do sono,

são cansaço ou fadiga, problemas de memória, alterações no humor além de desatenção e baixa concentração. Martino e Mendes (2012) encontraram resultados estatisticamente significativos quanto à relação da qualidade do sono com irritabilidade e dificuldade de concentração. O cansaço ou fadiga, também foi registrado por Silva e Martino (2009) tanto no início quanto no fim do plantão, no início com 50,9% dos profissionais e no fim por 92,5%, quando repetido o questionário 30 dias depois, o resultado foi semelhante ao primeiro, no início da jornada 58,5% relataram cansaço e no final, 90,6% dos profissionais pesquisados.

Quanto à instabilidade emocional, o resultado é reiterado pelo estudo de Xavier e Vahetti (2012) quando traz este sintoma como consequência da ausência de sono. A instabilidade emocional pode ser compreendida como um desequilíbrio de ações e sentimentos que podem ser prejudicada pela privação do sono, bem como o cansaço e identificado pela presença de irritabilidade e intolerância (XAVIER; VAHETTI, 2012). Silva e Martino (2009) mostram que o cotidiano de uma equipe de enfermagem, bem como de outros profissionais de saúde, podem trazer uma sobrecarga emocional diária dentro e fora do trabalho, devido o regime de turno e a dupla jornada de trabalho, exposição constante ao sofrimento e, por vezes, à morte do paciente.

Sobre o Protocolo ATOSS, após análise estatística, o mesmo não obteve valor estatístico suficiente para ser validado devido à três falhas: 1- Construir poucas perguntas para os domínios; 2- Elaborar apenas três opções para os domínios, deveriam ser no mínimo cinco opções. Exemplo: 0 para normal; 1 para poucas alterações; 2 para muitas alterações mas realizável com frequência; 3 para muitas alterações mas raramente realizado e 4 completamente prejudicado e falha 3-Pôr a qualidade do sono em opções pré-determinadas, o ideal deveria ser perguntas sobre a quantidade de horas que o indivíduo dorme. Ou seja, a estrutura do protocolo não é adequada para medir estatisticamente a relação do sono com as ocupações.

Porém, embora o protocolo não tenha alcançado teste de significância nos seis dos sete domínios, apenas no domínio preparo do descanso e sono, permitiu rastrear as principais ocupações comprometidas pela alteração do ciclo vigília-sono nos sujeitos pesquisados, bem como aquelas que foram registradas como não prejudicadas e as que mais não se aplicaram aos sujeitos da pesquisa.

Em relação ao preparo das ocupações, as atividades registradas como prejudicadas foram: participação na educação, lazer (envolvimento em fazeres não obrigatório) e cuidado com a alimentação, e quanto à participação foram participação na educação, lazer, costume religioso e uso de meios de transporte. Quanto às ocupações registradas como muito

prejudicadas destacaram-se o costume religioso e o lazer tanto no preparo quanto na participação.

Em relação à participação na educação, estudos mostram que o prejuízo pode ser justificado tanto pela dificuldade de aprendizagem causada pelo sono insuficiente, já que este tem função fundamental na consolidação da memória, logo influencia no aprendizado (SILVA; MARTINO, 2009; FERREIRA; MARTINO, 2012) quanto pela incompatibilidade de horários devido o trabalho em turnos (OLIVEIRA et al, 2006).

Quanto ao lazer, os principais motivos que podem dificultar o preparo e participação são o tempo reduzido durante a semana, a necessidade de descansar e as atividades de lazer incompatíveis com o seu horário disponível (OLIVEIRA et al, 2006). E uso de meios de transporte encontra-se prejudicado devido ao medo de dormir enquanto dirige. Júnior (2010) destaca que 93% das causas de acidentes na área de transporte são por falha humana destes, 60% correspondem à fadiga e ao cansaço, que podem ser agravados pela privação do sono, já que este diminui em 50% a concentração. Sono escasso pode aumentar o risco para acidentes, principalmente no momento do deslocamento de um local para outro (FERREIRA; MARTINO, 2012).

Sobre a atividade “cuidado com a alimentação”, que corresponde a “colocar, arranjar e trazer o alimento ou bebida à boca” pode ter ocorrido má compreensão do termo, mesmo que esteja especificado no protocolo, já que é recorrente na literatura estudos que trazem o hábito alimentar destes trabalhadores, que estão relacionados à ingestão de alimentos de fácil preparo, com baixa qualidade nutricional no intuito de permanecer acordado durante o trabalho (MEDEIROS, 2009; SILVA et al, 2011; IZU, 2011; XAVIER; VAHETTI, 2012). Desta forma, “cuidado com a alimentação” pode ter sido compreendido como a preocupação com a alimentação saudável.

Em relação ao costume religioso, não foi encontrado estudos que descrevessem a repercussão da alteração do ciclo vigília-sono ou de trabalhos em turnos no costume religioso. Porém, sabe-se que no Estado do Pará a população é fortemente ligada a religião, como mostram os dados do Censo 2010 (IBGE, 2010), onde a população na época era de 7.581.051, destes 4.828.198 da população residente se declara da religião católica apostólica romana e 2.026.332 da religião evangélica.

As atividades registradas como não prejudicadas, tanto no preparo quanto na participação foram: qualidade do banho que você toma, manutenção na segurança e emergência, cuidado com seu modo de vestir, envolvimento em atividade sexual e desempenho no trabalho. Esta última atividade, pode ser devido ao fato de os trabalhadores já

atuarem na profissão e na instituição a mais de 5 anos, podendo ter ocorrido nesse tempo uma adaptação ao trabalho e ajustes com suas atividades extralaborais, resultando, de certa forma em um equilíbrio ocupacional, mesmo que apresente prejuízo em alguma ocupação (GÓMEZ LILLO, 2006), isto pode justificar ainda a nota de bem estar.

As atividades que menos se aplicaram a amostra, tanto na preparo quanto na participação, foram: trabalho voluntário, participação na comunidade e cuidado com animais, que pode ser justificado pelo fato de a maioria dos profissionais trabalharem em mais de um local, faltando tempo para estas atividades.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O sono pode ser considerado como um campo ainda recente na Terapia Ocupacional, tendo em vista sua inclusão como ocupação apenas em 2008 pela AOTA (KUBOTA; SILVA; MASIOLI, 2014). Neste sentido, pode-se inferir que nesta área ainda existe muito a ser estudado, visando à melhoria da prática do profissional terapeuta ocupacional com seus pacientes ou clientes.

Assim, com o objetivo de contribuir com esta área recente e diante de uma realidade onde o sono é cada vez mais sacrificado, pensamos em como a terapia ocupacional poderia desenvolver seu trabalho, considerando que nesta profissão a avaliação é de fundamental importância para elaboração de um plano terapêutico. Entretanto, em nossa pesquisa, não encontramos na literatura nenhum instrumento específico que avaliasse o quanto a alteração do sono repercute nas ocupações e que identificasse quais as ocupações mais prejudicadas neste fenômeno.

Propomo-nos ao desafio de construir e validar, mesmo que parcialmente, um instrumento, que futuramente contribua com a prática desta profissão. Já nos primeiros testes com pessoas de diferentes níveis educacionais e com Terapeutas Ocupacionais, e mais tarde com os profissionais da equipe de enfermagem, pudemos notar o quanto essas pessoas puderam se perceber como um indivíduo ocupacional e puderam refletir sobre como a alteração do ciclo-vigília sono pode interferir em outras ocupações e como isso pode esta repercutindo na saúde dos mesmos.

Porém, ao submeter o instrumento aos primeiros testes com profissional estatístico, de correlação entre sono e ocupação, que seria uma validação parcial, o mesmo não alcançou valor estatisticamente significativo por algumas falhas estruturais. Entretanto, visualizamos este resultado como o próximo passo a ser dado. Pois, mediante a este trabalho foi possível identificar as falhas que são consideradas como caminhos importantes para que possamos continuar investindo na validação total desse instrumento em etapas futuras da vida acadêmica.

Contudo, em uma análise qualitativa do estudo, foi possível identificar em nossa amostra, as ocupações mais prejudicadas, tanto no preparo quanto na participação, algumas recorrentes na literatura como a dificuldade na participação na educação, uso de meios de transporte, lazer e cuidado com a alimentação, embora esta última possa ter tido uma compreensão equivocada. E como um resultado novo, pôde mostrar o costume religioso como prejudicado.

Quanto à saúde destes profissionais, nosso trabalho confirmou o que outros estudos já traziam em seus resultados, que alteração no ciclo vigília-sono bem como a jornada dupla de trabalho, pode prejudicar a condição de saúde destes trabalhadores. Como resultado tivemos como mais registrados a fadiga, a irritabilidade, a instabilidade emocional e alterações no humor.

As ocupações prejudicadas refletem um desequilíbrio ocupacional, seja pela má distribuição do tempo, ou por fatores externos e/ou internos que dificulta a organização das ocupações destas pessoas. Ainda foi possível observar equilíbrio ocupacional entre os sujeitos pesquisados, justificado pela sinalização de atividades não prejudicadas.

Desta forma, sugere-se mais atenção aos riscos do trabalho em turno, atenção tanto da instituição quanto do próprio trabalhador, bem como a criação de sistema de trabalho destes profissionais e de outros da área da saúde, com melhor distribuição dos turnos, afim de que se alcance melhor equilíbrio entre as ocupações destes trabalhadores, elevando a condição de saúde e de bem estar.

Neste estudo os pesquisadores, bem como os sujeitos pesquisados, puderam contribuir com a comunidade científica na elaboração de um protocolo que faça uma avaliação de forma palpável para que se garanta uma melhor qualidade de vida aos indivíduos, contribuindo para ampliação de estudos nesta área de ocupação e conseqüentemente com a prática da Terapia Ocupacional no que diz respeito à avaliação dos efeitos da alteração do ciclo vigília-sono nas ocupações. A instituição poderá usufruir do estudo para que possa melhorar sua escala de trabalho destes e de outros profissionais em situação semelhante.

Diante deste estudo, pudemos perceber ainda como a terapia ocupacional pode contribuir de forma significativa na saúde e qualidade de vida dos trabalhadores ao considerar o sono como uma ocupação que pode ser facilitadora ou barreira para o desempenho de outras ocupações, incluindo o trabalho que é uma das principais ocupações da vida de um adulto.

Durante a realização do trabalho de conclusão de curso, nos deparamos com diversos desafios. Primeiro, pela a proposta de validação de um protocolo, ainda que de forma parcial, que se mostrou um objetivo de pesquisa trabalhoso para um trabalho de conclusão de curso. De fato o trabalho nos exigiu um desempenho descomunal, pois demandou trilhar caminhos nunca antes trilhados nesta área de ocupação, principalmente porque o instrumento para que seja reconhecido no universo científico precisou ser comprovado, necessitando de ajuda de profissional de estatística e que tivesse experiência com o método de validação de protocolos, com pesquisa quantitativa.

Quanto ao tipo de pesquisa, pudemos comprovar a dificuldade na área de terapia ocupacional em desenvolver uma pesquisa quantitativa, já que o carro chefe da referida profissão sempre foi à pesquisa qualitativa, sugerindo melhor formação quanto à pesquisa quantitativa, tendo em vista sua importância para comprovar ou refutar hipóteses. Sabemos que comprovar método de forma numérica foi e é, e ainda será um desafio para nós. Talvez, esta dificuldade seja um dos motivos que justifique o porquê não atingimos o resultado esperado. Entretanto, a pesquisa permitiu aprendizados singulares que uma pesquisa quantitativa fornece.

O trabalho de conclusão de curso do curso de terapia ocupacional foi considerado um dos maiores desafios de toda nossa graduação, porém o privilégio de contribuir para uma melhor qualidade de vida dos trabalhadores seja ela de uma área específica ou não, foi recompensador, pois tivemos a plena convicção de que esse foi o primeiro passo para uma longa caminhada a seguir.

Na área de terapia ocupacional, como a pesquisa apontou, existem poucas publicações acerca de sono e ocupação, principalmente nacionalmente. E desbravar um território como esse e ainda com o auxílio da pesquisa quantitativa nos possibilitou um grande aprendizado. E sabemos que ainda temos uma longa jornada até a validação total do instrumento.

REFERÊNCIAS

- ALOÈ, F.; AZEVEDO, A. P.; HASAN, R. Mecanismos do ciclo sono-vigília. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, n. 27, supl 1, p. 33-39, 2005.
- AMARAL, A. C. S. et al. Equivalência semântica e avaliação da consistência interna da versão em português do Sociocultural Attitudes Towards Appearance Questionnaire-3 (SATAQ-3). **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 8, p.1487-1497, ago. 2011.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational therapy practice framework: Domain and process. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 56, p. 609–639. 2002. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.5014/ajot.56.6.609](http://dx.doi.org/10.5014/ajot.56.6.609). Acesso em: 1 jul. 2016.
- AMERICAN OCCUPATIONAL THERAPY ASSOCIATION. Occupational therapy practice framework: Domain and process. 3rd ed. **American Journal of Occupational Therapy**, v. 68, Suppl.1, p. 1–48, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5014/ajot.2014.682006>. Acesso em: 1 jul. 2016.
- ANABY, D. et al. The Role of Occupational Characteristics and Occupational Imbalance in Explaining Well-being. **Applied Research Quality Life**, n. 5, p. 81-104, 2010.
- ARAÚJO, C. L. O.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono em idosos residentes em instituição de longa permanência. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.44, n.3, p. 619-626, 2010.
- BARROSO, Bárbara Iansã de Lima; MARCOLINO, A. V.; SIQUEIRA, J. C. F. Efeitos do trabalho em turnos nos controladores de tráfego aéreo: uma revisão sistemática baseada no método PRISMA. **Cadernos de Terapia Ocupacional da UFSCar**, São Carlos, v. 23, n. 2, p. 393-402, 2015.
- BRANCO, J. N. R.; GUERRA, G. M.; MACHADO, R. C. Validação de protocolo para assistência a pacientes com balão intra-aórtico. **Acta Paul Enferm.**, v. 25, n. especial, p. 13-19, 2012.
- CARDOSO, H. C. et al. Avaliação da qualidade do sono em estudantes de medicina. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v.33, n. 3, p. 349-355, 2009.
- CARLETO, D. G. S. et al. Estrutura e prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo, 2ª ed. **Revista Triângulo: ensino, pesquisa e extensão**, Uberaba- MG, v. 3, n. 2, p. 57-147, jul/dez, 2010.
- CAVALCANTI, A.; DUTRA, F. C. M. S.; ELUI, V. M. C. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio e processo 3ª ed. **Revista de Terapia Ocupacional da USP**, São Paulo, v. 26, ed. esp., p. 1-49, jan/abr. 2015.
- DÜR, M. et al. Development of a new occupational balance- questionnaire: incorporating the perspectives of patients and healthy people in the design of a self-reported occupational balance outcome instrument. **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 12, n. 45, 2014.

FERNANDES, R. M. F. O sono normal. *Medicina, Ribeirão Preto*, v. 39, n. 2, p. 157-168, abr./jun. 2006.

FERREIRA, A. B. H. Mini Aurélio Século XXI: O minidicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 2001.

FERREIRA, L. R. C.; MARTINO, M. M. F. Padrão de sono e sonolência do trabalhador estudante de enfermagem. *Rev Esc Enferm USP*, v. 46, n. 5, p. 1170-1183, 2012.

FILHO, O. S.; PEREIRA, A. M. T. B.; SCOARIS, Raquel Carmen de Oliveira. Elaboração e validação de um instrumento de avaliação de atitudes frente ao uso de história da ciência no ensino de ciências. *Revista Electrónica de Enseñanza de las Ciencias*, v. 8, n. 3, p. 901-922, 2009.

GÓMEZ LILLO, S. Equilibrio y organización de la rutina diaria. *Revista Chilena de Terapia Ocupacional*, n. 6, p. 47-54, 2006.

HOCKING, C. Contribuição da Ocupação para a Saúde e o Bem Estar. In: CREPEAU, Elizabeth; COHN, Ellen; SCHELL, Barbara. **Willard & Spackman: Terapia Ocupacional**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011, p. 45-55.

IZU, M.; et al. Trabalho Noturno como fator de risco na carcinogênese. *Ciência y Enfermaria XVII*, n. 3, p. 83-95, 2011.

JÚNIOR, D. R. A. Repercussão do sono sobre o trabalho. *Diagnóstico e Tratamento*, v. 15, n.3, p. 150-152, 2010.

KUBOTA, A. M. A.; SILVA, Maria de Nazaré Rodrigues Malcher de Oliveira; MASIOLI, A. B. Aspectos da insônia no adulto e a relação com o desempenho ocupacional. *Revista de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo*, v. 25, n. 2, p.119-125, maio/ago. 2014.

LIMA Anna Myrna Jaguaribe de; SOARES C. M. V., SOUZA, Alexandre Oscar Soares de. Efeito da inversão dos turnos de trabalho sobre capacidade aeróbia e respostas cardiovasculares ao esforço máximo. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, v. 14, n. 3, mai-jun, 2008.

LOMELÍ, H. A. et al. Sleep evaluation scales questionnaires: a review. *Actas Esp. Psiquiatria*, v. 36, n. 1, p. 50-59, 2008.

LOPES, M.; LEAL, S. A feminização persistente na qualificação profissional da enfermagem brasileira. *Cadernos Pagu*, p.105-125, jan/jun. 2005.

MARTINO, M. Arquitetura do sono diurno e ciclo vigília-sono em enfermeiros nos turnos de trabalho. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 43, n. 1, p. 194-199, 2009.

MARTINO, M. M. F.; MENDES, S. S. Trabalho em turnos: estado geral de saúde relacionado ao sono em trabalhadores de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 46, n. 6, p. 1471-1476, 2012.

MEDEIROS, S. M., et al. Possibilidades e limites de recuperação do sono de trabalhadores noturnos de enfermagem, **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 30, n. 1, p. 92-98, mar. 2009.

MELLO, Maria Aparecida F. de; MANCINI, M. C. Métodos e técnicas de avaliação nas áreas de desempenho ocupacional. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, G. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro, Ed Guanabara Koogan, 2011.p 49-73

MÜLLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de Psicologia**, Campinas, n. 24, v. 4, p. 519-528, out/dez. 2007.

NADER, N.; CHROUSOS, G. P.; KINO, T. Interactions of the Circadian CLOCK System and the HPA Axis. **Trends Endocrinol Metab**, v. 21, n. 5, may, p. 277-286, 2010.

NUNES, Ciomara Maria Pérez. Avaliação das Atividades Produtivas e de Trabalho. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, G. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro, Ed Guanabara Koogan, 2011.p 54-69.

OLIVEIRA, A. L., et al. O trabalho Noturno e suas repercussões na saúde e na vida cotidiana de trabalhadores metalúrgicos do vale do Paraíba no estado de São Paulo. **REPOT**, v. 6, n. 2, p. 65-84, jul/dez. 2006.

PADILHA, M.; MANCIA, J. Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história. **Rev Bras Enferm**, v. 58, n. 6, p. 723-726, nov/dez. 2005.

PASQUALI, Luiz. Princípios de elaboração de escalas psicológicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 25, n. 5, p. 206-213, 1998.

PEREIRA, E. F. et al. Percepção da qualidade do sono e da qualidade de vida de músicos de orquestra. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 37, n. 2, p. 48-51, 2010.

PINEL, J. P.J. **Biopsicologia**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

ROCHA, E. F. R.; BRUNELLO, M. I. B. Avaliação qualitativa em Terapia Ocupacional: princípios, métodos e técnicas de coleta de dados. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, G. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro, Ed Guanabara Koogan, 2011.p 44-48.

ROSA, P. L. F. S. Percepção da duração do sono e da fadiga entre trabalhadores de enfermagem. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro; v. 15, n. 1, p. 100-106, jan/mar. 2007.

REPPOLD, C. T.; GURGEL, L. G.; HUTZ, C. S. O processo de construção de escalas psicométricas. **Avaliação Psicológica**, v. 13, n.2, p. 307-310, 2014.

ROCHA, M. C. P. R.; MARTINO, M. M. F.. O estresse e a qualidade de sono nos diferentes turnos hospitalares. **Revista Escola Enfermagem da USP**, v.44, n. 2, p. 280-288, 2010.

SILVA, R.M. et al. Trabalho noturno e a repercussão na saúde dos enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v.15, n. 2, p. 270-276, abr/jun. 2011.

SILVA, S. N. P.. Análise de atividade. In: CAVALCANTI, A.; GALVÃO, G. **Terapia Ocupacional: Fundamentação e Prática**. Rio de Janeiro, Ed Guanabara Koogan, 2011. p. 110-123.

SILVA, C. A. R.; MARTINO, M. M. F.. Aspectos do ciclo vigília-sono e estados emocionais em enfermeiros dos diferentes turnos de trabalho. **Ver. Ciênc. Méd.**, Campinas, v. 18, n. 1, p. 21-33, Jan/Fev. 2009.

SOUZA, A. M. CORRÊA, V. A. C. Compreendendo o pesar do luto nas atividades ocupacionais. **Revista do Nufen**, v.01, n. 02, ago/nov. 2009.

SOUZA, J. C.; GUIMARÃES, L. A. M. **Insônia e qualidade de vida**. Campo Grande: UCDB, 1999, 194 P.

WAGMAN, P.; HAKANSSON, C.; BJÖRKLUND, A. Occupational balance as used in occupational therapy: a concept analysis. **Scandinavian Journal of Occupational Therapy**, early Oline, p. 1-6, 2011.

WATSON, M. ET AL. Back to the basic: sleep and occupation. **Occupational Therapy Now**, v. 16, n. 6, nov./dec. 2014.

WILCOCK, A. A Theory of the Human Need for Occupation. **Occupational Science: Australia**, v. 1, n. 1, p. 17-24, April. 1993.

XAVIER, K. G. S.; VAHETTI, H. H.. Aspectos cronobiológicos do sono de enfermeiras de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, jan./fev., 2012.

YERXA, E. J.. Occupational science: a new source of power for participants in occupational therapy. **Occupational Science**, Australia, v.1, n. 1, p. 3-9. April. 1993.

APÊNDICE A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para pessoas de diferentes níveis educacionais



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da Pesquisa pertencente ao Trabalho de Conclusão de Curso intitulado **“A Construção do Protocolo de Avaliação da Repercussão da Alteração do Ciclo Vigília-Sono nas Ocupações”**.

Você será submetido **voluntariamente** ao estudo, quando maiores de 18 anos, de ambos os sexos, de qualquer nível de escolaridade.

Este estudo constará de preenchimento da avaliação Terapêutica Ocupacional sobre o sono por pessoas com déficit de sono, protocolo elaborado pelas pesquisadoras, com o objetivo de compreender qual a influência da alteração do ciclo-vigília sono nas ocupações. Assim, após o preenchimento, haverá retorno das informações por parte dos participantes sobre as dificuldades encontradas para leitura e preenchimento do protocolo, bem como de sugestões para melhoria do mesmo.

O estudo deve-se aos possíveis efeitos que a alteração do sono pode trazer às ocupações das pessoas, a importância de avaliar o quanto e quais ocupações são mais afetadas e por encontra-se poucos estudos terapêuticos ocupacionais relacionados a esta área e nenhum protocolo que mensure ou rastreie especificamente as áreas de ocupações mais afetadas do sono.

Você pode **concordar ou não** em participar do estudo, e pode decidir, a qualquer momento, esclarecer suas dúvidas referentes à pesquisa, e se **retirar da mesma, sem penalidades e sem prejuízos tanto para você quanto** as atividades prestadas pela instituição.

A divulgação dos resultados do projeto, contendo análises dos dados coletados, e citações anônimas, será feita após a finalização do estudo, através do relatório final, que estará disponível aos interessados, podendo ser apresentado em encontros científicos e publicado em revistas especializadas. Afirma-se que mediante **o risco de identificação do (a) participante**, as pesquisadoras se comprometem em **manter o sigilo da identidade e a privacidade deste**.

Para isso, durante a redação do trabalho, **não será usado nome nem registro** real, sendo o (a) participante representado por um nome fictício. Ressalta-se, ainda, que sua participação na pesquisa **resultará em riscos mínimos para sua saúde**, já que as pesquisadoras se comprometem a utilizar os conhecimentos de biossegurança e ética profissional.

Informa-se que sua participação na pesquisa não acarretará **despesas para você** em qualquer fase do estudo, **nem haverá pagamento pela participação da mesma**, pois esta será **voluntária**.

Este termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e outra com as pesquisadoras.

Os responsáveis por esta pesquisa são as estudantes de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará Clemici Lima Corrêa e Estela Jaqueline de Oliveira e a Prof.^a M.Sc. e Terapeuta Ocupacional Cibele Braga, que poderão ser encontrados nos respectivos telefones, 98274 3837, 98136 6766 e 98228 5900.

Prof.^a M.Sc. Cibele Braga
Pesquisador Responsável
End.: Av. Conselheiro Furtado, Ed.
Reg. Conselho: CREFITO 7619

Clemici Lima Corrêa
Pesquisadora
End.: Pass. Santa Fé, nº 469.

Estela Jaqueline de Oliveira
Pesquisadora
End: Estrada do Outeiro, 1133

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Diante das informações acima prestadas e após o esclarecimento de outras dúvidas, eu, abaixo assino, concordo em participar ou permitir que a pessoa pela qual sou responsável, participe voluntariamente da pesquisa.

Belém, ___ de _____ de 2016.

Assinatura da Entrevistada

**APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para Terapeutas
Ocupacionais**



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da Pesquisa pertencente ao Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “**A Construção do Protocolo de Avaliação da Repercussão da Alteração do Ciclo Vigília-Sono nas Ocupações**”.

Você será submetido **voluntariamente** ao estudo, quando maiores de 18 anos, de ambos os sexos, sendo Terapeuta Ocupacional, diplomado e com registro no Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 12ª Região.

Este estudo constará de avaliação por Terapeutas Ocupacionais do protocolo elaborado pelas pesquisadoras bem como de preenchimento de questionários de identificação pessoal e avaliação Terapêutica Ocupacional sobre o sono a fim de compreender qual a influência da alteração do ciclo-vigília sono nas ocupações da Equipe de Enfermagem.

O estudo deve-se aos possíveis efeitos que a alteração do sono pode trazer às ocupações das pessoas, a importância de avaliar o quanto e quais ocupações são mais afetadas e por haver poucos estudos terapêuticos ocupacionais relacionados a esta área e nenhum protocolo que mensure ou rastreie especificamente as áreas de ocupações mais afetadas do sono.

Você pode **concordar ou não** em participar do estudo, e pode decidir, a qualquer momento, esclarecer suas dúvidas referentes à pesquisa, e se **retirar da mesma, sem penalidades e sem prejuízos tanto para você quanto** as atividades prestadas pela instituição.

A divulgação dos resultados do projeto, contendo análises dos dados coletados, e citações anônimas, será feita após a finalização do estudo, através do relatório final, que estará disponível aos interessados, podendo ser apresentado em encontros científicos e publicado em revistas especializadas. Afirma-se que mediante **o risco de identificação do(a) Terapeuta Ocupacional**, as pesquisadoras se comprometem em **manter o sigilo da identidade e a**

privacidade deste. Para isso, durante a redação do trabalho, **não será usado nome nem registro** real, sendo o(a) Terapeuta Ocupacional representado por um nome fictício. Ressalta-se, ainda, que sua participação na pesquisa **resultará em riscos mínimos para sua saúde**, já que as pesquisadoras se comprometem a utilizar os conhecimentos de biossegurança e ética profissional.

Informa-se que sua participação na pesquisa não acarretará **despesas para você** em qualquer fase do estudo, **nem haverá pagamento pela participação da mesma**, pois esta será **voluntária**.

Este termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e outra com as pesquisadoras.

Os responsáveis por esta pesquisa são as estudantes de Terapia Ocupacional da Universidade do Federal do Pará Clemici Lima Corrêa e Estela Jaqueline de Oliveira e a Prof.^a M.Sc. e Terapeuta Ocupacional Cibele Braga, que poderão ser encontrados nos respectivos telefones, 98274 3837, 98136 6766 e 98228 5900.

Prof.^a M.Sc. Cibele Braga
Pesquisador Responsável
End.: Av. Conselheiro Furtado, Ed.
Reg. Conselho: CREFITO 13914

Clemici Lima Corrêa
Pesquisadora
End.: Pass. Santa Fé, nº 469.

Estela Jaqueline de Oliveira
Pesquisadora
End: Estrada do Outeiro, 1133

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Diante das informações acima prestadas e após o esclarecimento de outras dúvidas, eu, abaixo assino, concordo em participar ou permitir que a pessoa pela qual sou responsável, participe voluntariamente da pesquisa.

Belém, ___ de _____ de 2016.

Assinatura do (a) Entrevistado (a)

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para profissionais de Enfermagem



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado a participar da Pesquisa pertencente ao Trabalho de Conclusão de Curso intitulado “**A Construção do Protocolo de Avaliação da Repercussão da Alteração do Ciclo Vigília-Sono nas Ocupações**”.

Você será submetido **voluntariamente** ao estudo, quando maiores de 18 anos, de ambos os sexos, sendo Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem, que trabalhem na instituição há mais de 1 (um) mês e que desejem participar da pesquisa.

Este estudo constará preenchimento de questionários de identificação pessoal e avaliação Terapêutica Ocupacional sobre o sono a fim de compreender qual a influência da alteração do ciclo-vigília sono nas ocupações da Equipe de Enfermagem.

O estudo deve-se aos possíveis efeitos que a alteração do sono pode trazer às ocupações das pessoas, a importância de avaliar o quanto e quais ocupações são mais afetadas e por encontra-se poucos estudos terapêuticos ocupacionais relacionados a esta área e nenhum protocolo que mensure ou rastreie especificamente as áreas de ocupações mais afetadas do sono.

Você pode **concordar ou não** em participar do estudo, e pode decidir, a qualquer momento, esclarecer suas dúvidas referentes à pesquisa, e se **retirar da mesma, sem penalidades e sem prejuízos tanto para você quanto** as atividades prestadas pela instituição.

A divulgação dos resultados do projeto, contendo análises dos dados coletados, e citações anônimas, será feita após a finalização do estudo, através do relatório final, que estará disponível aos interessados, podendo ser apresentado em encontros científicos e publicado em revistas especializadas. Afirma-se que mediante **o risco de identificação do Enfermeiro, Técnico de Enfermagem ou Auxiliar de Enfermagem**, as pesquisadoras se comprometem em **manter o sigilo da identidade e a privacidade deste**. Para isso, durante a redação do

trabalho, **não será usado nome nem registro** real, sendo o Enfermeiro(a) ou Técnico(a) de enfermagem representado por um nome fictício. Ressalta-se, ainda, que sua participação na pesquisa **resultará em riscos mínimos para sua saúde**, já que as pesquisadoras se comprometem a utilizar os conhecimentos de biossegurança e ética profissional.

Informa-se que sua participação na pesquisa não acarretará **despesas para você** em qualquer fase do estudo, **nem haverá pagamento pela participação da mesma**, pois esta será **voluntária**.

Este termo será assinado em duas vias, uma ficará com você e outra com as pesquisadoras.

Os responsáveis por esta pesquisa são as estudantes de Terapia Ocupacional da Universidade Federal do Pará Clemici Lima Corrêa e Estela Jaqueline de Oliveira e a Prof.^a M.Sc. e Terapeuta Ocupacional Cibele Braga, que poderão ser encontrados nos respectivos telefones, 98274 3837, 98136 6766 e 98228 5900.

Prof.^a M.Sc. Cibele Braga
Pesquisador Responsável
End.: Av. Conselheiro Furtado, Ed.
Reg. Conselho: CREFITO 13914

Clemici Lima Corrêa
Pesquisadora
End.: Pass. Santa Fé, nº 469.

Estela Jaqueline de Oliveira
Pesquisadora
End: Estrada do Outeiro, 1133

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Diante das informações acima prestadas e após o esclarecimento de outras dúvidas, eu, abaixo assino, concordo em participar ou permitir que a pessoa pela qual sou responsável, participe voluntariamente da pesquisa.

Belém, ___ de _____ de 2016.

Assinatura da Entrevistada

APÊNDICES D – Versão 1 da ATOSS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
 CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

AVALIAÇÃO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL SOBRE O SONO (ATOSS)

Nome: _____

Idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

Profissão: _____

Em uma escala de 0 a 10, como você considera a qualidade do seu sono, considerando:



0-2: MUITO RUIM(durmo menos que uma hora e meia de sono por dia)

3-4: RUIM(durmo menos de 3 horas de sono por dia com ou sem interrupções)

5-6: REGULAR(durmo até 5 horas de sono por dia, ininterruptos ou com poucas interrupções)

7-8: BOA(durmo até 6 horas de sono por dia, ininterruptos ou com poucas interrupções)

9-10: EXCELENTE(durmo até 8 horas de sono por dia, ininterruptos ou com poucas interrupções)

(Embasado nos estudos de Fernandes, 2006)

Como você classifica seu desempenho nas seguintes atividades devido a qualidade do seu sono?

Considere:

0 - Não prejudicado, para aquelas ocupações que você consegue realizar satisfatoriamente.

1 - Prejudicado, para aquelas ocupações que você realiza de forma incompleta, não satisfatória;

2 - Muito prejudicado, para aquelas ocupações que você não consegue mais desempenhar.

Legenda:

Nsa (não se aplica): quando a pessoa não desempenha a atividade em avaliação.

Preparo: processo para a realização da atividade, que abrange a escolha de objetos, de espaços físicos, entre outras coisas.

Participação: envolvimento ativo na realização das ocupações.

Área de Ocupação	Ocupação		0 – Não prejudicado	1 – Prejudicado	2- Muito prejudicado	Especificações	Observações
AVDS Atividades de Vida Diária	Qualidade do banho que você toma.	Preparo				Obter e utilizar equipamentos para ensaboar, enxaguar e secar as partes do corpo.	
		Participação					
	Cuidado com seu modo de vestir.	Preparo				Selecionar as roupas e acessórios. Vestir-se e despir-se adequadamente de maneira sequencial.	
		Participação					
	Cuidado com sua alimentação.	Preparo				Colocar, arranjar e trazer o alimento ou bebida até a boca.	
		Participação					
	Cuidado com sua higiene pessoal.	Preparo				Remover pelos do corpo, aplicar e remover produtos de beleza, cuidar do cabelo, unhas,	

		Participação				pele, orelhas, olhos e nariz. Aplicar desodorante, higiene bucal.	
	Envolvimento em atividade sexual.	Preparo				Envolver-se em atividades que resultem em satisfação sexual.	
		Participação					
	Cuidados com equipamentos pessoais.	Preparo				Usar, limpar e manter itens de cuidado pessoal (aparelho auditivo, lentes de contato, óculos, órtese, prótese, equipamentos adaptativos, e dispositivos sexuais e contraceptivos).	
		Participação					
	AIVD Atividades Instrumentais de Vida Diária	Cuidado com os outros e/ou crianças.	Preparo				Arranjar, supervisionar ou fornecer cuidado.
Participação							
Cuidado com animais.		Preparo				Arranjar, supervisionar ou fornecer cuidado para com animais e serviços de animais.	
		Participação					
Uso de meios de transportes.		Preparo				usar transporte privado ou público, tais como dirigir, caminhar, pedalar, tomar ou passear de ônibus, táxi ou outro sistema de transporte.	
		Participação					
Gerenciamento e manutenção da saúde.		Preparo				Desenvolver, gerenciar e manter rotinas para saúde e promoção de bem-estar, tais como condicionamento físico, nutrição, diminuição dos comportamentos de risco para saúde e rotinas de medicação.	
		Participação					
Cuidados no gerenciamento do lar.		Preparo				Obter e manter bens pessoais, da casa e do ambiente, incluindo manutenção e reparação dos bens pessoais (vestuário e itens da casa)	
		Participação					

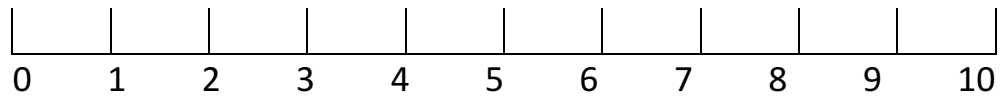
	Preparar a refeição.	Preparo				Planejar, preparar e servir com equilíbrio, alimentos nutricionais e limpar os alimentos e utensílios depois de usá-los	
		Participação					
	Costume religioso.	Preparo				Participar de religião ou prática religiosa.	
		Participação					
	Fazer compras.	Preparo				Preparar lista de compras (mercearia e outra); selecionar, adquirir e transportar itens	
		Preparo					
	Manutenção na segurança e emergência.	Participação				desempenhar procedimentos de prevenção para manter a segurança do ambiente assim como reconhecer subitamente situações inesperadas de perigo e iniciar ações de emergência para reduzir o risco à saúde e a segurança.	
		Preparo					
Descanso e Sono	Descanso.	Participação				Repouso e ações sem esforço que interrompe a atividade mental e física resultando em um estado de relaxamento	
		Preparo					
	Dormir.	Preparação				Rotinas de preparação como o autocuidado, ler ou escutar música para cair no sono, meditar, rezar. Preparar o local em que vai dormir, preparar o despertador, desligar eletrônicos, etc.	
		Participação				Cessar as atividades para garantir o início do sono, soneca, sonho, sustentar o estado de dormir sem interrupção.	
Educação	Participação na educação formal.	Preparo				Ensino fundamental, médio, técnico ou superior. Ex. cursos formação continuada.	
		Participação					

	Participação na educação informal	Preparo				Inglês, outro curso técnico.	
		Participação					
Trabalho	Desempenho no trabalho.	Preparo				Habilidades no trabalho, gerenciamento do tempo; relacionamento com os colegas, superiores e clientes; criação, produção e distribuição de produtos e serviços; iniciar, continuar e completar o trabalho; e obediência as normas e procedimentos de trabalho.	
		Participação					
	Trabalho voluntário	Preparo				Desempenhar atividades de trabalho não remuneradas para o benefício de causas, organizações ou meios.	
		Participação					
Lazer	Envolvimento e fazeres não-obrigatórios	Preparo				Atividade não obrigatória, motivada por vontade própria e realizada durante o tempo livre.	
		Participação					
Participação social	Participação na comunidade.	Preparo				Envolvimento em atividades que resultem em interações sucedidas no nível comunitário (ex. vizinhança, organizações, trabalho, escola).	
		Participação					
	Interação familiar.	Preparo				interações sucedidas em papéis familiares específicos desejados e/ou requeridos.	
		Participação					
	Envolvimento em atividade de coleguismos e amizade.	Preparo				Envolvimento em atividades de níveis diferentes de intimidade, incluindo o envolvimento em atividades de desejo sexual.	
		Participação					

(Embasado em Cavalcanti, Dutra, Elui, 2015)

Índice de saúde e Bem Estar

Numa escala de 0 a 10, onde 0 representa insatisfeito e 10 plenamente satisfeito, como você classificaria sua saúde?



Considerando sua saúde, os sintomas abaixo estão presentes?

Fadiga	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Problemas cardiovasculares	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Problemas gastrointestinais	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Dores de cabeça	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ganho de peso	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Depressão	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Irritabilidade	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Instabilidade emocional	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Dificuldade de concentração	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Prejuízos na memória	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Alterações no humor	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Ansiedade	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Medo	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>

APÊNDICES E – Escala Likert para Terapeutas Ocupacionais



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
 CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**ESCALA LIKERT ADAPTADA PARA VERIFICAÇÃO DO PROTOCOLO DE
 AVALIAÇÃO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL SOBRE O SONO**

Ocupação	Entendi perfeitamente	Entendi parcialmente	Não entendi nada	Observações
Qualidade do banho que você toma.				
Cuidado com seu modo de vestir.				
Cuidado com sua alimentação				
Cuidado com sua higiene pessoal.				
Envolvimento em atividade sexual.				
Cuidados com equipamentos pessoais.				

Cuidado com os outros e/ou crianças.				
Cuidado com animais.				
Uso de meios de transportes.				
Gerenciamento e manutenção da saúde.				
Cuidados no gerenciamento do lar.				
Preparar a refeição.				
Costume religioso.				
Fazer compras.				
Manutenção na segurança e emergência.				
Descanso.				

Dormir.				
Participação na educação formal.				
Participação na educação informal				
Desempenho no trabalho.				
Trabalho voluntário				
Envolvimento e fazeres não-obrigatórios				
Participação na comunidade.				
Interação familiar.				
Envolvimento em atividade de coleguismos e amizade.				

Índice de Saúde e Bem Estar

	Entendi perfeitamente	Entendi parcialmente	Não entendi nada	Observações
Fadiga				
Problemas cardiovasculares				
Problemas gastrointestinais				
Dores de cabeça				
Ganho de peso				
Depressão				
Irritabilidade				
Instabilidade emocional				
Dificuldade de concentração				
Prejuízos na memória				
Alterações no humor				
Ansiedade				
Medo				

APÊNDICES F – Questionário de Apreciação da ATOSS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
 CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

**QUESTIONÁRIO PARA A APRECIÇÃO DA AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA
 OCUPACIONAL SOBRE O SONO**

Nome:

Data:

Quanto tempo levou para responder o instrumento?

Achou extenso? Sim Não

Achou cansativo? Sim Não

Achou organizado? Sim Não

Você compreendeu todas as informações?

Sim Não Só algumas Quase todas

Você conseguiria responder corretamente todo o questionário sem a ajuda da pesquisadora?

Sim Não Só algumas Quase tudo

Quais sugestões você daria para a melhoria do questionário ou protocolo? (Em relação a compreensão do texto, da estética, da organização do texto na páginas, etc).

APÊNDICES G – Versão 2 da ATOSS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
 INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 FACULDADE DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL
 CURSO DE TERAPIA OCUPACIONAL
 TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

AVALIAÇÃO TERAPÊUTICA OCUPACIONAL SOBRE O SONO (ATOSS)

Nome: _____
 Idade: _____ Sexo: _____
 Escolaridade: _____ Estado Civil: _____
 Profissão: _____

EM UMA ESCALA DE 1 A 5, COMO VOCÊ CONSIDERA A QUALIDADE DO SEU SONO, CONSIDERANDO:

1: MUITO RUIM(durmo menos que uma hora e meia de sono por dia)

2: RUIM(durmo menos de 3 horas de sono por dia com ou sem interrupções)

3: REGULAR(durmo até 5 horas de sono por dia, ininterruptos ou com poucas interrupções)

4: BOA(durmo até 6 horas de sono por dia, ininterruptos ou com poucas interrupções)

5: EXCELENTE(durmo até 8 horas de sono por dia, ininterruptos ou com poucas interrupções)

(Embasado nos estudos de Fernandes, 2006).



COMO VOCÊ CLASSIFICA SEU DESEMPENHO NAS SEGUINTE ATIVIDADES DEVIDO A QUALIDADE DO SEU SONO? Marque com um "X" a opção que melhor corresponde ao seu desempenho nas atividades descritas.

CONSIDERE:

0 - Não prejudicado, para aquelas ocupações que você consegue realizar satisfatoriamente.

1 - Prejudicado, para aquelas ocupações que você realiza de forma incompleta, não satisfatória ou não na frequência desejada por você;

2 - Muito prejudicado, para aquelas ocupações que você não consegue mais desempenhar.

LEGENDA:

NSA (Não Se Aplica): quando a pessoa não desempenha a atividade em avaliação.

Preparo: processo para a realização da atividade, que abrange a escolha de objetos, de espaços físicos, entre outras coisas.

Participação: envolvimento ativo na realização das ocupações.

Área de Ocupação	Ocupação		0 – Não prejudicado	1 – Prejudicado	2- Muito prejudicado	NSA	Especificações	Observações
AVDs Atividades de Vida Diária	Qualidade do banho que você toma.	Separa o acervo para o banho.					Obter e utilizar equipamentos para ensaboar, enxaguar e secar as partes do corpo.	
		Executa com independência.						
	Cuidado com seu modo de vestir .	Separa/escolhe as peças de roupa.					Selecionar as roupas e acessórios. Vestir-se e despir-se adequadamente de maneira sequencial. Colocar e retirar dispositivos pessoais, próteses ou órteses.	
		Veste-se independente.						
	Cuidado com sua alimentação .	Preparo.					Colocar, arrumar e trazer o alimento ou bebida até a boca.	
		Participação.						
	Cuidado com sua higiene pessoal .	Preparo.					Remover pelos do corpo, aplicar e remover produtos de beleza, cuidar do cabelo, unhas, pele, orelhas, olhos e nariz. Aplicar desodorante, higiene bucal.	
		Participação.						
	Envolvimento em atividade sexual .	Atua nas preliminares.					Envolver-se em atividades que proporcionem satisfação sexual.	
		Independência na execução.						
	Cuidados com equipamentos pessoais .	Organização e cuidados gerais.					Usar, limpar e manter itens de cuidado pessoal (aparelho auditivo, lentes de contato, óculos, órtese, prótese, equipamentos	

Área de Ocupação	Ocupação		0 – Não prejudicado	1 – Prejudicado	2- Muito prejudicado	NSA	Especificações	Observações
		Executa manutenção e reparos.					adaptativos, aparelhos de medidas de índice glicêmico e dispositivos sexuais e contraceptivos).	
AIVDs Atividades Instrumentais de Vida Diária	Cuidado com os outros e/ou crianças.	Cuida pela observação e/ou preparação de materiais.					Organizar, supervisionar ou fornecer cuidado.	
		Cuidado ativo e independente.						
	Cuidado com animais.	Cuida pela observação e/ou preparação de materiais.					Organizar, supervisionar ou prestar cuidados a animais de estimação e animais de serviços.	
		Cuidado ativo e independente.						
	Uso de meios de transportes.	Seleção da rota e horários.					Usar o transporte privado ou público, como dirigir, caminhar, pedalar, acessar e locomover-se por ônibus, táxi ou outros sistemas de transportes.	
		Acesso/uso ao transporte como motorista ou passageiro.						
	Gerenciamento e manutenção da saúde.	Controle de horários, estoque, e quantidade a ser ministrada.					Desenvolver, gerenciar e manter rotinas para saúde e promoção de bem-estar, tais como condicionamento físico, nutrição, diminuição dos comportamentos de risco para saúde e rotinas de medicação.	
		Administração/ posologia de fármacos.						
	Cuidados no gerenciamento do lar.	Preparo.					Obter e manter bens pessoais, da casa e do ambiente, incluindo manutenção e reparação dos bens pessoais (vestuário e itens da casa)	
		Participação.						
	Preparar a refeição e limpeza.	Preparo.					Planejar, preparar e servir com equilíbrio, alimentos nutricionais e limpar os alimentos e utensílios depois de usá-los	
		Participação.						
Costume religioso.	Planejamento para execução da prática religiosa.					Participar de religião ou prática religiosa.		
	Envolvimento durante a prática religiosa.							
Fazer compras.	Edição da lista de compras.					Preparar lista de compras (mercearia e outra); selecionar, adquirir e transportar itens.		
	Fazer as compras.							

Área de Ocupação	Ocupação		0 – Não prejudicado	1 – Prejudicado	2- Muito prejudicado	NSA	Especificações	Observações
	Manutenção na segurança e emergência.	Sabe a quem recorrer.					Desempenhar procedimentos de prevenção para manter a segurança do ambiente assim como reconhecer subitamente situações inesperadas de perigo e iniciar ações de emergência para reduzir o risco à saúde e a segurança.	
		Sabe como recorrer.						
Descanso e Sono	Descanso.	Preparo.					Repouso e ações sem esforço que interrompe a atividade mental e física resultando em um estado de relaxamento	
		Participação.						
	Dormir.	Identificação da necessidade de relaxar.					Rotinas de preparação como o autocuidado, ler ou escutar música para cair no sono, meditar, rezar. Preparar o local em que vai dormir, preparar o despertador, desligar eletrônicos, etc.	
		Participação.					Cessar as atividades para garantir o início do sono, soneca, sonho, sustentar o estado de dormir sem interrupção.	
Educação	Participação na educação.	Preparo.					Ensino fundamental, médio, técnico ou superior, Inglês, profissionalizante. Ex. cursos formação continuada.	
		Participação.						
Trabalho	Desempenho no trabalho.	Consegue decidir o que fazer.					Habilidades no trabalho, gerenciamento do tempo; relacionamento com os colegas, superiores e clientes; criação, produção e distribuição de produtos e serviços; iniciar, continuar e completar o trabalho; e obediência as normas e procedimentos de trabalho.	
		Independência para fazer.						
	Trabalho voluntário	Consegue decidir o que fazer.					Desempenhar atividades de trabalho não remuneradas para o benefício de causas, organizações ou meios.	
		Independência para fazer.						
Lazer	Envolvimento e fazeres não obrigatórios	Preparo.					Planejar atividade não obrigatória, motivada por vontade própria e realizada durante o tempo livre, obter equipamentos e acessórios apropriados.	

Área de Ocupação	Ocupação		0 – Não prejudicado	1 – Prejudicado	2- Muito prejudicado	NSA	Especificações	Observações
		Participação.					Participar de atividade não obrigatória, motivada por vontade própria e realizada durante o tempo livre utilizar e manter equipamentos e acessórios de forma apropriada.	
Participação social	Participação na comunidade.	Planejamento de atividades que envolvem situações sociais com os outros.					Envolvimento em atividades que resultem em interações sucedidas no nível comunitário (ex. vizinhança, organizações, trabalho, escola, grupo religioso ou espiritual).	
		Participação de atividades sociais pessoalmente ou por meio de tecnologia.						
	Interação familiar.	Planejamento de atividades que envolvem situações sociais com os outros.					Interações sucedidas em papéis familiares específicos desejados e/ou requeridos.	
		Participação de atividades sociais pessoalmente ou por meio de tecnologia.						
	Envolvimento em atividade de coleguismos e amizade.	Planejamento de atividades que envolvem situações sociais com os outros.					Envolvimento em atividades de níveis diferentes de intimidade, incluindo o envolvimento em atividades de desejo sexual.	
		Participação de atividades sociais pessoalmente ou por meio de tecnologia.						

(Embasado em AOTA, 2014)

ÍNDICE DE SAÚDE E BEM ESTAR

NUMA ESCALA DE 1 A 10, ONDE 1 REPRESENTA INSATISFEITO E 10 PLENAMENTE SATISFEITO, COMO VOCÊ CLASSIFICARIA SUA SAÚDE?



CONSIDERANDO SUA SAÚDE, OS SINTOMAS ABAIXO ESTÃO PRESENTES POR CONTA DA ALTERAÇÃO DO SONO?

Fadiga	Não <input type="checkbox"/>	Frequente <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>
Agravamento de problemas cardiovasculares	Não <input type="checkbox"/>	Frequente <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>
Problemas gastrointestinais	Não <input type="checkbox"/>	Frequente <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>
Dores de cabeça	Não <input type="checkbox"/>	Frequente <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>
Ganho de peso	Não <input type="checkbox"/>	Frequente <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>
Irritabilidade	Não <input type="checkbox"/>	Frequente <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>
Instabilidade emocional	Não <input type="checkbox"/>	Frequente <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>
Dificuldade de concentração	Não <input type="checkbox"/>	Frequente <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>
Prejuízos na memória	Não <input type="checkbox"/>	Frequente <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>
Alterações no humor	Não <input type="checkbox"/>	Frequente <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>
Ansiedade	Não <input type="checkbox"/>	Frequente <input type="checkbox"/>	Às vezes <input type="checkbox"/>

ANEXO A – Parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO DE AVALIAÇÃO DA REPERCUSÃO DA ALTERAÇÃO DO CICLO VIGÍLIA-SONO NAS OCUPAÇÕES

Pesquisador: Cibele Braga Ferreira

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55120615.9.0000.0018

Instituição Proponente: Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Pará - ICS/ UFPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.516.769

Apresentação do Projeto:

O projeto aborda temática que focaliza a relação entre alterações no ciclo vigília-sono e ocupações cotidianas. Mais especificamente, em virtude da carência de instrumentos que investiguem esta relação, pretende criar e validar um instrumento avaliativo que mensure as repercussões ocupacionais decorrentes de alterações no ciclo vigília-sono.

Objetivo da Pesquisa:

Criar e validar parcialmente um protocolo que avalie as repercussões da alteração do ciclo vigília sono nas ocupações; Construir um instrumento avaliativo que identifique as repercussões ocupacionais da alteração do ciclo vigília-sono; Submeter o instrumento avaliativo aos procedimentos necessários para sua validação; Identificar as ocupações comprometidas pela alteração do ciclo vigília-sono; Descrever as consequências da alteração ocupacional para a saúde e bem-estar dos sujeitos pesquisados.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

O protocolo de pesquisa apresenta possíveis riscos decorrentes da pesquisa bem como mecanismos para minimizá-los e abordá-los. Apresenta também os benefícios do estudo para os sujeitos, pesquisadores, local de pesquisa e comunidade científica.

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sl do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

**INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/**



Continuação do Parecer: 1.516.769

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Apresenta abordagem metodológica quantitativa organizada e adequada para o alcance dos objetivos delineados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos apresentados estão de acordo com as orientações da resolução 466/2012 e deste CEP.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Diante do exposto somos pela aprovação do protocolo. Este é nosso parecer, SMJ.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_638264.pdf	04/02/2016 01:30:50		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto_tcc.pdf	04/02/2016 01:29:10	Estela Jaqueline de Oliveira Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	03/02/2016 01:57:21	Estela Jaqueline de Oliveira Silva	Aceito
Outros	carta_de_encaminhamento.pdf	31/01/2016 18:58:41	Estela Jaqueline de Oliveira Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	ass_pesquisadores.pdf	29/12/2015 12:31:24	Estela Jaqueline de Oliveira Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	termo_aceite_orientador.pdf	28/12/2015 12:49:03	Estela Jaqueline de Oliveira Silva	Aceito
Orçamento	isencao_de_onus.pdf	28/12/2015 12:43:42	Estela Jaqueline de Oliveira Silva	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	28/12/2015 12:30:18	Estela Jaqueline de Oliveira Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	carta_de_aceite.pdf	26/12/2015 10:24:27	Estela Jaqueline de Oliveira Silva	Aceito
Folha de Rosto	folha_de_rosto.pdf	25/12/2015 16:13:50	Estela Jaqueline de Oliveira Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-Sí do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br

INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA
SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARÁ - ICS/



Continuação do Parecer: 1.516.769

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

BELEM, 27 de Abril de 2016

Assinado por:

**Wallace Raimundo Araujo dos Santos
(Coordenador)**

Endereço: Rua Augusto Corrêa nº 01-SI do ICS 13 - 2º and.

Bairro: Campus Universitário do Guamá **CEP:** 66.075-110

UF: PA **Município:** BELEM

Telefone: (91)3201-7735 **Fax:** (91)3201-8028 **E-mail:** cepccs@ufpa.br