

## ESTRESSE OCUPACIONAL NO SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA

### OCCUPATIONAL STRESS IN THE MOBILE EMERGENCY CARE SERVICE

### ESTRÉS OCUPACIONAL EN SERVICIOS DE ATENCIÓN MÓVIL DE URGENCIA

Maria Clara Miranda Andrade <sup>1</sup>  
Antonio Carlos Siqueira Júnior <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Enfermeira. Marília, SP – Brasil.

<sup>2</sup> Enfermeiro. Doutor em Enfermagem Psiquiátrica. Professor do Curso de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Marília. Marília, SP – Brasil.

Autor Correspondente: Maria Clara Miranda Andrade. E-mail: m.clara\_andrade@yahoo.com.br

Submetido em: 20/06/2012

Aprovado em: 22/04/2014

#### RESUMO

Este estudo busca avaliar os níveis de estresse ocupacional na equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da cidade de Marília, tratando-se de uma pesquisa de natureza descritiva e investigatória. A coleta de dados deu-se com base em uma ficha de identificação do participante e do instrumento Escala de Estresse no Trabalho, uma adaptação para o português do questionário original em inglês *Job Stress Scale*, elaborado em 1988 por Töres Theorell. Os dados foram analisados utilizando-se o *software* EPIINFO versão 6.02. A população pesquisada foi composta de 60 indivíduos das diversas categorias profissionais (enfermeiras, técnicos de enfermagem, recepcionistas, médicos e motoristas). Em análise percebeu-se que os sujeitos apresentaram, ao mesmo tempo, altos níveis de demanda (exigências e pressões psicológicas exercidas pelo trabalho), controle (capacidade do indivíduo em empregar suas habilidades intelectuais para exercer seu trabalho e ter autoridade para decidir como realizá-lo) e apoio social (qualidade das relações desenvolvidas pelo sujeito com seus superiores e colegas de trabalho), configurando um estado em que o profissional vivencia seu trabalho de maneira ativa, havendo pouca probabilidade de manifestação do estresse ocupacional. Tais resultados diferem grandemente da impressão sustentada pelo público leigo e pelos próprios profissionais de saúde de outras áreas a respeito dos níveis de estresse relacionado ao trabalho no serviço de urgência e emergência, evidenciando a necessidade de se analisar os serviços de saúde sob o olhar científico, de maneira a desmistificar crenças e impressões que, muitas vezes, não condizem com a realidade.

**Palavras-chave:** Estresse Fisiológico; Esgotamento Profissional; Serviços Médicos de Emergência.

#### ABSTRACT

*This study aims to evaluate the levels of job stress among Marília's Mobile Emergency Care Service professionals, consisting of an exploratory and descriptive study. Data collection was performed by a subject's identification formula and the instrument Escala de Estresse No Trabalho, an adaptation for Portuguese of the original questionnaire Job Stress Scale, created in 1988 by Töres Theorell. Data was analyzed using the software EPIINFO version 6.02. The research's population was composed of 60 individuals from different categories (nurses, nursing technicians, receptionists, physicians and drivers), and the analysis showed that the subjects have, at the same time, high levels of demand (exigencies and psychological pressures exerted by the job), control (the individual's capacity to use their intellectual abilities to exercise his or her work and have authority to decide how to do it) and social support (quality of the relationships established by the subject with their bosses and coworkers), consisting of a situation in which the professionals actively experience their work, with a low probability of job stress manifestation. These results remarkably differ from the impression sustained by nonprofessional people and even by health professionals of other specialties about the levels of stress related to the work on emergency, showing the necessity of analyzing the health services under a scientific point of view, in order to demystify beliefs and impressions that often do not match reality.*

**Keywords:** Stress, Physiological; Burnout, Professional; Emergency Medical Services.

#### RESUMEN

*La presente investigación descriptiva busca evaluar los niveles de estrés ocupacional en el equipo del Servicio de Atención Móvil de Urgencia (SAMU) de la ciudad de Marília. La recogida de datos fue realizada a través de una ficha de identificación del participante y de la herramienta Escala de Estrés en el Trabajo, una adaptación para el portugués del cuestionario original en inglés Job Stress Scale, elaborado en 1988 por Töres Theorell. Los datos fueron analizados por medio del software EPIINFO versión 6.02. Sesenta individuos de distintas categorías profesionales (enfermeras, técnicos de enfermería, recepcionistas, médicos y chóferes) integraron la población objeto de estudio. En el análisis se observó que los sujetos presentan, al mismo tiempo, altos niveles de demanda (exigencias y presiones psicológicas del trabajo), control (capacidad de emplear sus habilidades intelectuales para realizar su tarea y tener autoridad para decidir cómo hacerlo), y apoyo social (calidad de las relaciones establecidas por el sujeto con sus superiores y colegas de trabajo), configurando un estado en el cual el profesional vivencia su trabajo de manera activa, con pocas probabilidades de manifestar el estrés ocupacional. Dichos resultados difieren enormemente de la impresión que tienen el público en general y los profesionales de otras áreas sobre los niveles de estrés relacionados al trabajo en los servicios de urgencia y emergencia. Tal hecho pone en evidencia la necesidad de analizar los servicios de salud bajo la mirada científica, de manera a desmistificar creencias e impresiones que, muchas veces, no corresponden a la realidad.*

**Palabras clave:** Estrés Fisiológico; Agotamiento Profesional; Servicios Médicos de Urgencia.

## INTRODUÇÃO

Muito tem sido comentado, na atualidade, a respeito da repercussão do estresse sobre as diversas esferas do ser humano, em especial sobre três delas: biológica, na qual o estresse pode gerar o agravamento de doenças preexistentes e/ou desencadear o surgimento de outras; psíquica, cujo comprometimento é evidenciado pelo aparecimento de sintomas psicológicos, como ansiedade e depressão; e social, dimensão que, ao ser afetada, desencadeia a deterioração da qualidade das relações interpessoais. Por vezes, ainda que não saibam sequer definir o estresse, as pessoas percebem a presença do mesmo, manifestam as consequências e repercussões desse fenômeno e vêm-se tendo que lidar com elas.<sup>1</sup>

O estresse pode ser abordado sob uma infinidade de pontos de vista, e diversos estudos e teorias já foram desenvolvidos buscando definir no que ele consiste. Hans Selye propôs a chamada síndrome geral da adaptação, que divide o fenômeno do estresse em três fases que podem ser descritas como a seguir.<sup>2,3</sup>

Na fase da **reação de alarme**, o sistema nervoso central, assim que detecta o fator estressor, estimula o aumento da secreção de hormônio adrenocorticotrópico (ACTH) pela hipófise. Esse hormônio agirá sobre as glândulas suprarrenais, levando-as a produzir grandes quantidades de adrenalina e corticoides que, uma vez tendo acesso aos tecidos através da corrente sanguínea, desencadearão efeitos como aumento do tônus muscular; aumento da glicogenólise; aumento da frequência respiratória e, conseqüentemente, da concentração sanguínea de oxigênio; aumento da frequência cardíaca, da pressão arterial e da irrigação sanguínea. A reação de alarme ocorre por tempo limitado, dando lugar, então, à próxima etapa.

A fase de **resistência** representa o desenvolvimento da adaptação do organismo ao fator estressor. Nessa etapa, a atividade simpática diminui e passa a haver predominância da ação do sistema nervoso parassimpático, que diminui o nível de alerta e restabelece os parâmetros normais de frequência cardíaca e respiratória, pressão arterial e circulação. Durante essa fase, a persistência do estressor leva à gradativa diminuição da capacidade de resistência do organismo, instalando-se, então, a terceira e última etapa.

A fase de **exaustão** decorre do esgotamento da energia necessária à manutenção da resistência/adaptação. Tal esgotamento pode até mesmo ocasionar a morte do organismo.

Além das dimensões mencionadas anteriormente, é possível observar as manifestações do estresse na esfera *ocupacional*. Neste último contexto, o estresse surge a partir (e em decorrência de) uma característica inerente ao processo de realizar trabalho:<sup>4</sup>

*O trabalho, como ação humana social, compreende a capacidade de o homem produzir o meio em que vive, bem como a si mesmo. No processo de interação com a*

*natureza [...] o homem, ao mesmo tempo em que modifica a natureza, também é modificado por ela. Dentre as inúmeras modificações, encontram-se aquelas que têm consequências no aparelho psíquico.*

O estresse ocupacional, mais do que uma ideia existente mesmo entre a população leiga, é uma realidade. De fato, é sabido que o ambiente onde um indivíduo realiza seu trabalho gera repercussões não apenas em seu desempenho como profissional, mas também em sua saúde.<sup>3</sup> Os mesmos autores revelam que existe grande variedade de possíveis fatores responsáveis pela gênese dos agravos à saúde decorrentes do estresse ocupacional. Entre eles, são mencionados a carga psicológica excessiva, o descaso em relação à ergonomia e as condições gerais do ambiente em que se trabalha, bem como os riscos aos quais o indivíduo eventualmente seja exposto, relacionados ao ambiente ou à própria atividade laboral. A esses fatores soma-se a suscetibilidade individual, relacionada, por exemplo, aos hábitos e condições de saúde do sujeito, que também influenciam a maneira e a intensidade com as quais os agravos poderão se apresentar.

O início do estabelecimento de relações entre trabalho e estresse remonta à época da Revolução Industrial<sup>4</sup>, cenário em que se operou grande expansão socioeconômica no mundo. Foram tempos em que se objetivava o alcance do máximo possível de lucro e resultados brutos do trabalho, a tal ponto que a busca contínua pela produtividade absoluta tornou-se conflitante com os limites humanos, ocasionando o desgaste e conseqüente aumento do sofrimento dos trabalhadores.

Na atualidade, o conhecimento e o controle do estresse ocupacional não envolvem apenas a prevenção dos agravos à saúde física e mental dos trabalhadores, mas visam também a evitar os efeitos deletérios do estresse sobre a produtividade e o desempenho dos mesmos, tendo em vista que o sucesso de uma organização é consideravelmente determinado pela capacidade de seus funcionários de lidarem com a tensão.<sup>5</sup>

Em minhas vivências como acadêmica do curso de Enfermagem, pude perceber que cada gesto no trabalho de cuidar exige muita atenção e responsabilidade<sup>6</sup>, além de determinar intensa carga emocional sobre o indivíduo que o executa. Também constatei que a convivência com a dor e o sofrimento (e, muitas vezes, a morte), tão presentes na rotina do profissional de saúde, podem levar ao surgimento e à progressão de estresse decorrente do trabalho.<sup>3</sup>

Por essas particularidades, pode-se inferir que os profissionais de saúde vêm sendo expostos a fatores estressantes inerentes à própria natureza do trabalho que realizam, fato que possivelmente os torna bastante propensos ao desenvolvimento de estresse ocupacional, bem como suas consequências no quadro em que desenvolvem suas atividades laborais. Já foi documentado que profissionais de saúde expostos a grande carga

de estresse sentem-se tensos e cansados durante o trabalho, realizam suas tarefas com menos precisão, apresentam capacidade de produção diminuída e alto índice de absenteísmo, adoeçam com frequência, mostram-se ansiosos, depressivos, desatentos, desmotivados e pouco realizados.<sup>6</sup>

Outra constatação é que em determinadas áreas do trabalho em saúde os profissionais estão aparentemente mais expostos a fatores estressantes. Parte-se, aqui, da impressão de que um desses setores potencialmente estressantes seja o de assistência de urgência e emergência. De fato, pesquisa<sup>7</sup> realizada com profissionais de diferentes unidades desse tipo de serviço detectou tendência, entre os indivíduos estudados, a permanecer constantemente em estado de alerta, em decorrência da ansiedade relacionada à inconstância das atividades e do ritmo de trabalho (aspectos específicos da assistência emergencial).

Outros autores<sup>8</sup> abordaram a equipe multiprofissional de uma unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para identificar os fatores de risco a que os trabalhadores são expostos durante suas atividades, baseando-se nas próprias percepções dos mesmos. Os profissionais entrevistados citaram, entre outros: acidentes automobilísticos, agressões físicas (dos pacientes e de outros indivíduos presentes no local do atendimento, especialmente em localidades violentas) e risco de aquisição de infecções pelo contato frequente com sangue e outros fluidos corporais. A exposição a todos esses fatores pode constituir uma grande fonte de estresse ocupacional para a equipe do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.

A partir da análise das referências supracitadas, das experiências que pude vivenciar até o momento e de minhas percepções e inferências pessoais, julgo que o trabalho no serviço de atendimento móvel de urgência seja um importante gerador de estresse ocupacional. Portanto, a pesquisa acerca do estresse ocupacional e a avaliação do mesmo entre os profissionais de saúde do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência podem servir para o melhor entendimento das causas e efeitos desse fenômeno, possibilitando a formulação de propostas efetivas para o controle do mesmo, abrindo espaço a novas pesquisas e reflexões sobre o tema.

## METODOLOGIA

Trata-se de uma pesquisa de campo de natureza descritiva e investigatória. Para avaliar a relação dos trabalhadores com o estresse ocupacional no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, foi utilizada a Escala de Estresse no Trabalho, que consiste em uma adaptação para o português do questionário em idioma inglês *Job Stress Scale*, elaborado por Töres Theorell em 1988. A *Job Stress Scale* é uma versão resumida do questionário original criado nos anos 70 por Robert Karasek, um dos primeiros pesquisadores a buscar a existência de fatores estressores

no ambiente de trabalho e estudar suas consequências sobre a saúde do trabalhador.<sup>9</sup>

Karasek propôs uma teoria envolvendo dois aspectos, tendo como foco o modo de organização do trabalho: as *demandas* seriam as pressões psicológicas que o trabalho exerce sobre o indivíduo e o *controle* consistiria na capacidade do indivíduo de empregar seus recursos intelectuais para exercer seu trabalho e ter autoridade para decidir como realizá-lo.<sup>9</sup>

O modelo de Karasek dispõe escores médios em uma figura formada por quatro quadrantes, relacionando a demanda e o controle. Considera-se que a associação de altas demandas e baixo controle ocasiona alto desgaste (também chamado de *job strain*) e danos à saúde do trabalhador. Por outro lado, a coexistência de baixas demandas e baixo controle configuraria um trabalho passivo, sendo também danosa por poder levar à perda das habilidades e do interesse. Já a combinação altas demandas/alto controle levaria o profissional a vivenciar ativamente o processo de trabalho, pois, apesar dos altos níveis de demandas, o trabalhador teria o controle sobre o planejamento e o ritmo de seu trabalho e a capacidade para contornar dificuldades. A coexistência de baixas demandas e alto controle geraria baixo desgaste no trabalhador, sendo considerada a situação "ideal".<sup>9</sup>

A esse modelo bidimensional idealizado por Karasek, Johnson acrescentou, em 1988, um terceiro aspecto: o *apoio social* no ambiente de trabalho, consistindo na qualidade das relações travadas pelo indivíduo com seu(s) chefe(s) e colegas de trabalho. Também esse aspecto foi incluído no questionário formulado por Theorell e em sua tradução para a língua portuguesa.<sup>9</sup>

## CENÁRIO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada com os profissionais do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) da cidade de Marília, situada na região centro-oeste paulista a 443 quilômetros de distância da capital do estado. A cidade possui 42 quilômetros quadrados de área urbana e 1.152 quilômetros quadrados de área rural, constituindo 1.194 quilômetros quadrados de área total. A população é de aproximadamente 220 mil.<sup>10</sup>

A equipe multiprofissional do SAMU é composta de motoristas das unidades (ambulâncias), médicos intervencionistas (que prestam assistência direta às vítimas) e reguladores (que atendem aos chamados telefônicos e decidem qual o tipo mais adequado de ambulância a ser enviada), enfermeiros, técnicos de enfermagem e recepcionistas triadores (que fazem o primeiro contato com a pessoa que efetua o chamado e transferem a ligação para o médico regulador).

O SAMU conta com dois tipos de ambulâncias: a unidade de suporte básico (USB), na qual saem aos atendimentos um motorista e um técnico de enfermagem, e a unidade de suporte avançado (USA ou UTI móvel), que transporta, além do moto-

rista, um médico intervencionista e um enfermeiro para atender ao chamado. Cabe ao médico regulador, a partir das informações fornecidas pela pessoa que efetua a ligação sobre o agravo a ser atendido e o estado da vítima, decidir qual dos tipos de ambulância é o mais adequado para atender ao chamado.

Na unidade do SAMU da cidade de Marília, cada plantão com duração de 12 horas conta com os seguintes profissionais: quatro motoristas (três para as USBs e um para a USA); dois médicos (um regulador e um intervencionista); uma enfermeira; três técnicos de enfermagem (um para cada USB); e dois recepcionistas triadores. Todos os profissionais realizam turnos de 12 horas de trabalho e 36 horas de descanso. Desta forma, a equipe completa é constituída por 17 motoristas, 16 médicos, quatro enfermeiras, 17 técnicos de enfermagem e 11 recepcionistas triadores, totalizando 65 profissionais. É necessário ressaltar que esse número se refere à equipe completa, não se considerando as ausências previstas ou não previstas.

## POPULAÇÃO

A população estudada constitui-se de 60 indivíduos distribuídos entre as diversas categorias profissionais. Devido a fatores como férias e incompatibilidade de horários, não foi possível a participação de uma técnica de enfermagem, uma recepcionista triadora e três médicos. Entre os 60 profissionais abordados, todos concordaram em participar da pesquisa.

## COLETA DE DADOS

Após a aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos da Faculdade de Medicina de Marília e pela Secretaria Municipal de Saúde de Marília, a coleta de dados foi realizada mediante o preenchimento do questionário e da ficha de identificação. Todos os membros da equipe foram convidados a participar do estudo, realizando o preenchimento dos documentos no local de trabalho, durante seu turno. Os profissionais que aceitaram participar da pesquisa também preencheram um termo de consentimento livre e esclarecido, após esclarecimentos sobre a natureza do trabalho e a manutenção do sigilo dos entrevistados.

## ANÁLISE

Os dados coletados a partir dos instrumentos descritos foram analisados utilizando o *software* EPIINFO versão 6.02. A análise e classificação dos *scores* como altos ou baixos deram-se por meio da determinação da média dos mesmos (Tabela 1)<sup>12</sup>. Os escores com valor inferior ao da média foram considerados baixos, enquanto aqueles acima da média foram considerados altos.

Tabela 1 - Variação e médias, por dimensões, dos escores da *Job Stress Scale*

Dimensão	Varição	Média
Demanda	5 – 20	12,5
Controle	6 – 24	15
Apoio Social	6 – 24	15
Escore Final	17 – 68	42,5

Os escores foram então agrupados em tabelas de acordo com diferentes critérios (sexo, faixa etária, categoria profissional, etc.), objetivando-se verificar se havia relação entre tais características e níveis mais altos ou mais baixos de estresse ocupacional.

O cálculo dos escores foi realizado utilizando-se a escala de Likert de quatro pontos, e os valores foram atribuídos às alternativas de cada questão da seguinte maneira:<sup>11,12</sup>

- **questões de demanda** (cinco questões de A a E, pontuação mínima cinco, pontuação máxima 20): frequentemente – valor 4; às vezes – valor 3; raramente – valor 2; quase nunca – valor 1; nunca – valor 1. A questão D tem os valores das alternativas invertidos, pois se considera que a disposição frequente de tempo suficiente para realizar todas as tarefas do trabalho constitui um determinante de baixa demanda: frequentemente – valor 1; às vezes – valor 1; raramente – valor 2; quase nunca – valor 3; nunca – valor 4.
- **questões de controle** (seis questões de F a K, pontuação mínima seis, pontuação máxima 24): frequentemente – valor 4; às vezes – valor 3; raramente – valor 2; quase nunca – valor 1; nunca – valor 1. A questão I tem os valores das alternativas invertidos, pois se considera que a frequente necessidade de repetição das mesmas tarefas no trabalho constitui um determinante de baixo controle: frequentemente – valor 1; às vezes – valor 1; raramente – valor 2; quase nunca – valor 3; nunca – valor 4.
- **questões de apoio social** (seis questões de L a Q, pontuação mínima seis, pontuação máxima 24): concordo totalmente – valor 4; concordo mais que discordo – valor 3; discordo mais que concordo – valor 2; discordo – valor 1.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os 60 sujeitos participantes da pesquisa distribuem-se pelas diversas categorias profissionais da seguinte forma: quatro enfermeiros, 16 técnicos de enfermagem, 13 médicos, 17 motoristas e 10 recepcionistas (Tabela 2):

O número de profissionais de cada categoria está adequado ao número de ambulâncias de que o serviço dispõe, segundo o determinado pela Portaria GM nº 1864 de 29 de setembro de 2003 e pela Portaria GM nº 2048 de 5 de novembro de 2002, que regulamentam, respectivamente, o número de ambulâncias

(USBs e USAs) de acordo com a população do município e quais profissionais constituem a tripulação de cada tipo de veículo.<sup>13</sup>

Tabela 2 - Distribuição dos profissionais segundo a categoria profissional

Categoria Profissional	Número de Profissionais	Frequência
Enfermeiros	04	6,6%
Técnicos de Enfermagem	16	26,6%
Médicos	13	21,6%
Motoristas	17	28,3%
Recepcionistas	10	16,6%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Em relação ao sexo, 43,3% da população são compostos de mulheres, enquanto os homens perfazem 56,6% do total dos sujeitos pesquisados (Tabela 3).

Tabela 3 - Distribuição dos profissionais segundo o sexo

Sexo	Número de Profissionais	Frequência
Feminino	26	43,3%
Masculino	34	56,7%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

Quanto à idade (Tabela 4), constata-se que mais da metade dos profissionais (33 sujeitos, perfazendo 55% da população) tem 30 a 39 anos, tratando-se, portanto, de uma população composta predominantemente de adultos jovens. Trata-se de um resultado um pouco distante daquele encontrado na pesquisa<sup>8</sup> com 40 profissionais do SAMU, incluindo médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem e motoristas. Neste estudo, foi observada população ainda mais jovem: 62,5% dos profissionais tinham entre 18 e 38 anos de idade, enquanto 32,5% encaixavam-se na faixa etária de 38 a 48 anos e apenas 5% tinham idade entre 48 e 61 anos.

Tabela 4 - Distribuição dos profissionais segundo a faixa etária

Faixa Etária	Número de Profissionais	Frequência
20 – 29 anos	03	5,0%
30 – 39 anos	33	55,0%
40 – 49 anos	19	31,7%
50 – 59 anos	04	6,7%
60 – 69 anos	01	1,7%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

O chamado “adulto jovem” corresponde ao indivíduo na primeira fase da maturidade, que se inicia por volta dos 20 anos e se estende até aproximadamente os 35, antecedendo a meia-idade. Nessa etapa da vida, com a identidade formada, os conflitos da

adolescência geralmente resolvidos e a consciência de não mais ser um “aprendiz da vida”, o indivíduo encontra-se profissionalmente definido ou bastante próximo de tal definição e apresenta-se apto a desenvolver relações estáveis e igualitárias com outras pessoas.<sup>14</sup> Uma reflexão possível, nesse aspecto, seria quanto ao fato de que mais da metade da população estudada encontra-se nessa etapa descrita: as características pessoais possivelmente relacionam-se a baixos níveis de estresse ocupacional, uma vez que o indivíduo, pela própria fase do desenvolvimento em que se situa, possui consciência de seu papel como pessoa, tem claras e concretas as suas decisões profissionais e capacidade de se relacionar com seus colegas de trabalho em condições de igualdade.

Tais características podem se relacionar a altos escores de controle e apoio social, embora dificilmente influenciem os níveis de demanda (uma vez que estes são quase sempre determinados pela natureza, condições e intensidade do trabalho, e não por fatores ligados ao trabalhador). Essa suposta tendência pode ser observada adiante (Tabela 5): os profissionais da faixa etária de 30 a 39 anos não apresentam os maiores escores de demanda (15,33) e os valores referidos para controle e apoio social (17,52 e 19,73) são próximos dos escores máximos encontrados.

Tabela 5 - Escores da *Job Stress Scale* e suas médias, por dimensão e faixa etária em anos

Faixa Etária	Demanda	Controle	Apoio Social	Escore Final
20 – 29	15,33	18,33	20,67	54,33
30 – 39	14,88	17,52	19,73	52,12
40 – 49	14,68	16,42	19,53	50,63
50 – 59	15,25	18,00	20,75	54,00
60 – 69	9,00	18,00	15,00	42,00
<b>Média</b>	<b>14,77</b>	<b>17,25</b>	<b>19,70</b>	<b>51,72</b>

Em relação ao estado civil, houve predominância de indivíduos casados: 39 profissionais ou 65% da população estudada (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais segundo o estado civil

Estado Civil	Número de Profissionais	Frequência
Amasiado	01	1,6%
Casado	39	65,0%
Separado	07	11,6%
Solteiro	12	20,0%
Viúvo	01	1,6%
<b>Total</b>	<b>60</b>	<b>100%</b>

A exemplo da faixa etária, a preponderância de sujeitos casados entre a equipe também sugere baixos níveis de estresse ocupacional: ao mesmo tempo em que o casamento represen-

ta uma renúncia aos descompromissos da vida de solteiro, determinando a construção de novas responsabilidades, as mudanças que o matrimônio ocasiona na personalidade do indivíduo resultam, entre outras coisas, em mais amadurecimento e foco em relação aos compromissos profissionais.<sup>14</sup> Infere-se que tais características atribuídas aos sujeitos casados e também àqueles em união estável (amasiados) podem torná-los menos propensos ao desenvolvimento do estresse ocupacional, a partir, por exemplo, da existência de melhor controle sobre as demandas geradas pelo trabalho. De fato, analisando-se os resultados do questionário de acordo com o estado civil, observa-se (Tabela 7) que os níveis de demanda referidos pelos profissionais casados (14,87) não são os mais elevados entre a equipe, seu escore de controle (17,41) é um dos mais altos e os níveis de apoio social (19,90) referidos por esses profissionais superam o daqueles de todos os outros estados civis.

Tabela 7 - Escores da *Job Stress Scale* e suas médias, por dimensão e estado civil

Estado Civil	Demanda	Controle	Apoio Social	Escore Final
Amasiado	15,00	14,00	18,00	47,00
Casado	14,87	17,41	19,90	52,18
Separado	15,00	16,14	19,29	50,43
Solteiro	14,75	17,58	19,83	52,17
Víuvo	9,00	18,00	15,00	42,00
Média	14,77	17,25	19,70	51,72

Quanto ao tempo de trabalho no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência, predominam os indivíduos que exercem atividades profissionais no SAMU há mais de cinco anos: 38 sujeitos, constituindo 63,3% da população (Tabela 8).

Tabela 8 - Distribuição dos profissionais segundo o tempo de trabalho no SAMU

Tempo de Trabalho	Número de Profissionais	Frequência
< 1 ano	5	8,3%
1 – 2 anos	2	3,3%
2 – 3 anos	8	13,3%
3 – 4 anos	2	3,3%
4 – 5 anos	5	8,3%
> 5 anos	38	63,3%
Total	60	100%

O fator tempo de trabalho pode indicar que os indivíduos que trabalham há longo tempo em determinado serviço apresentam, se comparados àqueles que se juntaram à equipe recentemente, mais conhecimento e familiaridade com as rotinas

do serviço, melhor compreensão e assimilação de suas funções e responsabilidades e relacionamento mais consolidado com os colegas. Partindo-se de tal pressuposto, pode-se considerar que os profissionais “veteranos” estão menos predispostos a manifestar estresse relacionado ao trabalho do que os “novatos”. Entretanto, esse raciocínio não é confirmado pelos dados obtidos (Tabela 9): os escores de controle e apoio social dos profissionais novatos (17,60 e 20,20) são superiores aos dos veteranos (17,29 e 19,55), embora a situação se inverta, ainda que apenas discretamente, em relação à demanda (14,80 para os profissionais com menos de um ano de trabalho no serviço e 14,76 para aqueles com mais de cinco anos). De tais dados pode-se inferir que, embora a experiência e familiaridade trazidas pelos anos de trabalho possam eventualmente fazer com que as demandas sejam sentidas com menos intensidade, o controle e o apoio social tendem a diminuir, processo que talvez seja causado pelo desgaste físico e emocional que costuma ser vivenciado pelos profissionais que atuam na emergência.

Tabela 9 - Escores da *Job Stress Scale* e suas médias, por dimensão e tempo de trabalho em anos

(T) Trabalho	Demanda	Controle	Apoio Social	Escore Final
<1	14,80	17,60	20,20	52,60
1 – 2	15,00	18,50	21,00	54,60
2 – 3	14,25	16,38	20,38	51,00
3 – 4	15,50	18,50	19,00	53,00
4 – 5	15,20	17,00	19,00	51,20
>5	14,76	17,29	19,55	51,61
Média	14,77	17,25	19,70	51,72

Analisando as médias dos escores de acordo com as categorias profissionais (Tabela 10), observa-se que todas elas se mantiveram acima das médias em demanda (12,50) e controle (15,00). Tais resultados demonstram a coexistência, entre a população estudada, de *alta demanda* e *alto controle*, resultando na situação de *trabalho ativo*: embora o indivíduo vivencie alta carga de demandas psicológicas em seu ambiente de trabalho (e em decorrência deste), ele possui recursos para organizar suas atividades profissionais e lidar com suas dificuldades, o que torna as demandas menos danosas.

Nota-se também a ocorrência de valores acima da média no apoio social (15,00), dimensão na qual os baixos níveis podem trazer consequências negativas à saúde do trabalhador.<sup>9</sup> Assim sendo, a verificação de *alto apoio social* entre a população sugere a existência de convivência amigável e colaborativa entre os profissionais e destes com seus superiores, o que provavelmente contribuiu para a minimização da ocorrência e intensidade do estresse ocupacional.

Tabela 10 - Escores da *Job Stress Scale* e suas médias, por dimensão e categoria

Categoria	Demanda	Controle	Apoio Social	Escore Final
Enfermeiro	14,25	17,75	21,50	53,50
Médico	15,08	18,54	19,85	53,46
Motorista	15,29	17,06	19,94	52,29
Recepcionista	15,50	15,40	18,20	49,10
Técnico Enf.	13,63	17,44	19,81	50,88
Média	14,77	17,25	19,70	51,72

Comparando os escores das diversas categorias, nota-se que os mais altos níveis de demanda (15,50), as mais baixas taxas de controle (15,40) e o reduzido apoio social (18,20) são encontrados entre os recepcionistas, podendo-se inferir que, entre todos os profissionais da população, estes são os mais propensos a manifestações de estresse relacionado ao trabalho. Por outro lado, os técnicos de enfermagem apresentaram a menor demanda (13,63), os médicos tiveram o nível mais alto de controle (18,54) e os enfermeiros obtiveram o maior apoio social (19,85). Observou-se também que os escores de cada dimensão, entre os profissionais de cada categoria, não sofrem alterações significativas de acordo com o tempo de trabalho no serviço (Tabela 11).

Tabela 11 - Escores da *Job Stress Scale*, por dimensão, categoria e tempo de trabalho em anos

Categoria	(T) Trabalho	Demanda	Controle	Apoio Social	Escore Final
Enfermeiro	1 – 2	14,00	18,00	20,00	52,00
	2 – 3	15,00	17,00	24,00	56,00
	> 5	14,00	18,00	21,00	53,00
Médico	< 1	14,00	19,50	21,50	55,00
	1 – 2	16,00	19,00	22,00	57,00
	4 – 5	16,00	18,00	18,67	52,67
	> 5	14,86	18,43	19,57	52,86
Motorista	2 – 3	15,00	16,33	19,33	50,67
	3 – 4	17,00	19,00	20,00	56,00
	4 – 5	13,00	17,00	19,00	49,00
	>5	15,42	17,08	20,17	52,67
Recepcionista	< 1	15,33	16,33	19,33	51,00
	2 – 3	16,00	14,00	20,00	50,00
	3 – 4	14,00	18,00	18,00	50,00
	4 – 5	15,00	14,00	20,00	49,00
	> 5	16,00	14,75	16,50	47,25
Técnico Enf.	2 – 3	12,67	17,00	20,33	50,00
	> 5	13,85	17,54	19,69	51,08

A alta propensão ao estresse ocupacional detectada entre os recepcionistas deve-se a diversos fatores. Um deles é, possivelmente, o fato de esses profissionais realizarem o primeiro contato com o solicitante do socorro, durante o qual provavelmente se deparam com as mais diversas manifestações de sentimentos como medo, angústia e desespero.

O alto controle demonstrado pelos médicos pode ser atribuído às próprias características da profissão e à organização do serviço, fatores que favorecem a impressão de que esse profissional, entre todos os da equipe, seja o que mais disponha de controle sobre suas decisões e ações.

Os baixos escores de demanda referidos pelos técnicos de enfermagem levam à seguinte reflexão: mesmo quando as demandas impostas pelo trabalho são intensas, os profissionais podem não senti-las como tal, por serem capazes de se organizar adequadamente para administrá-las (alto controle). Pode-se inferir que seja esta a situação dos técnicos de enfermagem. Esses profissionais são os principais responsáveis pela assistência nas ocorrências às quais são enviados (em unidades de suporte básico, acompanhados pelo motorista), de maneira que estão, inevitavelmente, expostos a grandes cargas de demanda. Porém, o fato dessa categoria manifestar os mais baixos escores nessa dimensão leva a pensar que, de fato, as demandas não são sentidas com tanta intensidade, o que possivelmente se deve ao fato de os profissionais apresentarem adequado nível de controle.

Quanto aos enfermeiros serem detentores dos maiores valores em apoio social, a reflexão torna-se ligeiramente abstrata. Não é possível identificar características específicas relacionadas ao perfil desses profissionais e/ou às funções por eles exercidas que possam favorecê-los nessa dimensão. Além disso, deve-se levar em conta que o apoio social é construído ao redor das relações desenvolvidas entre os indivíduos, o que torna difícil determinar arbitrariamente quais fatores contribuiriam para a manifestação de escores mais baixos ou mais altos por uma ou outra categoria profissional.

Os demais cruzamentos possíveis entre as variáveis abordadas não trouxeram resultados de natureza diversa daqueles encontrados nessas análises realizadas ou quaisquer aspectos dignos de nota.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Anteriormente à análise dos dados coletados, levando em conta as características do serviço de urgência e emergência e minhas próprias impressões e inferências, construí a expectativa de verificar que a população estudada apresentaria elevado nível de estresse ocupacional, revelado pela ocorrência de altos escores de demanda e baixos valores em controle. Entretanto, como demonstrado na análise, a realidade refletida pelos dados

mostra-se bastante diferente: trata-se de uma população que, embora apresente altas demandas, também exibe níveis elevados de controle e apoio social, vivenciando seu trabalho de forma ativa – logo, contrariamente à hipótese da qual partiu este trabalho, a equipe do SAMU da cidade de Marília não apresenta evidências de alto estresse relacionado ao trabalho.

Diante da disparidade entre as expectativas e os resultados encontrados, é possível refletir que, ao contrário das impressões cultivadas tanto pela população leiga quanto por alguns profissionais de saúde de outras áreas, o serviço de urgência e emergência não necessariamente é composto de profissionais com alto nível de estresse. Embora não seja possível generalizar a realidade observada neste estudo para todos os outros serviços dessa natureza, tanto hospitalares quanto pré-hospitalares, os resultados encontrados podem servir, ao menos em parte, a uma desmistificação das características do serviço e da maneira como as demandas são apresentadas e sentidas pelos profissionais que nele atuam.

Diante da limitada oferta de material bibliográfico atual acerca do esgotamento profissional nos serviços de atendimento pré-hospitalar de urgência, é válido mencionar que a realização de estudos semelhantes entre equipes desse tipo de serviço em diferentes localidades pode facilitar a compreensão do fenômeno, bem como a construção de estratégias para o seu manejo.

Por fim, cabe salientar a importância de recorrer a um olhar crítico e cientificamente fundamentado ao procurar analisar as características e particularidades dos serviços de assistência à saúde, em especial aqueles que mais frequentemente geram, nos indivíduos leigos e até mesmo nos próprios profissionais atuantes em outras áreas, impressões geralmente superficiais (e, às vezes, errôneas) sobre sua natureza e realidade, como é o caso da especialidade de urgência e emergência. De fato, a complexidade e diversidade de fatores que determinam como uma dada realidade se manifesta para os indivíduos, como eles a vivenciam e lidam com ela e quais efeitos se produzem a partir desse movimento não podem ser determinadas e avaliadas por meio de simples conjecturas – é necessário buscar respostas concretas, muitas vezes diametralmente opostas à impressão da qual se partiu.

## REFERÊNCIAS

1. Stacciarini JM, Tróccoli, BT. O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 9(2):17-25.
2. Sadock BJ, Sadock VA. Fatores psicológicos que afetam condições médicas e medicina psicossomática. In: Kaplan & Sadock compêndio de psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2007. p. 877-905.
3. Lima EDRP, Carvalho DV. Estresse ocupacional: considerações gerais. *Nursing (São Paulo)*. 2000; 3(22):30-4.
4. Murofuse NT, Abranches SS, Napoleão AA. Reflexões sobre estresse e Burnout e a relação com a enfermagem. *Rev Latinoam Enferm*. 2005; 13(2):255-61.
5. Panizzon C, Luz AM, Fensterseifer LS. Estresse da equipe de enfermagem de emergência clínica. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(3):391-9.
6. Boller E. Estresse no setor de emergência: possibilidades e limites de novas estratégias gerenciais. *Rev Gaúcha Enferm*. 2003; 24(3):336-45.
7. Batista KM, Bianchi ER. Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. *Rev Latinoam Enferm*. 2006; 14(4):534-9.
8. Zapparoli AS, Marziale MH. Risco ocupacional em unidades de suporte básico e avançado de vida em emergências. *Rev Bras Enferm*. 2006; 59(1):41-6.
9. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Lopes CS, Werneck GL. Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português. *Rev Saúde Pública*. 2004; 38(2):164-71.
10. Marília, São Paulo. Prefeitura Municipal. Prefeitura de Marília. [Home Page] [Citado em 2010 jul. 31]. Disponível em: <http://www.marilia.sp.gov.br/prefeitura/index.html>.
11. Pimentel AT. Teleoperadoras ativas: estresse e expressividade oral [dissertação]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007. 126p.
12. Silva LG, Yamada KN. Estresse ocupacional em trabalhadores de uma unidade de internação de um hospital-escola. *Ciênc Cuid Saúde*. 2008; 7(1):98-105.
13. Brasil. Ministério da Saúde. Política nacional de atenção às urgências. 3ª ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
14. D'Andrea FF. A maturidade. In: D'Andrea FF. Desenvolvimento da personalidade: enfoque psicodinâmico. 14ª ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil; 2000. p.109-42.