

## Capítulo 8

Saúde Mental em enfermeiros plantonistas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

Silvânia da Cruz Barbosa  
Renata Pimentel da Silva  
José Ulisses do Nascimento  
Sandra Souza

SciELO Books / SciELO Livros / SciELO Libros

BARBOSA, SC., *et al.* Saúde Mental em enfermeiros plantonistas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU. In ALVES, RF., org. *Psicologia da saúde: teoria, intervenção e pesquisa* [online]. Campina Grande: EDUEPB, 2011. pp. 217-241. ISBN 978-85-7879-192-6. Available from SciELO Books <<http://books.scielo.org>>.



All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution-Non Commercial-ShareAlike 3.0 Unported.

Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição - Uso Não Comercial - Partilha nos Mesmos Termos 3.0 Não adaptada.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Unported.

## 8

## Saúde Mental em enfermeiros plantonistas do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência – SAMU

*Silvânia da Cruz Barbosa*

*Renata Pimentel da Silva*

*José Ulisses do Nascimento*

*Sandra Souza*

**D**esde o final do século passado, alterações produtivas, tecnológicas e gerenciais vêm sendo introduzidas nas organizações, impulsionadas pelos efeitos combinados da globalização econômica e dos avanços científicos e tecnológicos. Para serem lucrativas e compensarem os altos investimentos realizados, muitas empresas passaram a operar ininterruptamente, o que conduziu o aparecimento de um novo tipo de sociedade, na qual já é possível se constatar um crescente número de organizações funcionando durante 24 horas.

Para oferecer produtos e/ou serviços a qualquer hora do dia e da noite, as empresas passaram a adotar várias estratégias, dentre elas a intensificação das jornadas de trabalho e a diversificação das agendas laborais dos empregados a partir de múltiplas combinações de horários (GARRIDO, 2006).

Por outro lado, esta sociedade que funciona diuturnamente, precisa de serviços fundamentais, como os de segurança e de saúde, operando todo o tempo. E ainda que se ampliem outros serviços (restaurantes, postos de gasolina, supermercados, etc.) para atender às necessidades daqueles que trabalham em regimes noturno e alternado. Constata-se, então, uma tendência do uso de regimes de trabalho altamente diversificados e frequentemente rodiziados em turnos e turmas na atual sociedade 24 horas e, conseqüentemente, cresce o número de pessoas trabalhando em jornadas sensivelmente diferentes da escala regular<sup>1</sup> comum à maioria da população (ROSA; COLLIGAN, 2002; FISCHER; MORENO, ROTENBERG, 2003).

O fenômeno vem despertando atenção da comunidade científica, existindo vários estudos nacionais e internacionais que fazem referência aos prejuízos na saúde e na vida das pessoas submetidas a formas incomuns de organização temporal do trabalho (BARBOSA, 2008; BARBOSA; BORGES, 2007; OLIVEIRA et al. 2006; FISCHER; MORENO, ROTENBERG, 2003; RÉGIS-FILHO; SELL, 2000). De um modo geral, esses estudos mostram que tais esquemas de horário interferem negativamente nos ritmos biológicos, sobretudo os circadianos, causam problemas nervosos, alimentares, gastrintestinais e cardiovasculares, disrupção na vida social e familiar, envelhecimento precoce e, muitas vezes, a chamada morte social derivada do constante isolamento que restringe a participação em atividades familiares, culturais, desportivas e de lazer.

Na Psicologia Organizacional e do Trabalho (POT), existe atualmente um campo específico que estuda a relação entre

---

1 Segundo Rutenfranz, Knauth e Fischer (1989), a escala regular ou normal, refere-se à divisão do tempo do trabalho no horário entre seis e dezoito horas, com base na semana de cinco dias e nas quarenta horas semanais.

saúde mental e trabalho e, dentro dele, uma das preocupações tem sido avaliar os efeitos psicossociais que algumas modalidades de horário de trabalho podem causar ao trabalhador. No referido campo, onde a presente pesquisa se inclui, o regime de trabalho vem sendo estudado como uma dimensão das condições de trabalho que tem grande poder de estruturação do tempo na vida das pessoas (RÉGIS-FILHO; SELL, 2000; GARRIDO, 2006). Assim, perder controle sobre a organização do próprio tempo pode converter-se em poderosa fonte de estresse, por isso, quando as empresas privilegiam regimes de trabalho com mudanças consecutivas de turno, longas jornadas e rápidas rotações dos dias de descanso, podem estar contribuindo para potencializar efeitos nocivos à saúde do trabalhador e da própria organização. Apoiada na articulação entre as categorias saúde mental e condições de trabalho, a presente pesquisa teve como objetivo central analisar os efeitos do regime de plantão sobre a saúde mental em profissionais de enfermagem que trabalham no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) em Campina Grande (PB).

## **Saúde Mental e Condições de Trabalho**

A compreensão de que existe um nexos causal entre a saúde das pessoas e as condições em que elas trabalham não é um tema novo, contudo, muito atual e amplamente compartilhado por várias disciplinas científicas (Medicina, Sociologia, Psicologia, etc.). Entretanto, a forma de abordar essa relação tem mudado substancialmente, nos últimos anos, em decorrência da evolução conceitual de ambos os construtos,

Para acompanhar esse caminho evolutivo, convém encontrar um marco fundador dessa relação, tarefa bastante complexa, porque quase sempre leva o pesquisador a escolher arbitrariamente um ponto de partida e a filtrar apenas os

detalhes que considera mais relevantes, o que resulta numa reconstrução parcial e enviesada da história. No entanto, o corte do tempo é fundamental porque irá situar, historicamente, o fenômeno que se deseja investigar. Resolveu-se, então, tomar como ponto de partida a ideia de saúde presente nas civilizações primitivas, mas, sobretudo, para destacar que a relação entre a vida laboral e os cuidados com a saúde têm raízes na cultura humana e no seio das religiões e dos mitos.

Entre os povos primitivos, durante muito tempo, predominou uma concepção mágico-religiosa de saúde que supunha a existência de entidades sobrenaturais (deuses e espíritos) agindo favoravelmente ou nocivamente sobre os indivíduos, e que estas ações poderiam ser manejadas por meio de ritos (por exemplo: cantos, danças) e por meio de poderes especiais de alguns homens (como feiticeiros, magos, bruxas) ou lugares (como rios e fontes sagradas). Acreditava-se que as doenças resultavam de forças espirituais demoníacas, podendo ser interpretadas ora como punição, ora como um sinal da ira divina. De um modo geral, as explicações às enfermidades ligavam-se a fenômenos extraterrenos; o alívio da dor dava-se por ações instintivas, observando-se como os animais agiam quando se feriam ou quando tinham dor ou febre; as orientações terapêuticas baseavam-se no empirismo e nas práticas mágico-religiosas voltadas, principalmente, para afugentar os espíritos do corpo e a posição social do médico ligava-se à figura do xamã<sup>2</sup> (PIRES, 1998; SCLIAR, 2002).

À medida que o conhecimento humano avança, os fenômenos da natureza passam a ser explicados em termos de

---

2 Eram considerados xamãs aqueles que possuíam dotes especiais hereditários ou nasciam predestinados. Reconhecia-se a predestinação por meio de marcas de nascimento ou sinais desenvolvidos durante a infância. Nesses casos, os iniciantes passavam por um processo de formação para aprender como afastar os espíritos.

forças abstratas (força química, força física, força vital, etc.). A saúde começa, então, a ser vista como resultante do equilíbrio entre as influências ambientais, o estilo de vida e os elementos da natureza (terra, fogo, água e ar), e o aparecimento das doenças como decorrente do desequilíbrio desses fatores. Na Grécia antiga, essa compreensão de que os fatores ambientais estão ligados à gênese das doenças aparece claramente nas obras de Hipócrates, o pai da medicina. Tais escritos traduzem uma visão mais racional do processo saúde-doença, porém sem se desvincular totalmente do misticismo, já que os gregos eram doutrinados por uma religião panteísta que supunha a existência de divindades identificadas com o universo. Assim, buscava-se a cura por meio de ritos religiosos e pelo uso de plantas medicamentosas (IBAÑES; MARSIGLIA, 2000; SCLiar, 2002).

No mundo grego, a beleza corporal, representada pelo Deus Apolo, era um bem altamente cobiçado e intimamente relacionado à saúde. Para assegurar uma mente sã e um corpo são, era necessário encontrar um equilíbrio entre os fatores ambientais e o organismo. Hipócrates sustentava que a desarmonia desses fatores poderia interferir no equilíbrio dos quatro fluidos (humores) principais do corpo: sangue, fleuma (linfa), bile amarela e bile negra (ou atrabile), ocasionando o surgimento das doenças (ALBUQUERQUE; OLIVEIRA, 2002; QUEIROZ, 2003).

Na Idade Média, a influência do ambiente sobre a saúde passou a ser uma ideia bem aceita, existindo inclusive registros de doenças ocupacionais no decorrer desse período. Mesmo assim, os conhecimentos sobre a saúde praticamente não avançaram, prevalecendo explicações religiosas e práticas supersticiosas para a cura das doenças. Um indivíduo mentalmente enfermo não era considerado como tal, e sim, possuído por demônios. Essa visão perdurou pelo Renascimento, e a loucura continuou sendo ignorada como uma enfermidade (SCLiar, 2002; VENÂNCIO, 2003).

No século XVII, Descartes estabeleceu os métodos para se pensar o corpo humano como uma máquina, e com isso dicotomizou mente e corpo. Daí em diante, as explicações científicas passam a acompanhar essa ruptura para explicar o processo saúde/doença. Em meados do século XIX, a concepção predominante era de que os distúrbios comportamentais tinham origem exclusivamente orgânica, e a saúde era compreendida como ausência de doença. Foi dentro dessa visão dualista e biologizante que o modelo biomédico se fundamentou para diagnosticar e tratar as doenças, sem estabelecer relações com os problemas psicológicos e/ou sociais. Tal modelo se consolidou nos países ocidentais, servindo de referência para muitas áreas de conhecimento, inclusive na Psicologia. Em consequência, muitas pesquisas permaneceram e, até certo ponto, ainda permanecem voltadas para a avaliação de quadros clínicos e para a identificação de aspectos negativos da saúde (enfermidades) (BARBOSA; BORGES, 2007).

Esse olhar negativo sobre a saúde contribuiu para retardar o reconhecimento da relação entre saúde mental e trabalho, como também o da interação de aspectos não biológicos como agentes no processo de adoecimento. Contudo, em 1948, a Organização Mundial de Saúde – OMS se preocupou em traçar uma definição positiva de saúde, definindo-a como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente como ausência de enfermidades” (OMS, 1948, s/p.). Tal definição foi muito criticada por tornar a saúde uma meta inatingível, mas, ao mesmo tempo, veio atender a complexidade e abrangência do construto, sendo congruente com a ideia de que a enfermidade física é, apenas, uma das manifestações do desequilíbrio orgânico e que se devem levar em conta os aspectos psicológicos e sociais para compreender a saúde (GRILO, 2005).

A partir de 1960, as pesquisas passam a incluir fatores não-biológicos (meio ambiente, fatores sociodemográficos, condições e estilo de vida, etc.) para entender o processo

saúde/doença e, desde então, a tendência tem sido identificar também os aspectos positivos de saúde. Um dos esforços mais recentes nesse sentido tem sido a atenção aos transtornos psíquicos leves que ganha destaque em 1970, defendendo que, mesmo aparentando estar saudável, os indivíduos podem sofrer pequenas alterações psíquicas (ansiedade, estresse e depressão), em diferentes graus (ALVARO, 1992). Outra contribuição importante veio de uma recente disciplina, a Psicologia da Saúde, que assinala a importância de se considerar os significados e as crenças que os indivíduos atribuem à saúde como aspectos relevantes na prevenção e promoção da saúde (OGDEN, 1999).

Apesar de ter percorrido um longo caminho evolutivo, vários autores da atualidade (CANGUILHEM, 1995; WARR, 1987; OGDEN, 1999) compartilham a ideia de que o conceito de saúde mental continua amplo e difícil de operacionalizar, visto que é carregado de valores sociais. Portanto, os processos psicológicos podem ser descritos e interpretados de diferentes formas, conforme a perspectiva teórica de cada autor. Dependendo, então, da perspectiva adotada, a saúde mental pode ser compreendida como um problema emocional, cognitivo, comportamental ou como uma realidade simbólica sócio-historicamente construída (ÁLVARO; TORREGROSA, GARRIDO, 1992).

No campo de estudos em saúde mental e trabalho, seja qual for a perspectiva, um ponto comum, nas pesquisas, tem sido destacar a influência do ambiente social na saúde mental dos indivíduos. Um estudo pioneiro nesse sentido foi realizado por Jahoda (1987) na década de 1930 para identificar os efeitos psicossociais do desemprego numa comunidade austríaca. Perspectivas teóricas mais recentes, como o modelo ecológico formulado por Warr (1987), apontam certas características presentes no ambiente de trabalho (recursos financeiros, segurança física, relações interpessoais, etc.) como fatores determinantes ao bem-estar psicológico.



Outros estudos relacionando saúde mental com condições de trabalho mostram que estas variáveis estão significativamente associadas (ÁLVARO; TORREGROSA, GARRIDO, 1992; BARBOSA, 2008).

Dentro do referido campo, o conceito de saúde não foi o único que evoluiu. Também há, na atualidade, uma compreensão mais ampla do que significa condições de trabalho. Contudo, até meados de 1970, essa expressão era usada para se referir exclusivamente aos aspectos físicos do local de trabalho (ruídos, gases tóxicos e poluentes, luminosidade, temperatura, etc.) e os procedimentos de pesquisa buscavam informações objetivas sobre tais aspectos, sem levar em conta o valor que os trabalhadores atribuíam a eles.

Depois de 1970, com o advento da globalização econômica e dos avanços científicos e tecnológicos, são apontadas na literatura definições mais amplas, sendo praticamente ilimitada a quantidade de aspectos que podem ser considerados como condições de trabalho, incluindo dimensões psicossociais como: emprego, salário, relações interpessoais, sentimento de autonomia, fatores físicos de trabalho, tempo (regimes de trabalho), sistema de incentivos, dentre outros, como determinantes centrais do bem-estar psicológico. As pesquisas, além de buscarem informações objetivas, passam a incluir procedimentos que busquem informações subjetivas sobre a percepção e o valor que os trabalhadores atribuem às condições de trabalho (independente de como tais condições se apresentam), ou, ainda, o uso combinado de ambos os procedimentos: objetivo e subjetivo (ÁLVARO; GARRIDO, 2006).

Seguindo a tendência atual do campo de estudos em saúde mental e trabalho, a presente pesquisa abordará a saúde dentro de um conceito positivo (bem-estar psicológico). Portanto, estar mentalmente saudável significa manter um equilíbrio entre as experiências emocionais positivas e negativas, de modo que os sentimentos positivos prevaleçam sobre os negativos. Tomou-se por base a abordagem psicossociológica que

tem como um dos pressupostos a ideia de que o bem-estar psicológico é um construto complexo e diretamente ligado ao ambiente social em que os indivíduos participam. Assim, para estabelecer relações mais apropriadas entre as variáveis estudadas (saúde mental e regime de plantão), foi imprescindível conhecer o ambiente laboral dos enfermeiros plantonistas, considerando o que eles pensam do seu horário de trabalho, das exigências e pressões que os envolve e como os influencia nas relações sociais, familiares e na autoeficácia do trabalho.

## Método

A pesquisa é do tipo descritiva, visto que descreve os dados, estabelecendo relações entre as principais variáveis do estudo, mas sem manipulá-las (GIL, 1987). Também segue um desenho transversal, definido por Bordalo (2006) como um tipo de estudo no qual fator e efeito são observados num dado momento histórico.

### *Participantes da pesquisa*

Na cidade de Campina Grande (PB), a equipe de enfermagem do SAMU é composta por 63 profissionais trabalhando em regime de plantão (15 enfermeiros e 48 técnicos-auxiliar de enfermagem). A amostra foi formada a partir de uma estratégia acidental, a qual Sarriá, Guardiã e Freixa (1999) classificam como um processo de amostragem casual, no qual, os participantes são incluídos de acordo com a acessibilidade e disponibilidade em colaborar com a pesquisa. Com base nesse procedimento, obteve-se a participação de 34 profissionais que estavam em pleno exercício da função, sendo 23 técnicos-auxiliares, 9 enfermeiros e 2 não especificaram a função. A amostra correspondeu a 54% da população, sendo a maioria do sexo feminino (84,4%), casada (76,7%), com idade variando entre 23 a 56 anos ( $M = 36,7$ ;  $DP = 8,9$ ) e tendo em média 2 filhos.

Quanto à escolaridade, 43,8% dos técnicos-auxiliares de enfermagem completaram o ensino médio, sendo este o grupo com menor renda salarial (inferior a três salários mínimos), mesmo quando possui outro emprego ou atividade remunerada<sup>3</sup>. Dentre os enfermeiros, 21,9% concluíram pós-graduação e ganham acima de três salários mínimos, podendo essa faixa salarial dobrar quando possui outro vínculo empregatício. A amostra trabalha há pelo menos 12 anos na profissão, sendo que os menos experientes têm oito anos de tempo de serviço e os mais experientes têm mais de dez, existindo casos com até 30 anos na profissão, sendo, portanto, uma equipe com larga experiência profissional.

### *Instrumentos*

Avaliou-se o bem-estar psicológico da amostra por meio do Questionário de Saúde Geral (QSG-12), elaborado por Goldberg, em 1972, para identificar transtornos psíquicos menores de caráter não psicótico, em uma escala de quatro pontos (0 a 3). Existem várias versões desse instrumento, sendo que a de 12 itens corresponde a versão mais reduzida e vem sendo amplamente usada em estudos referentes a empregos e problemas ocupacionais. O QSG-12 conta com vários estudos de validação nacional (BORGES; ARGOLLO, 2002; GOUVEIA et al., 2003), sendo que a análise fatorial desenvolvida por Borges e Argollo (2002) aponta a adequação em medir dois fatores do bem-estar psicológico: 1) Redução da Autoeficácia e, 2) Tensão Emocional e Depressão. O primeiro fator reúne itens que dizem respeito à competência percebida pelo sujeito para realizar suas atividades, e o segundo fator reúne itens referentes a sentimentos de tensão, esgotamento emocional e depressão.

---

3 Estimou-se que 59,2% da amostra tem mais de um emprego ou exerce outra atividade remunerada.

Para identificar o que pensam os enfermeiros sobre o regime de plantão, elaborou-se um questionário semiestruturado que possibilitou caracterizar o regime de plantão, levantar as principais vantagens e desvantagens desse regime e como os participantes organizam sua vida em torno dele. Utilizou-se também uma Ficha Sociodemográfica que recolheu dados gerais como: idade, estado civil, escolaridade, tempo de serviço, entre outros, para caracterizar a amostra, sendo tais características já resumidas na seção que descreve os participantes da pesquisa. A versão completa dos instrumentos foi organizada em forma de protocolo para fins de coleta dos dados.

### *Procedimento de coleta dos dados*

A aplicação dos instrumentos ocorreu no próprio local de trabalho dos participantes, de acordo com a conveniência de tempo e horário dos mesmos e após autorização, por escrito, da direção geral do SAMU. Os protocolos eram entregues aos enfermeiros juntamente com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), e antes de preencher os questionários, todos eram informados sobre os objetivos e os aspectos éticos da pesquisa. Após aproximadamente 30 minutos, tempo levado para responder os questionários, os participantes voltavam ao trabalho. Participaram enfermeiros de ambos os sexos que estavam em pleno exercício da função e que aceitaram assinar o termo de concordância (TCLE).

### *Procedimento de análise dos dados*

As respostas ao QSG-12 foram digitadas em forma de banco de dados do SPSS (*Statistical Package for Social Science for Windows*). No caso do questionário semiestruturado, as respostas foram categorizadas com base na técnica de análise de conteúdo proposta por Bardin (1995), sendo que o primeiro passo consistiu na preanálise das respostas,

em seguida procedeu-se com a identificação e codificação das categorias empíricas existentes nas respostas e, finalmente, registraram-se as categorias no banco de dados do SPSS. Uma vez concluído o banco de dados, foram efetuadas as análises estatísticas descritivas (médias, percentagens e desvios-padrão) e elaboradas tabelas cruzadas.

### *Análise e discussão dos resultados*

#### **O ambiente de trabalho dos enfermeiros em regime de plantão**

O SAMU é um tipo serviço criado pelo SUS (Sistema Único de Saúde) para prestar assistência de saúde em caráter de urgência à população, objetivando reduzir o número de óbitos, o tempo de internação e as sequelas decorrentes da falta de socorro (ARAÚJO, 2006).

Em Campina Grande, o SAMU foi inaugurado em junho de 2004, com atendimentos na Central de Regulação Médica de Urgências, local onde são recebidas ligações telefônicas, identificadas às informações e classificada a gravidade dos casos; em seguida, são decididos os procedimentos a serem tomados, podendo ser uma orientação médica ou envio de unidades para o local da chamada telefônica. Nesta central, trabalham 190 profissionais, incluindo médicos reguladores e intervencionistas, pessoal de enfermagem, condutores socorristas e telefonistas auxiliares de regulação médica. São os médicos reguladores que orientam os demais profissionais durante o atendimento à vítima, e caso a situação envolva risco de morte, um médico intervencionista será acionado para se deslocar até o paciente. Durante todo o processo de atendimento, conta-se com a ajuda dos enfermeiros e dos técnico-auxiliares de enfermagem, tendo-se em vista a estabilização do paciente, e se necessário, a transferência do mesmo para um hospital.

Para manter um atendimento ágil e satisfatório, o serviço conta com dois tipos de veículos para prestação de socorro, no total de nove unidades, das quais sete são Unidades de Socorro Básico (USB) e duas são Unidades de Socorro Avançado (USA); dessa última, uma opera em parceria com a Polícia Rodoviária Federal. A USB conta com uma equipe formada por um condutor socorrista e um técnico-auxiliar de enfermagem, ambos responsáveis pelo atendimento de pacientes com risco de morte moderado e que não necessitam de intervenção médica direta no local e/ou durante o transporte até o serviço de destino, estando sob regulação médica durante todo o atendimento. A USA tem uma equipe composta por três profissionais, sendo um condutor socorrista, um médico e um enfermeiro. Esse tipo de veículo é destinado ao atendimento dos casos mais graves que necessitam de intenso cuidado médico (ARAÚJO, 2006).

Como o SAMU funciona durante 24 horas ininterruptas, os profissionais se revezam em regime de plantão de 12 horas, sendo que a troca de turmas ocorre regularmente em um determinado horário. No caso específico da equipe de enfermagem, a primeira turma inicia o expediente matutino às 7h e encerra às 19h, quando começa o plantão noturno da turma seguinte. Na passagem dos plantões, as equipes se encontram e trocam informações sobre o que transcorreu durante o expediente. Após 12 horas consecutivas de trabalho, as equipes folgam dois dias.

Dentro desse esquema, os enfermeiros só poderiam cumprir, no máximo, 36 horas de trabalho semanal no SAMU (equivalente a três plantões). Contudo, quando se indagou no questionário semiestruturado sobre a carga horária de trabalho semanal, identificou-se que apenas 22,7% da amostra trabalham em torno de 36 horas, enquanto 77,3% trabalham muito acima dessa carga horária, inclusive 41% ultrapassam 64 horas de trabalho semanal.

Essa sobrecarga horária seria impossível se o único vínculo empregatício fosse o SAMU. Mas, conforme dito, 59,2% da amostra possui outro emprego ou atividade remunerada, o que vem ocasionando aumento na jornada laboral e, consequentemente, comprometendo o tempo de folga.

De fato, quando se perguntou como as folgas são distribuídas, constatou-se que somente 25% da amostra usufruem os dois dias de folga após o plantão no SAMU, enquanto 37,4% não dispõem desse intervalo ou sequer conseguem estipulá-lo por ter mais de um emprego (Tabela 1). Nota-se que, para a maioria, o tempo de folga praticamente inexistente e, mesmo entre aqueles que dispõem, os intervalos são muito curtos, sendo insuficientes à boa recuperação física e psíquica e à prática de atividades de lazer. Em decorrência da carga horária elevada e folgas reduzidas, constatou-se que entre os enfermeiros, os momentos de lazer são escassos, e quando existem, são frequentemente realizados em casa com amigos e familiares (52,9% das respostas), sendo raras algumas atividades, como viajar (44,1% das respostas). Esses resultados sobre o tempo dedicado ao trabalho e ao descanso impressionam por parecer que o modo de viver de boa parte dos enfermeiros se resume praticamente ao trabalho e, também, preocupam porque o bom desempenho de um trabalho depende, em parte, que a pessoa trabalhe descansada.

Tabela 1: Distribuição das folgas no trabalho dos profissionais de enfermagem

<i>Distribuição das folgas</i>	<i>Frequência</i>	<i>Proporção das respostas</i>
Sem folga/não especificou por ter outros empregos	12	37,4
2 dias após o plantão	8	25,0
1 dia após o plantão	6	18,7
Finais de semana	5	15,7
Tardes e domingos	1	3,1
Total de respostas	32	100,0

No questionário semiestruturado, também foi solicitado que os enfermeiros apontassem as vantagens e as desvantagens do regime de plantão. Conforme se vê na tabela 2, a maioria das respostas destaca como principal vantagem a possibilidade de conciliar trabalho e estudo (41,7%), sendo, nesse caso, o regime de plantão visto como um horário flexível que oportuniza o crescimento profissional. A segunda maior vantagem é poder compatibilizar o tempo de descanso cuidando da família (22,2%).

**Tabela 2:** Vantagens do regime de plantão

<i>Benefícios e/ou vantagens</i>	<i>Frequência</i>	<i>Proporção das respostas</i>
Poder estudar e trabalhar / ter outro emprego/ crescer profissionalmente	15	41,7
Poder descansar e cuidar da família	8	22,2
Servir à sociedade	7	19,4
Remuneração satisfatória	4	11,1
Horário traz pouca vantagem	1	2,8
<b>Total de respostas</b>	<b>35</b>	<b>100,0</b>

Comparando-se as tabelas 1 e 2, fica evidente que os enfermeiros que apontam o benefício da flexibilidade são provavelmente os mesmo que não conseguem ter folgas porque tentam conciliar o trabalho no SAMU com outros empregos ou estudo, enquanto os que preferem repousar e cuidar da família são provavelmente os mesmos que usufruem das folgas, livre de outros compromissos laborais.

Quanto às desvantagens (Tabela 3), 20,7% das respostas se referem à ausência da família como o principal prejuízo do regime de plantão, pelo fato de trabalhar muitas horas seguidas. Existe ainda um número significativo de respostas (17,6%) referentes ao desgaste físico e mental que podem estar relacionadas ao número de folgas insuficientes para a recomposição física e psíquica necessárias ao bom desempenho do trabalho.



**Tabela 3: Desvantagens do regime de plantão**

<i>Prejuízos e/ou desvantagens</i>	<i>Frequência</i>	<i>Proporção das respostas</i>
Ausência da família	7	20,7
Desgaste físico e mental (estresse e depressão)	6	17,6
Risco de acidentes	5	14,7
Noites sem dormir	3	8,8
Ausência de folgas em feriados e fins de semana	2	5,9
Isolamento social	1	2,9
Má remuneração	1	2,9
Falta de qualidade de vida	1	2,9
<b><i>Total de respostas</i></b>	<b>27</b>	<b>100,0</b>

Quando se perguntou mais diretamente se o regime de plantão traz alguma implicação para a vida familiar, 61,3% das respostas revelam que a família não sofre nenhum tipo de prejuízo (Tabela 4). Contudo, algumas consequências negativas como: pouco tempo para estar com a família (12,9%), não poder gozar dos feriados nem participar de confraternizações familiares (9,7%) e problemas de relacionamento (6,5%) evidenciam certo mal-estar no âmbito familiar provocado pelo regime de trabalho.

**Tabela 4: Prejuízos do horário de trabalho para a vida familiar**

<i>Prejuízos e/ou desvantagens</i>	<i>Frequência</i>	<i>Proporção das respostas</i>
Não traz implicações	19	<b>61,3</b>
Pouco tempo para assistir à família	4	<b>12,9</b>
Ausência em feriados e confraternizações	3	<b>9,7</b>
Problemas de relacionamento	2	<b>6,5</b>
Mais responsabilidades com a saúde da família	1	3,2
Traz implicações, mas não sabe especificar	1	3,2
<b><i>Total de respostas</i></b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Um balanço geral desses resultados mostra que os profissionais de enfermagem do SAMU têm carga horária de trabalho extensa e folga reduzida, podendo estar submetidos a condições desfavoráveis ao bem-estar físico, psíquico e social, sobretudo, quando possuem outro vínculo empregatício. Como o regime de plantão demanda grande capacidade adaptativa, os enfermeiros vivem na contramão da sociedade, ou seja, veem-se constantemente forçados a ajustar seu horário aos do restante da sociedade e aos da família, por isso não é de estranhar que algumas repercussões negativas já se evidenciem na saúde e na vida desses trabalhadores, tais como: propensão a fadiga, participação restrita em atividades familiares e de lazer e conflitos de ordem familiar.

Apesar desses prejuízos, os enfermeiros percebem mais vantagens que desvantagens do regime de plantão, sendo que os maiores percentuais de benefícios percebidos estão diretamente vinculados às folgas, chamando a atenção para o fato de que a folga aparece como um aspecto altamente valorizado entre os enfermeiros. O problema é que o tempo de folga vem sendo preenchido, sobretudo, com outros empregos e não para fins de repouso ou prática de atividades de lazer, o que poderá agravar os prejuízos psicossociais já evidentes e levar à manifestação de outros que ainda não se evidenciaram na amostra.

## Saúde mental (bem-estar psicológico) da amostra

O bem-estar psicológico da amostra foi avaliado por meio dos dois fatores empíricos que compõem o QSG-12: Depressão e Tensão Emocional e Deterioração da Autoeficácia.

O QSG-12 é uma escala tipo Likert que varia de 0 a 3, sendo o ponto médio igual a 1,5. Escores próximos ou acima do ponto médio da escala indicam efeitos nocivos à saúde; assim, quanto mais elevada a pontuação no fator Depressão e Tensão Emocional, mais o indivíduo se sente emocionalmente tenso e esgotado, e quanto mais elevada a pontuação no fator Deterioração da Autoeficácia, mais o indivíduo sente dificuldade em realizar as atividades profissionais que lhe competem.

A Tabela 5 aponta que a média encontrada no fator Depressão e Tensão Emocional foi de 1,35, estando este valor próximo ao ponto médio da escala, o que sinaliza haver certo nível de tensão emocional entre os participantes. Quando se examina a distribuição dos escores por intervalos, constata-se que apenas 2 sujeitos (5,9%) apresentam nível reduzido de tensão emocional, porém 32 sujeitos (94,1%) se encontram emocionalmente esgotados, sendo que 1 deles (2,9%) experimenta acentuado nível de tensão, podendo-se concluir que praticamente toda a amostra está com a saúde mental em risco.

Quanto ao fator Deterioração da Autoeficácia, a média foi de 1,09 (Tabela 5), indicando, *a priori*, discreta dificuldade entre os enfermeiros para executarem suas tarefas diárias. Porém, quando se calcula a distribuição dos escores por intervalo, os resultados revelam que apenas 3 sujeitos (8,8%) sentem sua competência profissional pouco afetada, enquanto 31 sujeitos (91,2%) já percebem a competência em declínio.

**Tabela 5:** Escores do resultado do QSG-12 para os profissionais de enfermagem

Fatores	N	Média	Frequência de participantes por intervalo			Desvio-padrão
			$X \leq 1$	$1 \leq X \leq 2$	$X \geq 2$	
Depressão e Tensão Emocional	34	<b>1,35</b>	2	<b>31</b>	1	0,65
Deterioração da Autoeficácia	34	<b>1,09</b>	3	<b>31</b>	-	0,51

Conforme se pode ver, os resultados apresentados, na tabela 5, sugerem que os sujeitos tensos e propensos à depressão são os mesmos que experimentam a competência no trabalho afetada. Para melhor caracterizar esses sujeitos, aplicou-se o cálculo de tabela cruzada tomando-se os fatores do QSG-12 e as variáveis sociodemográficas. Os resultados atestam que os sujeitos mais afetados psicologicamente são do sexo feminino, casados, com dois ou mais filhos e com renda mensal inferior a dois salários mínimos.

Conjuntamente, os resultados sugerem que a dificuldade dos profissionais de enfermagem em conciliar horário(s) de trabalho com a vida social e familiar está gerando tensão e esgotamento emocional e conduzindo os profissionais a perceberem baixa eficiência no serviço prestado à sociedade, sendo a situação das mulheres ainda mais grave, muito provavelmente porque sua jornada de trabalho se estende para as atividades domésticas, como cuidar da casa, marido e filhos.

De acordo com a literatura (ALMONDES, 2004; ROSA; COLLIGAN, 2002; RUTENFRANZ; KNAUTH, FISCHER, 1989), além de interferir na vida social, familiar e no lazer, as repercussões do trabalho em regime de plantão, também, podem se manifestar de outras formas, sendo as dificuldades de dormir e a falta de saúde alguns dos sintomas mais comuns.

Mesmo considerando que a qualidade de sono varia entre as pessoas, alguns autores (OLIVEIRA et al., 2006; RUTENFRANZ; KNAUTH, FISCHER, 1989) compartilham a ideia de que um adulto deve dormir em média de sete a oito horas por dia. Quando se perguntou no questionário semiestruturado sobre a duração diária do sono, apenas 32,2% dos enfermeiros atestam dormir de sete a nove horas, estando dentro do tempo considerado pela literatura como suficiente para que desperte descansado. Contudo, a maioria (51,6%) dorme menos de seis horas diárias e 16,2% afirmam ter um sono irregular. Esses resultados apresentados na tabela 6 revelam valores inferiores aos necessários para o repouso e reabilitação física e mental da amostra que podem conduzir a uma fadiga crônica e, conseqüentemente, a erros e acidentes de trabalho.

**Tabela 6:** Duração diária do sono dos profissionais de enfermagem

<i>Duração do sono</i>	<i>Frequência</i>	<i>Proporção das respostas</i>
Menos de 6 horas por dia	16	<b>51,6</b>
De 7 a 9 horas por dia	10	<b>32,2</b>
Sono irregular	5	<b>16,2</b>
<b><i>Total de respostas</i></b>	<b>31</b>	<b>100,0</b>

Quando se levantou os principais problemas de saúde que os enfermeiros declaram estar diretamente associados ao trabalho, as respostas (Tabela 7) indicam que a principal enfermidade contraída no trabalho é a hipertensão (10,6%), seguida em uma frequência mais baixa dos problemas de coluna, cefaléia e estresse (7,9%, respectivamente).

**Tabela 7:** Problemas de saúde associados ao trabalho que a equipe de enfermagem declara ter

<i>Problema de saúde</i>	<b>Frequência</b>	<b>Proporção das respostas</b>
Hipertensão	4	10,6
Problemas na coluna	3	7,9
Enxaqueca/cefaléia	3	7,9
Estresse/tensão	3	7,9
Dores corporais	2	5,3
Gastrite	1	2,6
Taquicardia	1	2,6
Depressão	1	2,6
Medo da morte	1	2,6
Total de respostas	19	100,0

Embora a manifestação desses sintomas seja mais visível no plano individual, é preciso considerar que repercussões negativas já podem estar ocorrendo no plano organizacional (diminuição da eficácia no trabalho) e societal (baixa qualidade dos serviços). Também é preciso considerar que esses sintomas, se prolongados, podem tornar o organismo susceptível ao surgimento de doenças, indicando o regime de plantão como um fator de risco à saúde.

## Considerações finais

O regime de plantão, como insistentemente vem se expondo, supõe ameaça ao bem-estar psicológico dos enfermeiros, muito embora não se possa atribuir todos os efeitos negativos da saúde a tal regime isoladamente, mesmo porque foi possível verificar que a folga apresenta mais elementos positivos do que negativos para os participantes do estudo. A questão principal parece girar em torno do que se tem

feito com as folgas e como isso tem afetado o bem-estar desses trabalhadores. Tomando-se por base a consistência das alterações psíquicas entre os enfermeiros sob tal regime de trabalho, e os conteúdos, segundo os quais eles o avaliam, não há como descartar o regime de plantão como uma dimensão das condições de trabalho que agrava a redução do bem-estar psíquico e que vem gerando dificuldades nos enfermeiros em compatibilizar a vida laboral com a familiar e de lazer.

Os resultados são preocupantes e, certamente, não são aqueles esperados ou almejados pelos trabalhadores ou pela instituição. Espera-se, no entanto, que tais resultados sejam úteis aos enfermeiros e aos dirigentes do SAMU para que, juntos, possam pensar alternativas contra as fontes dos problemas. Recomenda-se, então, a adoção de algumas medidas como: planejar e executar programas de qualidade de sono e introduzir massagens ou atividades de relaxamento antes, durante ou após o expediente, e outras providências mais amplas como: adoção de políticas de prevenção de saúde e contínuo aperfeiçoamento da organização do regime de plantão (horas de trabalho e de folga) a fim de minimizar os efeitos negativos desse tipo de jornada. Ainda que muitas empresas considerem estas medidas onerosas, elas podem se revelar extremamente úteis em combate ao desgaste físico e mental, sendo, portanto, perfeitamente viáveis para recuperação da saúde da amostra e, conseqüentemente, da própria organização, visto que trabalhadores saudáveis tendem a ser mais eficazes.

Em função do caráter exploratório do estudo, sugerem-se novas pesquisas que levem em consideração outras variáveis, como: apoio social e estratégias de enfrentamento, entre outras, para avaliar mais profundamente o bem-estar psicológico desses profissionais de saúde.

## Referências

- ALBUQUERQUE, C.; OLIVEIRA, C. P. F. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudanças. **Revista do ISPV**, n. 25, jan 2002. Disponível em: <<http://www.ipv.pt/millennium>>. Acesso em: 09 de jun. 2008.
- ALMONDES, K. M. Qualidade do sono e qualidade de vida em trabalhadores: estudo de viabilidade da implantação de um programa de higiene do sono na Petrobrás. **Relatório apresentado à Petrobrás (RN/CE)**. Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal. 2004.
- ÁLVARO, J. L. **Desempleo y bienestar psicológico**. Madrid: Siglo Veintiuno de España, 1992.
- ÁLVARO, J. L.; TORREGROSA, J. R.; GARRIDO, A. Estructura social y salud mental. In: ÁLVARO, J. L.; TORREGROSA, J. R.; GARRIDO (Orgs.). **Influências sociais e psicológicas sobre la salud mental**. Madrid: Siglo XXI, 1992, p. 9-30.
- ÁLVARO, J. L.; GARRIDO, A. Trabajo, ocupación y bienestar. In: GARRIDO, A. (Coord.). **Sociopsicología del trabajo**. Barcelona: UOC, 2006. p. 99-132.
- ARAÚJO, A. A. **A casuística do atendimento de urgência e emergência dos clientes atendidos pelo SAMU – Campina Grande – PB**. Monografia – Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2006.
- BARBOSA, S. C.; BORGES, L. O. Saúde mental dos operadores de petróleo sob o turno fixo: os operadores de Alto do Rodrigues e de Mossoró. In: BORGES, L. O.; BARBOSA, S. C. **Aspectos Psicossociais do trabalho dos Petroleiros: dois estudos empíricos no Rio Grande no Norte**. Natal: EduFRN, 2007. p. 187-220.
- BARBOSA, S. C. **Saúde mental em operadores de petróleo do Rio Grande do Norte**. 2008. Tese de doutorado – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2008.



BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1995.

BORDALO, A. A. Estudo transversal e/ou longitudinal. **Revista Paranaense de Psicologia**, 2006. Disponível em: <<http://scielo.iec.pa.gov.br>>. Acesso em: 6 de fevereiro de 2009.

BORGES, L. O.; ARGOLO, J. C. T. Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. **Avaliação psicológica**, v. 1, 2002, p. 17-27.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FISCHER, M. F.; MORENO, C. R. C.; ROTENBERG, L. **Trabalhos em turnos e noturno na sociedade 24 horas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

GARRIDO, A. El trabajo: presente y futuro. In: GARRIDO, A. (Coord.). **Sociopsicología del trabajo**. Barcelona: UOC, 2006. p. 19-55.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1987.

GOUVEIA, V. V. et al. A utilização do QSG-12 na população geral: estudo de sua validade de construto. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, 19, 2003, p. 241-248.

GRILLO, A. M. Os modelos de saúde – suas implicações na humanização dos serviços de saúde. In: Congresso Hispano-Português da Psicologia, 2., 2004, Lisboa. **Anais eletrônico**...Lisboa: Revista de Psicología general y aplicada, 2005. Disponível em: <<http://www.fedap.es/IberPsicologia>>. Acesso em: 11 jun 2008.

IBAÑES, N.; MARSIGLIA, R. Medicina e saúde: um enfoque histórico. In: CANESQUI, A. M. (Org.). **Ciências sociais e saúde para o ensino médico**. São Paulo: Hucitec, 2000. p. 49-98).

JAHODA, M. **Empleo y desempleo: un análisis sócio-psicológico**. Madrid: Morata, 1987.

OGDEN, J. **Psicologia da saúde**. Lisboa: Climepsi, 1999.

OLIVEIRA, et al. O trabalho noturno e suas repercussões na saúde e na vida cotidiana de trabalhadores metalúrgicos do vale do Paraíba do estado de São Paulo. **Revista Psicologia: organizações e trabalho**, v. 6, n. 2, 2006, p. 65-84.

OMS. **Organização Mundial de Saúde**. 1948. Disponível em: <<http://www.who.int/about/es>>. Acesso em: 11 de jun. 2007.

PIRES, D. **Reestruturação produtiva e trabalho em saúde no Brasil**. São Paulo: Annablume, 1998.

QUEIROZ, M. S. **Saúde e doença: um enfoque antropológico**. Bauru, SP: EDUSC, 2003.

ROSA, R. R.; COLLIGAN, M. J. **El trabajo por turno en lenguaje sencillo**. 2002. Disponível em: <[www.cdc.gov/spanish/niosh](http://www.cdc.gov/spanish/niosh)>. Acesso em: 08 de jan. 2007.

RÉGIS-FILHO, G. I.; SELL, I. **Síndrome da má-adaptação ao trabalho em turnos: uma abordagem ergonômica**. Itajaí: Univale, 2000.

RUTENFRANZ, J.; KNAUTH, P.; FISCHER, F. M. **Trabalho em turnos e noturno**. São Paulo: Hucitec, 1989.

SARRIÁ, A.; GUARDIÀ, J.; FREIXA, M. **Introducción a la estática en Psicología**. Barcelona: Ediciones de la Universitat de Barcelona, 1999.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social: trajetória da saúde pública**. São Paulo: SENAC, 2002.

VENÂNCIO, J. **Textos de Apoio em Saúde Mental**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2003.

WARR, P. **Work, unemployment, mental health**. New York: Oxford University Press, 1987.

