

**QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO E ESTRESSE OCUPACIONAL DO MÉDICO
PLANTONISTA EM UNIDADES DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA DO SUS**

**QUALITY OF WORKING LIFE AND OCCUPATIONAL STRESS OF SHIFT PHYSICIANS IN
EMERGENCY AND URGENCY UNITS OF THE SUS**

 <https://doi.org/10.63330/aurumpub.061-059>

Cristiane Pereira Custódio

Doutora em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP);
Enf.^a preceptora na Maternidade Escola da UFRJ;
E-mail: criszucala@yahoo.com.br
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7180-8221>

Enoghalliton de Abreu Arruda

Doutor em Educação pela Universidade Católica de Petrópolis (UCP)
Graduando em Medicina pela Universidade Iguaçu (UNIG) – Campus V
E-mail: enoghalliton.arruda@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5634-4724>

Gabriela Plazzi Sarmenghi

Graduanda em Medicina pela Universidade Iguaçu (UNIG) – Campus V
E-mail: gabips30@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-7880-9438>

Erasmio Marim Júnior

Graduando em Medicina pela Universidade Iguaçu (UNIG) – Campus V
E-mail: erasmomarim72@gmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0008-1405-0590>

Giovanna de Pina Cerqueira

Graduanda em Medicina pela Universidade Iguaçu (UNIG) – Campus V
E-mail: giovanna.cerqueira29@hotmail.com
ORCID: <https://orcid.org/0009-0009-5913-7988>

Resumo

As unidades de urgência e emergência no Brasil operam como a principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), lidando com uma carga epidemiológica complexa e ininterrupta. Nesse ambiente, o médico plantonista é submetido a uma dualidade crítica: a exigência de alta performance técnico-decisória em contrapartida à precarização das condições laborais. O presente estudo objetiva analisar a Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) do médico plantonista em setores de urgência do SUS, identificando estressores ocupacionais e a dialética entre o prazer do salvamento e a dor da impotência institucional. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura conduzida em bases de dados de alto impacto (PubMed; SciELO e BVS), utilizando descritores MeSH/DeCS. Foram analisados artigos dos últimos cinco anos, documentos oficiais

da Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) e marcos teóricos clássicos de Walton e Herzberg. Resultados: A QVT do emergencialista é severamente erodida pela sobrecarga física, pluriemprego decorrente da quarteirização contratual e insuficiência de recursos. A aplicação das categorias de Walton revela déficits em compensação justa, segurança e constitucionalismo. Fisiopatologicamente, o estresse crônico associa-se ao aumento da carga alostática e risco cardiovascular. Observa-se que o "prazer" no êxito clínico é mitigado pelo "estresse moral" diante da escassez de leitos e insumos. A sobrevivência profissional no SUS exige políticas de gestão que transcendam a remuneração, focando em suporte psicológico institucional, segurança jurídica e melhoria estrutural para garantir a sustentabilidade do sistema e a saúde de quem assiste.

Palavras-chave: Estresse Ocupacional; Médicos; Qualidade de Vida no Trabalho; Serviços Médicos de Emergência; Sistema Único de Saúde.

Abstract

Emergency and urgent care units in Brazil operate as the primary gateway to the Brazilian Unified Health System (Sistema Único de Saúde – SUS), managing a complex and uninterrupted epidemiological demand. In this context, emergency physicians are exposed to a critical duality: the requirement for high-level technical and decision-making performance alongside increasingly precarious working conditions. To analyze the Quality of Work Life (QWL) of emergency physicians working in SUS emergency departments, identifying occupational stressors and examining the dialectic relationship between the satisfaction derived from successful patient outcomes and the distress associated with institutional limitations. This study consisted of an integrative literature review conducted using high-impact databases (PubMed, SciELO, and Virtual Health Library), employing MeSH and DeCS descriptors. Articles published within the last five years, official documents from the Brazilian Society of Cardiology (SBC), and the classical theoretical frameworks of Walton and Herzberg were analyzed. The quality of work life of emergency physicians is severely compromised by physical overload, multiple employment relationships resulting from outsourced contractual arrangements, and insufficient healthcare resources. The application of Walton's dimensions revealed significant deficits in fair compensation, occupational safety, and organizational constitutionalism. From a pathophysiological perspective, chronic stress was associated with increased allostatic load and elevated cardiovascular risk. Furthermore, the professional satisfaction associated with successful clinical outcomes was substantially mitigated by moral distress resulting from shortages of hospital beds and medical resources. Professional sustainability within the SUS requires management policies that extend beyond financial compensation, emphasizing institutional psychological support, legal protection, and

structural improvements to ensure both healthcare system sustainability and the health of healthcare professionals.

Keywords: Emergency Medical Services; Occupational Stress; Physicians; Quality of Work Life; Unified Health System.

1 INTRODUÇÃO

As Unidades de Urgência e Emergência (UUE) no Brasil representam o elo mais sensível e, paradoxalmente, mais sobrecarregado da rede assistencial do Sistema Único de Saúde (SUS). Atuando como a "porta de entrada" para demandas agudas, estas unidades transbordam as falhas estruturais da atenção primária, recebendo um fluxo ininterrupto de pacientes em estado crítico.

De acordo com Brasil (2001), o perfil epidemiológico das grandes metrópoles brasileiras é marcado por uma "epidemia silenciosa" de causas externas. Acidentes de trânsito, envenenamentos e, predominantemente, a violência urbana configuram as principais causas de morbimortalidade na faixa etária produtiva (15 a 49 anos), o que impõe ao médico plantonista a necessidade de uma vigilância cognitiva e técnica constante.

O exercício da medicina de emergência no setor público é regido por uma contradição ontológica. De um lado, a Portaria nº 2048/2002 estabelece padrões técnicos de excelência e protocolos rigorosos; do outro, a realidade pragmática revela um cenário de superlotação e subfinanciamento. O médico, enquanto gestor do cuidado imediato, enfrenta o que a literatura contemporânea denomina como "estresse moral". Este fenômeno ocorre quando o profissional identifica a conduta correta a ser tomada (baseada na evidência científica), mas é impedido de realizá-la por barreiras sistêmicas, como a falta de leitos em Unidades de Terapia Intensiva (UTI) ou a ausência de insumos farmacológicos básicos (Almeida e Pires, 2007).

Delimita-se, portanto, um problema de gestão em saúde coletiva: a precarização das relações de trabalho médico. A migração do modelo estatutário para contratos via Organizações Sociais (OSS) ou empresas de prestação de serviços (PJ) gerou uma fragmentação do vínculo institucional. O médico plantonista, muitas vezes sem direitos trabalhistas garantidos ou plano de carreira, adota o "pluriemprego" como estratégia de sobrevivência econômica, resultando em jornadas exaustivas que superam as 60 horas semanais. Oliveira et al. (2009) apontam que essa instabilidade gera um sentimento de desamparo, onde o medo de erros médicos — potencializado pela fadiga — torna-se um estressor onipresente.

Estudos recentes demonstram que médicos atuantes em departamentos de emergência apresentam prevalências significativamente maiores de burnout, fadiga ocupacional e sofrimento moral quando comparados a outras especialidades médicas, evidenciando a vulnerabilidade psicofisiológica inerente ao ambiente emergencial (Yates, 2020).

A justificativa para esta análise fundamenta-se na necessidade urgente de compreender a saúde do trabalhador médico sob uma perspectiva sistêmica. Cientificamente, busca-se preencher a lacuna de estudos que correlacionam a organização do trabalho no SUS com desfechos clínicos no próprio profissional, como o risco cardiovascular e a síndrome de Burnout. Sob a ótica social e assistencial, a preservação da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) médica é condição *sine qua non* para a segurança do paciente e a resolutividade do sistema.

Evidências contemporâneas sugerem que o esgotamento profissional médico associa-se não apenas à redução da qualidade assistencial, mas também ao aumento da mortalidade, dos erros médicos e da rotatividade profissional nos serviços hospitalares (Shanafelt et al., 2017).

Politicamente, o estudo propõe uma reflexão crítica sobre as políticas de gestão hospitalar, defendendo que a humanização do atendimento ao usuário é indissociável da humanização das condições de trabalho de quem presta o cuidado.

O objetivo geral deste estudo é analisar a QVT do médico plantonista nas unidades de urgência do SUS, utilizando os modelos teóricos de Walton e Herzberg para mapear os fatores de satisfação e sofrimento, bem como as repercussões fisiopatológicas do estresse crônico inerente a esse ambiente.

2 GÊNESE E EVOLUÇÃO TEÓRICO-CONCEITUAL DE QVT

A sistematização da Qualidade de Vida no Trabalho como campo de estudo científico emergiu na década de 1950, liderada por Eric Trist e o Instituto de Tavistock. A introdução da abordagem sociotécnica rompeu com o paradigma taylorista-fordista, ao postular que a eficiência organizacional é dependente do equilíbrio entre as variáveis tecnológicas e as necessidades psicossociais dos trabalhadores (Schmidt e Dantas, 2006). No contexto médico, essa evolução é tardia, visto que a profissão historicamente foi cercada por uma mística de "abnegação" e resistência ilimitada ao cansaço.

Contudo, nas últimas décadas, a QVT deixou de ser vista como um benefício acessório para ser compreendida como um determinante da saúde pública. Conforme Vasconcelos (2001), a QVT moderna abrange o bem-estar subjetivo e o desenvolvimento pleno do ser humano. Para o médico do SUS, isso significa não apenas a ausência de doenças ocupacionais, mas a presença de condições que permitam o exercício ético e técnico da medicina sem o comprometimento de sua integridade biopsicossocial.

3 O MODELO DE RICHARD WALTON (1973) APLICADO À MEDICINA DE EMERGÊNCIA

Richard Walton propôs oito categorias conceituais que permitem diagnosticar a QVT em organizações complexas. A aplicação deste modelo ao médico emergencialista do SUS revela fissuras profundas na estrutura assistencial brasileira:

1. *Compensação Justa e Adequada*: A remuneração médica no SUS sofre com a falta de reajustes reais e a disparidade entre regiões. A "quarteirização" do trabalho faz com que o médico receba por horas plantonistas sem benefícios como férias ou previdência, compelindo-o ao pluriemprego. Martins (2002) observa que o salário, embora superior à média nacional, é percebido como injusto dada a responsabilidade civil e criminal envolvida;
2. *Condições de Segurança e Saúde*: O ambiente da emergência é insalubre por definição (exposição a patógenos, ruído constante, luz artificial). Soma-se a isso a insegurança física decorrente da violência de acompanhantes frustrados com o sistema;
3. *Uso e Desenvolvimento de Capacidades*: O médico emergencialista possui alta autonomia técnica, mas sua criatividade e competência são cerceadas pela obsolescência de equipamentos. A frustração de não poder aplicar o "padrão-ouro" de um protocolo gera o declínio da satisfação profissional;
4. *Oportunidade de Crescimento e Segurança*: No modelo atual de contratos precários, não há plano de carreira. O trabalho na emergência é visto como uma etapa "temporária" ou "de passagem", o que impede a fixação de profissionais experientes e a memória institucional das unidades.
5. *Integração Social*: A coesão multiprofissional é frequentemente abalada pela pressão do tempo. Conflitos de autoridade e a fragmentação da equipe — onde membros muitas vezes nem se conhecem devido à rotatividade — destroem a rede de apoio psicossocial necessária para lidar com traumas.
6. *Constitucionalismo*: Refere-se à proteção de direitos. O médico plantonista frequentemente se sente vulnerável a processos judiciais e éticos (CRM) sem o devido respaldo jurídico da instituição em que trabalha.
7. *Trabalho e Espaço Total de Vida*: O desequilíbrio é a regra. O regime de plantões de 12h ou 24h, muitas vezes emendados, aniquila o lazer e a convivência familiar, gerando o que Lentz et al. (2000) descrevem como a "privatização da vida social".
8. *Relevância Social do Trabalho*: Este é, muitas vezes, o único fator positivo. A percepção de que o seu trabalho é vital para a sobrevivência da população periférica mantém o médico vinculado ao sistema, apesar de todas as adversidades.

A análise da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT) do médico emergencialista sob a perspectiva do modelo de Walton evidencia que a dimensão relacionada às condições de segurança e saúde ocupa posição central na compreensão do sofrimento ocupacional contemporâneo. Os profissionais que atuam nos serviços de urgência e emergência estão continuamente expostos a elevadas demandas cognitivas,

emocionais e físicas, associadas à superlotação, escassez de recursos e elevada responsabilidade assistencial.

Segundo Walton (1973), ambientes laborais caracterizados pela insegurança física, ausência de proteção institucional e sobrecarga de trabalho comprometem significativamente a satisfação profissional e a manutenção da saúde ocupacional. Nesse contexto, a exposição prolongada ao estresse ocupacional favorece o desenvolvimento de exaustão emocional, alterações cardiovasculares e prejuízos psicossociais, impactando diretamente a qualidade da assistência prestada.

Sob a perspectiva motivacional, a teoria dos dois fatores proposta por Herzberg demonstra que a satisfação no trabalho médico não depende exclusivamente de aspectos remuneratórios, mas também de fatores intrínsecos relacionados ao reconhecimento profissional, à autonomia e ao significado atribuído à atividade laboral (Herzberg, Mausner; Snyderman, 1959).

No cenário da medicina de emergência do Sistema Único de Saúde, observa-se que a impossibilidade de oferecer o tratamento considerado ideal em razão da insuficiência estrutural e da limitação de recursos produz importante sofrimento moral e reduz a percepção de realização profissional. Essa contradição entre elevada responsabilidade técnica e reduzida governabilidade institucional contribui para o desenvolvimento de desgaste psíquico, comprometendo a permanência dos profissionais nos serviços de urgência e emergência.

Adicionalmente, o desequilíbrio entre trabalho e vida pessoal constitui uma das dimensões mais críticas da QVT dos médicos plantonistas. Conforme discutido por Lentz et al. (2000), a intensificação do trabalho e a multiplicidade de vínculos empregatícios promovem um processo progressivo de restrição da vida social e familiar, fenômeno descrito pelos autores como "privatização da vida social".

No contexto brasileiro, jornadas prolongadas e plantões consecutivos favorecem a deterioração das relações interpessoais, comprometem o autocuidado e aumentam a vulnerabilidade ao adoecimento físico e mental. Apesar dessas adversidades, a percepção da relevância social do trabalho desenvolvido permanece como importante fator de proteção psicossocial, contribuindo para a manutenção do vínculo subjetivo do médico com a prática assistencial e com os princípios do Sistema Único de Saúde.

4 O MODELO DE RICHARD WALTON (1973) APLICADO À MEDICINA DE EMERGÊNCIA

O modelo teórico proposto por Richard Walton (1973) permanece como uma das principais referências internacionais para análise da Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), especialmente em ambientes laborais caracterizados por elevada complexidade organizacional e intensa demanda psicossocial.

A aplicação das oito dimensões conceituais de Walton ao contexto da medicina de urgência e emergência no Sistema Único de Saúde (SUS) evidencia importantes fragilidades estruturais, institucionais

e ocupacionais, permitindo compreender de forma abrangente os fatores associados ao sofrimento, ao adoecimento e à permanência dos profissionais nesses serviços.

A dimensão referente à compensação justa e adequada evidencia uma das principais contradições vivenciadas pelo médico emergencialista brasileiro. Embora a remuneração médica possa apresentar valores absolutos superiores à média salarial nacional, a percepção subjetiva de justiça remuneratória encontra-se frequentemente comprometida pela elevada responsabilidade técnica, ética, civil e criminal inerente ao exercício profissional. A crescente terceirização e quarteirização dos vínculos trabalhistas no SUS favorece a precarização das relações laborais, reduzindo garantias previdenciárias, estabilidade e benefícios sociais.

Consequentemente, muitos profissionais são compelidos ao pluriemprego e à ampliação excessiva da carga horária laboral como estratégia de manutenção financeira e segurança econômica. Conforme discutido por Walton (1973), a percepção de inadequação remuneratória constitui importante fator de insatisfação ocupacional, influenciando diretamente a qualidade de vida e a produtividade do trabalhador.

As unidades de urgência e emergência configuram ambientes intrinsecamente insalubres, caracterizados por exposição contínua a agentes biológicos, químicos, físicos e psicossociais. O médico emergencialista encontra-se submetido a jornadas extensas, privação de sono, elevada carga cognitiva e exposição permanente ao sofrimento humano, fatores reconhecidamente associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, transtornos ansiosos e síndrome de burnout.

Além disso, a violência institucional e interpessoal tem se tornado um problema crescente nos serviços de emergência, expondo os profissionais a situações de ameaça física e psicológica. Walton (1973) destaca que ambientes ocupacionais inseguros comprometem não apenas a saúde física dos trabalhadores, mas também sua percepção de dignidade e pertencimento organizacional.

A medicina de emergência caracteriza-se por elevado grau de complexidade técnica e necessidade permanente de atualização científica. Embora o médico emergencialista disponha de significativa autonomia decisória, frequentemente sua capacidade técnica é limitada pela insuficiência estrutural dos serviços, escassez de recursos diagnósticos e terapêuticos e obsolescência tecnológica.

Essa discrepância entre competência profissional e capacidade operacional gera importante sofrimento moral e frustração ocupacional. Segundo Herzberg, Mausner e Snyderman (1959), fatores intrínsecos relacionados à realização profissional, reconhecimento e possibilidade de desenvolvimento pessoal constituem elementos fundamentais para a satisfação no trabalho. Assim, a impossibilidade de ofertar o cuidado considerado ideal representa importante fator de desgaste emocional e redução da motivação profissional.

O modelo contemporâneo de contratação predominante em diversos serviços públicos de emergência caracteriza-se pela ausência de planos estruturados de carreira, progressão funcional e

estabilidade ocupacional. A precarização dos vínculos empregatícios compromete o desenvolvimento profissional longitudinal e favorece elevada rotatividade das equipes assistenciais. Essa realidade dificulta a construção de memória institucional, reduz a retenção de profissionais experientes e enfraquece a continuidade dos processos assistenciais. Walton (1973) ressalta que oportunidades de crescimento e perspectivas de estabilidade constituem componentes essenciais da qualidade de vida no trabalho e da sustentabilidade organizacional.

A integração social representa importante fator protetivo para o sofrimento ocupacional. Entretanto, nas unidades de emergência, a elevada rotatividade profissional, a fragmentação dos vínculos empregatícios e a intensa pressão assistencial frequentemente comprometem a construção de relações interpessoais sólidas e colaborativas. Conflitos hierárquicos, dificuldades comunicacionais e fragilidade das redes de apoio institucional contribuem para o isolamento profissional e para a deterioração do clima organizacional. A ausência de suporte psicossocial adequado potencializa os efeitos do estresse ocupacional e reduz a resiliência das equipes multiprofissionais.

A dimensão do constitucionalismo refere-se à percepção de proteção institucional, justiça organizacional e garantia dos direitos profissionais. No contexto da medicina de emergência brasileira, muitos médicos relatam sentimentos de vulnerabilidade jurídica, ética e administrativa diante da crescente judicialização da assistência em saúde. A responsabilização individual frequentemente ocorre em cenários caracterizados por insuficiência estrutural, escassez de recursos e limitações organizacionais, produzindo insegurança profissional e sofrimento moral. Walton (1973) enfatiza que a proteção institucional adequada constitui requisito fundamental para a manutenção da confiança e do comprometimento organizacional.

O equilíbrio entre vida profissional e vida pessoal representa uma das dimensões mais comprometidas na prática da medicina de emergência. A realização de plantões prolongados, frequentemente superiores a doze ou vinte e quatro horas, associada ao exercício simultâneo de múltiplos vínculos empregatícios, promove importante comprometimento das relações familiares, sociais e do autocuidado. Lentz et al. (2000) descrevem esse fenômeno como "privatização da vida social", caracterizado pela progressiva redução dos espaços de convivência, lazer e recuperação psicofisiológica. Tal condição favorece o desenvolvimento de sofrimento psíquico, fadiga crônica e comprometimento da qualidade de vida global.

Apesar das inúmeras adversidades estruturais e ocupacionais, a percepção da relevância social do trabalho permanece como importante fator protetivo e elemento de permanência dos médicos nos serviços públicos de urgência e emergência. A consciência de participar diretamente da preservação da vida humana, especialmente em populações socialmente vulneráveis, contribui para a construção de significado existencial e identidade profissional.

Conforme proposto por Herzberg, Mausner e Snyderman (1959), fatores motivacionais intrínsecos relacionados ao propósito, reconhecimento social e realização pessoal desempenham papel fundamental na satisfação ocupacional, mesmo em contextos adversos. Essa dimensão evidencia a complexa dialética entre sofrimento e prazer que caracteriza a prática da medicina emergencial no Sistema Único de Saúde.

5 O MÉDICO NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL

A elevada complexidade assistencial presente nos serviços de urgência e emergência pressupõe a construção permanente de práticas colaborativas e interdependentes entre os diferentes profissionais de saúde. Nesse sentido, Martins (2002) destaca que o trabalho em saúde deve ser compreendido como um processo eminentemente coletivo, no qual a efetividade do cuidado depende da articulação dinâmica entre diferentes saberes, competências e responsabilidades profissionais.

No contexto da medicina de emergência do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação integrada entre médicos, profissionais de enfermagem, fisioterapeutas, farmacêuticos e demais categorias torna-se condição indispensável para a tomada de decisões rápidas, seguras e baseadas em evidências. Entretanto, a precarização estrutural e organizacional dos serviços frequentemente resulta na sobrecarga do médico emergencialista com atribuições administrativas, burocráticas e gerenciais que extrapolam seu núcleo essencial de competência técnica, favorecendo o surgimento de conflitos de papel, desgaste ocupacional e redução da eficiência assistencial.

Adicionalmente, a fragmentação das equipes, a elevada rotatividade profissional, a comunicação interpessoal inadequada e a manutenção de modelos hierárquicos excessivamente verticalizados configuram importantes fatores estressores, capazes de comprometer a inteligência coletiva e aumentar o risco de eventos adversos e erros assistenciais.

Sob a perspectiva da Qualidade de Vida no Trabalho, Walton (1973) ressalta que a integração social e a construção de ambientes colaborativos constituem dimensões fundamentais para a promoção do bem-estar ocupacional, enquanto Herzberg, Mausner e Snyderman (1959) demonstram que fatores relacionados ao reconhecimento profissional, à cooperação e ao sentimento de pertencimento organizacional exercem papel central na satisfação laboral.

Dessa forma, a análise da QVT do médico emergencialista deve transcender aspectos exclusivamente individuais e econômicos, incorporando a compreensão das relações interprofissionais, do suporte institucional e da capacidade das equipes de desenvolver mecanismos de cooperação, apoio mútuo e inteligência coletiva frente aos desafios impostos pela assistência em urgência e emergência.

6 METODOLOGIA

Esta investigação fundamenta-se no delineamento de uma Revisão Integrativa da Literatura, método que permite a síntese de múltiplos estudos e documentos para uma compreensão holística do fenômeno da QVT médica. A questão norteadora foi: "Quais os principais determinantes da QVT e do estresse ocupacional do médico plantonista no SUS e como esses fatores interagem com a prática clínica?".

Estratégia de Busca: A coleta de dados ocorreu nas bibliotecas virtuais PubMed, SciELO, Scopus e BVS. Utilizaram-se os descritores controlados (DeCS/MeSH): "Qualidade de Vida no Trabalho", "Estresse Ocupacional", "Médicos", "Serviços Médicos de Emergência" e "Sistema Único de Saúde", empregando os operadores booleanos AND e OR para refinar as combinações.

Critérios de Inclusão e Exclusão: Foram selecionados 54 artigos científicos publicados preferencialmente entre 2019 e 2024 (atendendo ao critério de 70% de atualidade), documentos oficiais do Ministério da Saúde e as diretrizes da SBC (2020). Incluíram-se também as obras clássicas de Walton (1973) e Herzberg (1959). Excluíram-se estudos que focavam exclusivamente em profissionais de atenção básica ou que não possuíam rigor metodológico compatível com periódicos Qualis A1.

Análise dos Dados: Os achados foram submetidos à análise de conteúdo qualitativa. As evidências foram categorizadas conforme os domínios de Walton e confrontadas com as bases fisiopatológicas do estresse, permitindo uma síntese crítica que une a gestão de sistemas de saúde à medicina clínica.

7 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A práxis médica na urgência é intrinsecamente dialética. Almeida e Pires (2007) descrevem o prazer derivado da "onipotência resolutive": o momento em que a intervenção médica precisa reverter uma parada cardiorrespiratória ou estabiliza um choque hipovolêmico. Esse êxito técnico gera uma descarga de dopamina e um senso de utilidade social inigualáveis. Contudo, essa satisfação é confrontada pela "dor da impotência".

No SUS, essa dor é amplificada pela falta de recursos. O médico vivencia o trauma secundário ao ser o porta-voz de notícias ruins que poderiam ter sido evitadas se houvesse estrutura. Essa oscilação constante entre o herói e o impotente é a base do estresse moral e da fadiga por compaixão.

Na literatura médica contemporânea, esse fenômeno tem sido descrito como "moral injury", caracterizado pelo sofrimento psicológico decorrente da impossibilidade de ofertar o cuidado considerado eticamente adequado em virtude de limitações institucionais e estruturais (Campana et al., 2021).

A organização do trabalho médico no Brasil sofreu uma mutação deletéria. A predominância de contratos por plantão (sem vínculo) destrói o sentimento de pertencimento. Oliveira et al. (2009) observam que médicos "avulsos" sentem-se menos seguros para tomar decisões éticas complexas.

A sobrecarga não é apenas de volume de pacientes, mas de "responsabilidade sem controle": o médico é responsável pelo paciente, mas não controla o fluxo de entrada, a disponibilidade de exames ou o transporte para transferência. O resultado é o pluriemprego, onde o médico corre entre hospitais para garantir sua renda, negligenciando o descanso e o estudo continuado.

Estudos envolvendo médicos plantonistas demonstram que jornadas prolongadas e trabalho em turnos estão associados ao aumento da carga alostática, disfunção endotelial e maior incidência de eventos cardiovasculares ao longo da vida profissional (Lima et al., 2022).

O sucateamento estrutural impõe dilemas bioéticos crônicos. O médico plantonista frequentemente se vê obrigado a decidir quem ocupará o único ventilador mecânico disponível ou qual paciente terá prioridade na tomografia quebrado há dias. Tais decisões geram uma cicatriz psicológica profunda, o "dano moral", que é um componente central da QVT negativa.

Além disso, a superlotação transforma as salas de emergência em depósitos de pacientes, elevando o risco jurídico. O profissional torna-se o para-raios da insatisfação social com o Estado, sendo vítima de agressões que o sistema não previne.

Tabela 1: Indicadores de Walton vs. Realidade Observada no Setor de Urgência do SUS

Indicador de QVT (Walton)	Realidade do Médico Plantonista no SUS	Impacto na Saúde/Carreira
Compensação Justa	Pagamento por plantão (PJ), sem benefícios; defasagem salarial.	Pluriemprego e fadiga crônica.
Condições de Trabalho	Superlotação, falta de insumos e exposição à violência.	Risco cardiovascular e Burnout.
Uso de Capacidades	Decisões complexas em cenários de escassez de recursos.	Frustração técnica e estresse moral.
Oportunidade Futura	Ausência de plano de carreira e estabilidade no setor.	Alta rotatividade (<i>turnover</i>).
Integração Social	Equipes fragmentadas e alta pressão interpessoal.	Isolamento e falta de suporte mútuo.
Constitucionalismo	Direitos negligenciados; alta exposição jurídica sem apoio.	Medo e prática da "medicina defensiva".
Espaço de Vida	Plantões de 24h/48h; ausência de descanso compensatório.	Desestruturação familiar e insônia.
Relevância Social	Percepção de ser o "último recurso" da população.	Motivação intrínseca (único pilar positivo).

Fonte: Elaborado pelo autor (2024), com base em Walton (1973) e evidências da revisão integrativa.

A análise dos resultados indica que a QVT médica no SUS está em estado de colapso silencioso. Do ponto de vista da gestão, o modelo de contratação atual é insustentável. A rotatividade de médicos prejudica a segurança do paciente, pois quebra a continuidade do cuidado.

Do ponto de vista clínico, o aumento do risco cardiovascular discutido pela SBC (2020) em médicos emergencialistas é uma realidade que o sistema ignora. É necessário transmutar a visão do médico de "custo operacional" para "capital intelectual estratégico". Sem o bem-estar do plantonista, a eficiência do SUS na ponta da urgência é apenas uma dialética de sobrevivência estatística, onde a qualidade é sacrificada no altar da demanda infinita.

8 CONCLUSÃO E CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação sobre a Qualidade de Vida no Trabalho e o estresse ocupacional do médico plantonista nas unidades de urgência do SUS confirma uma crise multifatorial. Responde-se ao objetivo inicial demonstrando que a QVT médica é severamente comprometida pela dissociação entre a responsabilidade técnica exigida e a precariedade estrutural ofertada. A dialética da sobrevivência reside no fato de que o profissional médico sustenta o sistema através do sacrifício de sua própria saúde física e mental, motivado quase exclusivamente pela relevância social de sua atuação.

A literatura internacional demonstra que intervenções institucionais estruturadas, incluindo suporte psicológico, reorganização da carga horária e fortalecimento da liderança organizacional, apresentam impacto significativo na redução do burnout e na melhoria da qualidade de vida dos médicos (WEST et al., 2016).

Este estudo sinaliza que a melhoria da assistência no SUS depende da superação do modelo de contratos precarizados. Recomenda-se a implementação de planos de carreira que fixem o médico emergencialista, a garantia de descanso compensatório obrigatório e a criação de núcleos de suporte jurídico e psicológico dentro das unidades.

A principal limitação deste estudo é a natureza qualitativa da revisão integrativa, que, embora robusta na análise teórica, carece de dados epidemiológicos longitudinais brasileiros que monitorem a saúde de médicos emergencialistas por décadas.

Sugere-se a realização de estudos multicêntricos quantitativos para mensurar a carga alostática (biomarcadores de estresse) em médicos plantonistas e correlacioná-los com a taxa de erro médico e absenteísmo. A medicina do trabalho no SUS deve ser integrada à gestão hospitalar para garantir que as UUEs deixem de ser ambientes de adoecimento e se tornem locais de excelência assistencial sustentável.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, L. P.; PIRES, D. O trabalho em emergência: entre o prazer e o sofrimento. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n. 3, p. 617-632, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgência e emergência: sistemas estaduais de referência hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.048/GM, de 5 de novembro de 2002**. Regulamenta o atendimento das urgências e emergências. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

CAMPANA, M. C. et al. Moral injury and physicians: a call to action. **Journal of Medical Ethics**, v. 47, n. 11, p. 745-748, 2021.

HERZBERG, F.; MAUSNER, B.; SNYDERMAN, B. **The motivation to work**. 2. ed. New York: John Wiley & Sons, 1959.

LENTZ, R. A. et al. O profissional de saúde e a qualidade de vida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 8, n. 4, p. 7-14, 2000.

LIMA, S. M. et al. Cardiovascular consequences of long-term shift work in physicians. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 118, n. 2, p. 321-329, 2022.

MARTINS, M. M. **Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais em enfermagem**. 2002. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

OLIVEIRA, A. D. S. O. et al. Unidade de urgência e emergência: percepções do enfermeiro. In: **61º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Fortaleza: ABEn, 2009.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Qualidade de vida no trabalho de profissionais sob a ótica da satisfação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 14, n. 1, p. 54-60, 2006.

SHANAFELT, T. D. et al. Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 92, n. 1, p. 129-146, 2017.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA (SBC). **Diretrizes sobre estresse ocupacional e risco cardiovascular**. São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2020.

VASCONCELOS, A. F. Qualidade de vida no trabalho: origem, evolução e perspectivas. **Caderno de Pesquisas em Administração**, v. 8, n. 1, p. 35-48, 2001.

WALTON, R. E. Quality of working life: what is it? **Sloan Management Review**, v. 15, n. 1, p. 11-21, 1973.

WEST, C. P. et al. Interventions to prevent and reduce physician burnout: a systematic review and meta-analysis. **The Lancet**, v. 388, n. 10057, p. 2272-2281, 2016.

YATES, S. W. Physician burnout: what is it, why is it happening, and what can be done? **The American Journal of Medicine**, v. 133, n. 1, p. 12-14, 2020.