

ESTRESSE OCUPACIONAL EM FUNCIONÁRIOS DE UM HOSPITAL DE EMERGÊNCIA NO AMAPÁ

OCCUPATIONAL STRESS AMONG EMPLOYEES OF AN EMERGENCY HOSPITAL IN AMAPÁ

ESTRÉS OCUPACIONAL EN TRABAJADORES DE UN HOSPITAL DE EMERGENCIA EN AMAPÁ

Wenderson Luis Fontes Moreira

Graduando em Medicina
Universidade Federal do Amapá
Endereço: Macapá, Amapá, Brasil
E-mail: wenderson_289@hotmail.com

Felipe Manassés Viterbino Matos

Graduando em Medicina
Universidade Federal do Amapá
Endereço: Macapá, Amapá, Brasil
E-mail: felipe.mvmatos@gmail.com

Lucas Vinicius Quaresma do Nascimento

Graduando em Medicina
Universidade Federal do Amapá
Endereço: Macapá, Amapá, Brasil
E-mail: quaresmalucas01@gmail.com

Wesley Jaime Soares Palmerim

Graduando em Medicina
Universidade Federal do Amapá
Endereço: Macapá, Amapá, Brasil
E-mail: wesleypalmerime@gmail.com

Isaias Fiúza Cabral

Doutor em Neurocirurgia
Universidade Federal do Amapá
Endereço: Macapá, Amapá, Brasil
E-mail: isaiasfcabral@gmail.com

RESUMO

Objetivo: analisar os níveis e os perfis de estresse ocupacional entre profissionais de saúde de um hospital de emergência em Macapá, Amapá. Metodologia: estudo transversal, observacional e analítico, com abordagem quantitativa, realizado com 54 profissionais de saúde, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem. Foram utilizados questionário sociodemográfico e ocupacional de autoria própria e a Job Stress Scale (JSS), estruturada nos domínios demanda psicológica, controle e apoio social.

Resultados: a amostra foi predominantemente feminina (79,6%) e composta sobretudo por técnicos de enfermagem (59,3%). A demanda psicológica apresentou média de 15,5 pontos; o controle, 20,6 pontos; e o apoio social, 18,7 pontos. A classificação pelo modelo demanda-controle indicou 37,0% de alta demanda e 66,7% de baixo controle. O perfil ocupacional mais frequente foi o trabalho passivo (48,1%), seguido por alto desgaste (18,5%), trabalho ativo (18,5%) e baixo desgaste (14,8%). Não foram observadas diferenças estatisticamente significativas nos escores da JSS segundo sexo ou categoria profissional, nem associação entre os perfis de Karasek e as variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais avaliadas. **Conclusões:** os achados apontam para um ambiente de trabalho marcado por ritmo acelerado, exigência técnica elevada e autonomia decisória limitada, embora com apoio interpessoal relativamente favorável. Recomendam-se intervenções organizacionais voltadas à redistribuição de demandas, ampliação da participação decisória e fortalecimento de estratégias institucionais de promoção da saúde mental.

Palavras-chave: estresse ocupacional, profissionais de saúde, serviços médicos de emergência, saúde mental, Job Stress Scale.

ABSTRACT

Objective: to analyze levels and profiles of occupational stress among healthcare workers at an emergency hospital in Macapá, Amapá, Brazil. **Methodology:** cross-sectional, observational, and analytical study with a quantitative approach, conducted with 54 healthcare workers, including physicians, nurses, and nursing technicians. A self-administered sociodemographic and occupational questionnaire and the Job Stress Scale (JSS) were used, covering psychological demand, control, and social support. **Results:** the sample was predominantly female (79.6%) and mostly composed of nursing technicians (59.3%). The mean psychological demand score was 15.5, control was 20.6, and social support was 18.7. According to the demand-control model, 37.0% of participants were classified as having high demand and 66.7% as having low control. The most frequent occupational profile was passive work (48.1%), followed by high strain (18.5%), active work (18.5%), and low strain (14.8%). No statistically significant differences were observed in JSS scores according to sex or professional category, and no association was found between Karasek profiles and sociodemographic, clinical, or behavioral variables. **Conclusions:** the findings indicate a workplace characterized by fast pace, high technical requirements, and restricted decision autonomy, despite relatively favorable interpersonal support. Organizational interventions focused on workload redistribution, greater decision participation, and institutional mental health promotion strategies are recommended.

Keywords: occupational stress, healthcare workers, emergency medical services, mental health, Job Stress Scale.

RESUMEN

Objetivo: analizar los niveles y perfiles de estrés ocupacional entre profesionales de salud de un hospital de emergencia en Macapá, Amapá, Brasil. **Metodología:** estudio transversal, observacional y analítico, con enfoque cuantitativo, realizado con 54

profesionales de salud, incluyendo médicos, enfermeros y técnicos de enfermería. Se utilizaron un cuestionario sociodemográfico y ocupacional de autoría propia y la Job Stress Scale (JSS), estructurada en los dominios demanda psicológica, control y apoyo social. Resultados: la muestra fue predominantemente femenina (79,6%) y compuesta principalmente por técnicos de enfermería (59,3%). La demanda psicológica presentó una media de 15,5 puntos; el control, 20,6 puntos; y el apoyo social, 18,7 puntos. Según el modelo demanda-control, el 37,0% presentó alta demanda y el 66,7% bajo control. El perfil más frecuente fue el trabajo pasivo (48,1%), seguido de alto desgaste (18,5%), trabajo activo (18,5%) y bajo desgaste (14,8%). No se observaron diferencias estadísticamente significativas en los puntajes de la JSS según sexo o categoría profesional, ni asociación entre los perfiles de Karasek y las variables sociodemográficas, clínicas y conductuales. Conclusiones: los hallazgos indican un ambiente laboral marcado por ritmo acelerado, elevada exigencia técnica y autonomía decisoria limitada, aunque con apoyo interpersonal relativamente favorable. Se recomiendan intervenciones organizacionales orientadas a la redistribución de demandas, ampliación de la participación decisoria y fortalecimiento de estrategias institucionales de promoción de la salud mental.

Palabras clave: estrés ocupacional, profesionales de salud, servicios médicos de emergencia, salud mental, Job Stress Scale.

1 INTRODUÇÃO

O trabalho em serviços de urgência e emergência constitui um cenário de elevada exigência técnica, emocional e organizacional. Esses serviços lidam com demandas imprevisíveis, risco iminente de morte, sofrimento intenso, pressão por tomada de decisão rápida, exposição a riscos biológicos e necessidade de coordenação multiprofissional contínua. Nesse contexto, o estresse ocupacional emerge como fenômeno relevante para a saúde do trabalhador e para a qualidade da assistência prestada.

O estresse ocupacional pode ser compreendido como um processo resultante da interação entre características individuais, organização do trabalho e condições materiais de execução das atividades, especialmente quando as demandas excedem os recursos disponíveis ao trabalhador para enfrentá-las (Silva, 2019; Sousa; Araujo, 2015). Nos serviços de saúde, tais demandas se intensificam pela responsabilidade direta sobre o cuidado de pessoas em estado grave, pela necessidade de respostas imediatas e pela convivência cotidiana com eventos críticos.

Profissionais inseridos em unidades de emergência estão particularmente expostos a jornadas imprevisíveis, turnos extras, mudanças frequentes de equipe e setor, conflitos organizacionais, contato com sofrimento e morte, além de possíveis situações de violência no ambiente de trabalho. Evidências indicam que a exposição ocupacional a ambientes de emergência está associada a maior risco de sofrimento psíquico, sintomas ansiosos e depressivos, fadiga, Burnout e piora do desempenho assistencial (Cannavò *et al.*, 2019; Cruz *et al.*, 2019; Honorato; Machado, 2019; Momeni *et al.*, 2016).

Entre os modelos teóricos mais empregados para avaliação do estresse psicossocial no trabalho, destaca-se o modelo demanda-controle de Karasek, posteriormente ampliado pela dimensão de apoio social. Segundo esse referencial, a combinação entre alta demanda psicológica e baixo controle sobre o processo de trabalho constitui a situação de maior desgaste, ao passo que maior controle e suporte social podem funcionar como elementos protetores frente às exigências laborais (Karasek, 1979; Karasek; Theorell, 1990).

No Brasil, instrumentos como a Job Stress Scale (JSS) têm sido utilizados para mensurar dimensões relacionadas à demanda psicológica, ao controle e ao apoio social no trabalho, permitindo classificar os trabalhadores em perfis ocupacionais e identificar grupos potencialmente mais vulneráveis a estressores psicossociais (Alves *et al.*, 2004). A aplicação desse instrumento em serviços de emergência é pertinente porque permite distinguir a sobrecarga percebida, a autonomia decisória e a qualidade das relações interpessoais no ambiente laboral.

No estado do Amapá, o Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz representa importante referência pública para atendimento de urgência e emergência de média e alta complexidade. Considerando a centralidade desse serviço para a rede assistencial e a escassez de estudos locais sobre saúde mental ocupacional em equipes de emergência, este estudo teve como objetivo analisar os níveis e os perfis de estresse ocupacional entre médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem atuantes em um hospital de emergência em Macapá, Amapá.

2 METODOLOGIA

Trata-se de um estudo transversal, observacional e analítico, com abordagem quantitativa. O delineamento transversal foi adotado por permitir a mensuração simultânea das variáveis de exposição e dos desfechos psicossociais em uma população definida, sendo útil para estimar prevalências e descrever padrões de associação em contexto ocupacional (Lima-Costa; Barreto, 2003).

O estudo foi realizado com profissionais de saúde vinculados ao Hospital de Emergência Dr. Oswaldo Cruz, localizado no município de Macapá, Amapá. A população-alvo compreendeu médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem em atuação no serviço durante o período da pesquisa. Foram incluídos profissionais dessas três categorias, independentemente de idade, sexo, tempo de vínculo institucional, carga horária ou especialidade exercida. Foram excluídos trabalhadores não vinculados ao hospital ou pertencentes a categorias profissionais diferentes das definidas previamente.

A coleta de dados foi realizada por meio de dois instrumentos. O primeiro foi um questionário sociodemográfico e ocupacional de autoria própria, contemplando variáveis como sexo, faixa etária, categoria profissional, tempo de trabalho no hospital, carga horária semanal, presença de problemas de saúde, uso de medicamentos, histórico de tratamento para estresse, ansiedade ou depressão, tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas e prática de atividade física regular.

O segundo instrumento foi a Job Stress Scale (JSS), composta por 17 itens distribuídos em três domínios: demanda psicológica, controle sobre o trabalho e apoio social. Os itens referentes à demanda e ao controle utilizaram respostas em escala tipo Likert, variando de maior a menor frequência; os itens de apoio social utilizaram alternativas de concordância. A escala permite analisar aspectos quantitativos e qualitativos do processo de trabalho, autonomia decisória, uso de habilidades e relações com colegas e chefias (Alves *et al.*, 2004).

Os escores dos domínios foram descritos por média, mediana, desvio-padrão, mínimo e máximo. Para a categorização das dimensões demanda e controle, utilizaram-se pontos de corte baseados na mediana amostral, permitindo a classificação dos participantes em quatro quadrantes do modelo de Karasek: alto desgaste, baixo desgaste,

trabalho ativo e trabalho passivo. O perfil de alto desgaste corresponde à combinação entre alta demanda e baixo controle; o trabalho ativo, à alta demanda e alto controle; o trabalho passivo, à baixa demanda e baixo controle; e o baixo desgaste, à baixa demanda e alto controle.

A análise estatística incluiu frequências absolutas e relativas para variáveis categóricas, estatísticas descritivas para variáveis contínuas, análise de variância de um fator com correção de Welch para comparação dos domínios da JSS segundo sexo e categoria profissional, e testes de qui-quadrado de Pearson para verificar associações entre as classificações de demanda, controle e perfis de Karasek com variáveis sociodemográficas, clínicas e comportamentais. Adotou-se nível de significância de 5%.

A pesquisa foi conduzida conforme os princípios éticos aplicáveis a estudos com seres humanos, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. A participação foi voluntária, mediante consentimento livre e esclarecido.

O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa Universidade Federal do Amapá – UNIFAP – CAAE 81928924.2.0000.0003.

3 RESULTADOS

3.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E OCUPACIONAL

A amostra foi composta por 54 profissionais de saúde. Observou-se predominância do sexo feminino, correspondente a 79,6% dos participantes. A faixa etária mais frequente foi de 40 a 49 anos, representando 38,9% da amostra, seguida pela faixa de 29 a 39 anos (29,6%) e por profissionais com 50 anos ou mais (24,1%). Quanto à categoria profissional, os técnicos de enfermagem constituíram o grupo majoritário, com 59,3%, seguidos por enfermeiros (22,2%) e médicos (18,5%). Em relação ao tempo de trabalho no hospital, 55,6% dos participantes possuíam mais de quatro anos de vínculo institucional.

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico e ocupacional dos participantes (n = 54).

Variável	Categoria	n	%
Sexo	Feminino	43	79,6
	Masculino	11	20,4
Faixa etária	18 a 28 anos	4	7,4
	29 a 39 anos	16	29,6
	40 a 49 anos	21	38,9
	50 anos ou mais	13	24,1
Categoria profissional	Enfermeiro(a)	12	22,2
	Médico(a)	10	18,5
	Técnico(a) de enfermagem	32	59,3
Tempo de trabalho	Menos de 1 ano	9	16,7
	1 a 2 anos	5	9,3
	2 a 3 anos	5	9,3
	3 a 4 anos	5	9,3
	Mais de 4 anos	30	55,6

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

3.2 CONDIÇÕES DE SAÚDE E HÁBITOS DE VIDA

A maioria dos participantes declarou não possuir problemas de saúde (75,9%). Entre aqueles que relataram alguma condição, destacaram-se hipertensão arterial sistêmica e hipotireoidismo. O uso regular de medicamentos foi referido por 22,2% da amostra. Quanto aos hábitos de vida, a prevalência de tabagismo foi baixa (3,7%), enquanto o consumo de bebida alcoólica foi referido por 48,1% dos participantes, predominantemente de forma social. A prática de atividade física regular foi relatada por 63,0%, com predomínio de musculação e atividades de academia. A carga horária semanal mais frequente foi de 30 horas, referida por 68,5% dos profissionais, e 20,4% relataram já ter realizado tratamento relacionado a estresse, ansiedade ou depressão.

Tabela 2 - Condições de saúde, hábitos de vida e carga horária dos participantes.

Variável	Categoria	n	%
Problema de saúde	Não	41	75,9
	Sim	11	20,4
	Não informado	2	3,7
Uso de medicamento	Não	40	74,1
	Sim	12	22,2
	Não informado	2	3,7
Tratamento prévio para estresse, ansiedade ou depressão	Não	42	77,8
	Sim	11	20,4
	Não informado	1	1,9

Tabagismo	Não	51	94,4
	Sim	2	3,7
	Não informado	1	1,9
Consumo de bebida alcoólica	Não	26	48,1
	Sim	26	48,1
	Não informado	2	3,7
Atividade física regular	Não	19	35,2
	Sim	34	63,0
	Não informado	1	1,9
Carga horária semanal recodificada	Até 30 horas	42	77,8
	Mais de 30 horas	12	22,2

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

3.3 DOMÍNIO DEMANDA PSICOLÓGICA

Os resultados do domínio demanda psicológica evidenciaram percepção elevada de pressão no trabalho. A maioria dos profissionais relatou executar tarefas com muita rapidez frequentemente (75,9%), trabalhar sob exigência elevada (70,4%) e produzir muito em pouco tempo (53,7%). Além disso, 40,7% afirmaram que o trabalho apresenta exigências contraditórias ou discordantes de forma frequente. Esses achados indicam que o serviço de emergência estudado é percebido como um ambiente de ritmo acelerado, grande intensidade produtiva e potencial conflito de demandas.

Tabela 3 - Respostas do domínio demanda psicológica da Job Stress Scale.

Item	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
Tarefas com muita rapidez	75,9%	24,1%	-	-
Trabalho intenso/produzir muito em pouco tempo	53,7%	35,2%	9,3%	1,9%
O trabalho exige demais	70,4%	25,9%	3,7%	-
Tempo suficiente para cumprir tarefas	50,0%	37,0%	11,1%	1,9%
Exigências contraditórias ou discordantes	40,7%	35,2%	13,0%	11,1%

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

3.4 DOMÍNIO CONTROLE SOBRE O TRABALHO

No domínio controle, verificou-se um padrão ambivalente. Por um lado, os participantes relataram alta necessidade de iniciativa, habilidades e aprendizagem: 92,6% afirmaram que o trabalho exige tomada de iniciativa frequentemente; 90,7% indicaram

necessidade de habilidade ou conhecimentos especializados; e 81,5% relataram possibilidade de aprender coisas novas. Por outro lado, a autonomia decisória foi limitada: apenas 18,5% afirmaram poder escolher frequentemente o que fazer no trabalho, enquanto 33,3% responderam nunca ou quase nunca poder escolher o que fazer. Esse contraste sugere que o serviço demanda competência técnica e iniciativa, mas oferece baixa margem de decisão sobre o conteúdo e a organização das tarefas.

Tabela 4 - Respostas do domínio controle sobre o trabalho da Job Stress Scale.

Item	Frequentemente	Às vezes	Raramente	Nunca/quase nunca
Possibilidade de aprender coisas novas	81,5%	9,3%	7,4%	1,9%
Exige habilidade/conhecimento especializado	90,7%	7,4%	1,9%	-
Exige tomada de iniciativa	92,6%	5,6%	1,9%	-
Repetição frequente da mesma tarefa	92,6%	5,6%	1,9%	-
Pode escolher como fazer o trabalho	35,2%	33,3%	16,7%	14,8%
Pode escolher o que fazer no trabalho	18,5%	25,9%	22,2%	33,3%

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

3.5 DOMÍNIO APOIO SOCIAL

O apoio social apresentou aspectos positivos e negativos. As relações interpessoais foram majoritariamente favoráveis: 79,6% concordaram que os profissionais se relacionam bem entre si; 77,7% relataram poder contar com apoio dos colegas; 92,6% indicaram bom relacionamento com chefias; e 90,8% declararam gostar de trabalhar com seus colegas. Entretanto, 64,9% discordaram da afirmação de que existe um ambiente calmo e agradável no trabalho, evidenciando fragilidade relacionada ao ambiente físico-organizacional. Assim, os dados sugerem que o suporte relacional funciona como fator protetor parcial, mas não neutraliza completamente a percepção de ambiente laboral estressante.

Tabela 5 - Respostas do domínio apoio social da Job Stress Scale.

Item	Concordo totalmente	Concordo mais que discordo	Discordo mais que concordo	Discordo totalmente
Ambiente calmo e agradável	7,4%	27,8%	51,9%	13,0%
Bom relacionamento entre colegas	29,6%	50,0%	16,7%	3,7%

Pode contar com apoio dos colegas	48,1%	29,6%	22,2%	-
Colegas compreendem em dias difíceis	25,9%	31,5%	35,2%	7,4%
Bom relacionamento com chefes	74,1%	18,5%	7,4%	-
Gosta de trabalhar com os colegas	70,4%	20,4%	9,2%	-

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

3.6 ESCORES DOS DOMÍNIOS E CLASSIFICAÇÃO PELO MODELO DEMANDA-CONTROLE

Na análise quantitativa dos domínios, a demanda psicológica apresentou média de 15,5 pontos, mediana de 16,0 e desvio-padrão de 1,98. O controle apresentou média de 20,6 pontos, mediana de 21,0 e desvio-padrão de 2,24. O apoio social apresentou média de 18,7 pontos, mediana de 19,0 e desvio-padrão de 3,20, sendo o domínio com maior dispersão relativa. A categorização pela mediana indicou que 37,0% dos profissionais apresentaram alta demanda e 66,7% baixo controle.

Tabela 6 - Resumo descritivo dos escores dos domínios da Job Stress Scale.

Estatística	Demanda	Controle	Apoio social
N	54	54	54
Média	15,5	20,6	18,7
Mediana	16,0	21,0	19,0
Desvio-padrão	1,98	2,24	3,20
Mínimo	11	16	12
Máximo	20	24	24

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

O cruzamento entre demanda e controle permitiu classificar os participantes nos quadrantes de Karasek. O perfil mais frequente foi o trabalho passivo, observado em 48,1% da amostra. Os perfis alto desgaste e trabalho ativo apresentaram a mesma frequência (18,5% cada), enquanto o perfil baixo desgaste correspondeu a 14,8%.

Tabela 7 - Categorização dos domínios da JSS e classificação de Karasek.

Variável	Categoria	n	%
Demanda psicológica	Alta	20	37,0
	Baixa	34	63,0
Controle	Alto	18	33,3
	Baixo	36	66,7
Perfil de Karasek	Alto desgaste	10	18,5

	Baixo desgaste	8	14,8
	Trabalho ativo	10	18,5
	Trabalho passivo	26	48,1

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

3.7 COMPARAÇÕES ENTRE GRUPOS E TESTES DE ASSOCIAÇÃO

A análise de variância de um fator pelo teste de Welch não evidenciou diferenças estatisticamente significativas nos escores de demanda, controle ou apoio social quando comparados entre categorias profissionais. Também não houve diferença estatisticamente significativa entre os sexos. A demanda psicológica apresentou tendência marginalmente maior entre mulheres, com média de 15,8 pontos, em comparação a 14,6 pontos entre homens, mas sem atingir significância estatística convencional ($p = 0,087$).

Tabela 8 - Síntese das comparações dos domínios da JSS segundo profissão e sexo.

Domínio	Fator	F (Welch)	gl	p	Interpretação
Demanda	Profissão	0,366	2; 18,0	0,698	Não significativo
Controle	Profissão	0,783	2; 21,4	0,470	Não significativo
Apoio social	Profissão	2,059	2; 22,4	0,151	Não significativo
Demanda	Sexo	3,310	1; 16,7	0,087	Não significativo
Controle	Sexo	2,241	1; 16,2	0,154	Não significativo
Apoio social	Sexo	0,171	1; 14,0	0,685	Não significativo

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

Os testes qui-quadrado de Pearson não demonstraram associações estatisticamente significativas entre a classificação de demanda psicológica, controle ou perfis de Karasek e as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, clínicas e comportamentais investigadas. Esse resultado sugere que a percepção de estresse ocupacional, nesta amostra, não se distribuiu de modo dependente de sexo, idade, cargo, tempo de trabalho, presença de problemas de saúde, uso de medicamentos, histórico de tratamento para estresse, ansiedade e depressão, tabagismo, consumo de álcool ou atividade física.

Tabela 9 - Síntese dos testes qui-quadrado para demanda, controle e perfis de Karasek.

Desfecho analisado	Variáveis testadas	Resultado geral
Demanda psicológica	Sexo, idade, cargo, tempo de trabalho, problema de saúde, uso de medicamento, tratamento prévio, tabagismo, álcool e atividade física	Sem associações estatisticamente significativas ($p > 0,05$)

Controle	Sexo, idade, cargo, tempo de trabalho, problema de saúde, uso de medicamento, tratamento prévio, tabagismo, álcool e atividade física	Sem associações estatisticamente significativas ($p > 0,05$)
Perfis de Karasek	Sexo, idade, cargo, tempo de trabalho, problema de saúde, uso de medicamento, tratamento prévio, tabagismo, álcool e atividade física	Sem associações estatisticamente significativas ($p > 0,05$)

Fonte: Dados da Pesquisa (2024).

Apesar da ausência de significância estatística, algumas tendências descritivas merecem atenção. As mulheres representaram 90,0% dos perfis alto desgaste e trabalho ativo. Os técnicos de enfermagem corresponderam a 73,1% dos profissionais classificados em trabalho passivo. Além disso, entre os trabalhadores classificados em trabalho passivo, 61,5% possuíam mais de quatro anos de vínculo institucional. Tais padrões devem ser interpretados com cautela, uma vez que a amostra é relativamente pequena e a categoria de técnicos de enfermagem foi numericamente predominante.

4 DISCUSSÃO

O presente estudo analisou o estresse ocupacional em profissionais de saúde de um hospital de emergência no Amapá, utilizando a Job Stress Scale e o modelo demanda-controle. Os resultados revelaram um cenário ocupacional caracterizado por elevada pressão assistencial, restrição de autonomia decisória e apoio social relativamente preservado. O achado mais expressivo foi a predominância do perfil de trabalho passivo, presente em quase metade da amostra, seguido por proporções equivalentes de alto desgaste e trabalho ativo.

A composição da amostra reflete uma característica frequente dos serviços hospitalares brasileiros: predominância feminina e forte presença da enfermagem, sobretudo técnicos de enfermagem. Esse perfil tem relevância analítica, pois a equipe de enfermagem permanece em contato contínuo com pacientes, familiares, demandas administrativas e execução direta de procedimentos, o que pode aumentar a exposição cotidiana a estressores. Entretanto, as análises inferenciais não demonstraram associação estatística entre categoria profissional e os domínios da JSS, sugerindo que, neste

hospital, as condições organizacionais afetam de maneira transversal médicos, enfermeiros e técnicos.

A demanda psicológica elevada foi evidenciada principalmente pela frequência de tarefas realizadas com rapidez e pela percepção de que o trabalho exige demais. Em serviços de emergência, a rapidez é uma exigência inerente ao cuidado, pois atrasos podem comprometer desfechos clínicos. Contudo, quando a rapidez se associa a recursos insuficientes, sobrecarga de tarefas, fluxo excessivo de pacientes e exigências contraditórias, deixa de representar apenas uma competência assistencial e passa a configurar fator de risco ocupacional. Essa distinção é fundamental: o problema não é a existência de demanda, mas sua persistência sem contrapartida adequada de controle, apoio e condições materiais.

No domínio controle, observou-se um paradoxo relevante. Os profissionais relatam elevada necessidade de iniciativa, conhecimento técnico e aprendizagem, mas baixa capacidade de escolher o que fazer e, em menor grau, como fazer. Tal dissociação indica que o trabalho exige qualificação e responsabilidade, porém mantém decisões centralizadas ou limitadas por protocolos rígidos, hierarquias, escassez de recursos ou organização fragmentada do processo assistencial. Essa configuração pode produzir frustração, especialmente quando o trabalhador percebe possuir competência técnica, mas dispõe de pouca autonomia para reorganizar o cuidado conforme a necessidade concreta do serviço.

A predominância de baixo controle é particularmente importante no modelo de Karasek. O controle sobre o trabalho não significa ausência de normas ou liberdade irrestrita, mas possibilidade de participar das decisões, ajustar o modo de execução das tarefas, utilizar habilidades, aprender e influenciar o processo laboral. Em ambientes hospitalares, ampliar o controle pode envolver medidas como participação das equipes na construção de fluxos, clareza de papéis, comunicação interprofissional efetiva, mecanismos de escuta institucional e autonomia compatível com a responsabilidade técnica de cada categoria.

O apoio social apresentou resultados relativamente favoráveis, especialmente nas relações com colegas e chefias. Esse achado sugere que o vínculo interpessoal pode funcionar como recurso protetor frente à sobrecarga. Equipes que se relacionam bem

tendem a compartilhar informações, distribuir tarefas, oferecer ajuda em situações críticas e reduzir a sensação de isolamento profissional. Entretanto, a percepção negativa do ambiente físico, descrito majoritariamente como pouco calmo e pouco agradável, indica que o suporte relacional não substitui a necessidade de melhorias estruturais. Relações interpessoais positivas podem amortecer o estresse, mas não eliminam os efeitos de superlotação, ruído, pressão assistencial, insuficiência de leitos ou inadequação de espaços.

O perfil de trabalho passivo, predominante na amostra, merece discussão específica. Diferentemente do alto desgaste, que combina alta demanda e baixo controle, o trabalho passivo combina baixa demanda e baixo controle. À primeira vista, poderia parecer menos preocupante; contudo, teoricamente, esse perfil associa-se a redução de engajamento, empobrecimento do uso de habilidades, menor iniciativa, sensação de estagnação e desmotivação. Em um hospital de emergência, esse achado pode refletir rotinas rigidamente protocoladas, repetitivas ou com limitada participação do trabalhador nas decisões, especialmente entre categorias profissionais com menor autonomia formal.

A presença de 18,5% de profissionais em alto desgaste também é clinicamente relevante. Embora não represente o perfil predominante, esse grupo vivencia a combinação mais crítica do modelo demanda-controle: alta exigência e baixa autonomia. Trabalhadores nesse quadrante podem apresentar maior vulnerabilidade a sintomas de esgotamento, ansiedade, irritabilidade, fadiga e queda da satisfação profissional. Do ponto de vista institucional, esse grupo deve ser considerado prioritário para ações de vigilância em saúde do trabalhador e prevenção de burnout.

A ausência de associações estatisticamente significativas entre os domínios da JSS e variáveis como sexo, idade, profissão, tempo de trabalho, atividade física, tabagismo, álcool e problemas de saúde deve ser interpretada com equilíbrio. Por um lado, pode indicar que os estressores são difusos e compartilhados no ambiente de trabalho, afetando a equipe como um todo. Por outro, o tamanho amostral limita o poder estatístico para detectar diferenças entre subgrupos. Assim, a inexistência de significância não deve ser tomada como prova de ausência de desigualdades ocupacionais, mas como evidência de que, nesta amostra, as diferenças observadas não foram suficientes para rejeitar a hipótese nula.

As tendências descritivas, embora não conclusivas, apontam hipóteses úteis para estudos futuros. A maior proporção de mulheres nos perfis alto desgaste e trabalho ativo pode estar relacionada à feminização da força de trabalho em saúde e à acumulação de demandas profissionais e extralaborais. A concentração de técnicos de enfermagem no perfil trabalho passivo pode refletir menor autonomia formal na organização do cuidado. A presença de trabalhadores com maior tempo de vínculo institucional no quadrante passivo pode sugerir adaptação progressiva a rotinas com baixa participação decisória ou perda de motivação ao longo dos anos. Tais hipóteses requerem investigação com amostras maiores e métodos qualitativos.

Do ponto de vista prático, os resultados reforçam que intervenções voltadas apenas ao indivíduo, como recomendações de atividade física, psicoterapia ou manejo pessoal do estresse, embora importantes, são insuficientes quando o principal eixo do problema está na organização do trabalho. A promoção da saúde mental ocupacional exige intervenções estruturais e gerenciais, incluindo dimensionamento adequado de pessoal, protocolos de acolhimento psicológico, revisão de fluxos, espaços de descanso, comunicação segura, capacitação continuada, prevenção da violência laboral e valorização da participação dos profissionais nas decisões do serviço.

Em síntese, os achados deste estudo indicam que o hospital investigado apresenta um ambiente de trabalho com pressão assistencial relevante, suporte interpessoal relativamente positivo e importante limitação de autonomia. A combinação desses elementos produz um quadro que não se restringe ao sofrimento individual, mas revela um fenômeno institucional, exigindo respostas também institucionais.

5 IMPLICAÇÕES PARA A GESTÃO E PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR

Reorganização do processo de trabalho: Mapear fluxos assistenciais, identificar gargalos operacionais e reduzir exigências contraditórias que aumentam a carga psíquica da equipe.

Ampliação do controle e da autonomia possível: Criar mecanismos de participação dos profissionais nas decisões sobre rotinas, protocolos, distribuição de tarefas e melhorias do setor.

Fortalecimento do apoio social institucional: Manter relações interpessoais positivas, mas complementá-las com suporte formal, como escuta qualificada, reuniões de equipe e supervisão clínica.

Melhoria do ambiente físico: Reduzir fatores ambientais estressores, como ruído, superlotação, ausência de espaços de descanso e inadequação de áreas de trabalho.

Programa permanente de saúde mental ocupacional: Implementar ações continuadas de prevenção, rastreio precoce de sofrimento psíquico, encaminhamento assistencial e acompanhamento de trabalhadores em maior vulnerabilidade.

Vigilância de grupos de risco: Monitorar especialmente profissionais classificados em alto desgaste, sem restringir a intervenção a eles, pois os dados apontam risco organizacional compartilhado.

6 LIMITAÇÕES

Este estudo apresenta limitações que devem ser consideradas. A primeira refere-se ao tamanho da amostra, que reduz o poder estatístico para detectar diferenças entre subgrupos, especialmente quando as categorias analisadas possuem distribuição desigual. A segunda limitação está relacionada ao delineamento transversal, que permite estimar frequências e associações, mas não estabelece causalidade ou direção temporal entre exposição e desfecho.

A terceira limitação decorre do uso de instrumentos autorreferidos, sujeitos a viés de memória, desejabilidade social e variações individuais na interpretação das perguntas. Além disso, o estudo foi conduzido em um único hospital, o que limita a generalização dos achados para outros serviços de emergência do estado ou da região Norte. Apesar dessas limitações, os resultados oferecem contribuição relevante por abordarem uma população pouco estudada e por fornecerem diagnóstico inicial sobre condições psicossociais de trabalho em um serviço público de emergência no Amapá.

7 CONCLUSÃO

Os achados deste estudo evidenciam que o estresse ocupacional no hospital de emergência não se distribui primariamente por características individuais, mas sim por determinantes organizacionais estruturais, reforçando a necessidade de intervenções institucionais sistêmicas.

O estudo evidenciou que profissionais de saúde de um hospital de emergência em Macapá vivenciam contexto laboral caracterizado por ritmo acelerado, elevada exigência técnica, repetição de tarefas e autonomia decisória limitada. Embora os escores médios de apoio social indiquem relações interpessoais predominantemente favoráveis, a percepção de ambiente pouco calmo e agradável revela fragilidade organizacional importante.

O perfil mais prevalente no modelo de Karasek foi o trabalho passivo, correspondendo a 48,1% da amostra, enquanto 18,5% dos profissionais foram classificados em alto desgaste. Esses achados indicam que a combinação entre demanda, controle e apoio social deve ser analisada de forma integrada, pois a sobrecarga não se expressa apenas como excesso de tarefas, mas também como restrição de autonomia e baixa capacidade de intervenção sobre o próprio processo de trabalho.

Não foram observadas associações estatisticamente significativas entre os domínios da JSS ou os perfis de Karasek e as variáveis sociodemográficas, ocupacionais, clínicas e comportamentais avaliadas. Isso reforça a hipótese de que o estresse ocupacional, no cenário estudado, está mais relacionado à organização do trabalho do que a características individuais dos trabalhadores.

Como recomendações institucionais, destacam-se: revisão do dimensionamento de pessoal, aprimoramento dos fluxos de atendimento, fortalecimento da comunicação entre gestão e equipe, ampliação da autonomia possível nas rotinas assistenciais, criação de espaços regulares de escuta e suporte psicológico, e desenvolvimento de programas de promoção da saúde mental voltados aos profissionais de emergência.

Entre as limitações do estudo, destacam-se o delineamento transversal, que impede inferências causais, o tamanho amostral reduzido e o uso de dados autorreferidos. Estudos futuros podem ampliar a amostra, incorporar análises longitudinais e comparar

diferentes setores hospitalares para compreender melhor os determinantes organizacionais do estresse ocupacional em serviços de emergência no Amapá.



REFERÊNCIAS

ALVES, M. G. C *et al.* Versão resumida da "job stress scale": adaptação para o português . **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, Brasil, v. 38, n. 2, p. 164–171, 2004. DOI: 10.1590/S0034-89102004000200003. Disponível em: <https://revistas.usp.br/rsp/article/view/31697>. Acesso em: 30 abr. 2026.

BARBOZA, N. A. S. *et al.* A história do SUS no Brasil e a política de saúde / SUS history in Brazil and health policy. **Brazilian Journal of Development**, [S. l.], v. 6, n. 11, p. 84966–84985, 2020. DOI: 10.34117/bjdv6n11-057. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/19348>. Acesso em: 30 apr. 2026.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Conselho Nacional de Saúde, 2012.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Diário Oficial da União: Brasília, DF, 1990.

CANNAVÒ, M.; LA TORRE, F.; SESTILI, C; FIORAVANTI, M. Work related violence as a predictor of stress and correlated disorders in emergency department healthcare professionals. **Clinica Terapeutica**, Roma, v. 170, n. 2, p. e110-e123, mar./abr. 2019. DOI: 10.7417/CT.2019.2120. PMID: 30993307.

CRUZ, S.; CABRERA, J. H.; ABELLÁN, M. V. Fatores relacionados à probabilidade de sofrer problemas de saúde mental em profissionais de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3144, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3079-3144>. Acesso em: 30 abr. 2026.

DE OLIVEIRA, A. P. S. *et al.* O esgotamento físico dos enfermeiros no setor de urgência e emergência: revisão integrativa. **Nursing (São Paulo)**, v. 22, n. 251, p. 2839-2843, 2019.

ESTEVES, G. G. L *et al.* Fadiga e Estresse como preditores do Burnout em Profissionais da Saúde. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Brasília , v. 19, n. 3, p. 695-702, set. 2019 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572019000300008&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 30 abr. 2026. <https://doi.org/10.17652/rpot/2019.3.16943>.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HONORATO, C.MA *et al.* FATORES DESENCADEANTES DO ESTRESSE LABORAL NA EMERGÊNCIA MÉDICA: UMA REVISÃO INTEGRATIVA. **Revista Ciência Plural**, [S. l.], v. 5, n. 1, p. 52–70, 2019. DOI:

10.21680/2446-7286.2019v5n1ID17945. Disponível em:
<https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17945>. Acesso em: 30 abr. 2026.

KARASEK, R. A. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, v. 24, n. 2, p. 285-308, 1979.

KARASEK, R. *et al.* Healthy work: stress, productivity, and the reconstruction of working life. New York: Basic Books, 1990.

LIMA, C. *et al.* Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 12, n. 4, p. 189-201, 2003.

LudovinoL, A. *et al.* Estresse ocupacional: fatores de risco para os profissionais da medicina e da enfermagem. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 13, n. 11, p. e9046, 1 nov. 2021.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 9. ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

MOMENI, M *et al.* Evaluation of factors affecting psychological morbidity in emergency medicine practitioners. **World Journal of Emergency Medicine**, v. 7, n. 3, p. 203-207, 2016. DOI: 10.5847/wjem.j.1920-8642.2016.03.007. PMID: 27547280; PMCID: PMC4988110.

PAIANO, M *et al.* Saúde mental dos profissionais de saúde na China durante a pandemia do novo coronavírus: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 73, 2020.

PASCHOAL, T *et al.* Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 9, n. 1, p. 45-52, 2004.

SANTOS, E.N *et al.* Saúde do trabalhador no ambiente hospitalar: fatores de risco para síndrome de Burnout. **Nursing**, São Paulo, v. 22, n. 248, p. 2572-2576, 2019.

SANTOS, J.N.M.O *et al.* Estresse ocupacional: exposição da equipe de enfermagem de uma unidade de emergência. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental**, p. 455-463, 2019.

SANTOS, M. J *et al.* Estresse entre profissionais de enfermagem em unidade de terapia intensiva. **Revista Recien - Revista Científica de Enfermagem**, [S. l.], v. 9, n. 27, p. 13-22, 2019. DOI: 10.24276/rrecien2358-3088.2019.9.27.13-22. Disponível em: <https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/201>. Acesso em: 30 abr. 2026.

SCHNEIDER, E. M *et al.* Pesquisas quali-quantitativas: contribuições para a pesquisa em ensino de ciências. *Revista Pesquisa Qualitativa*, v. 5, n. 9, p. 569-584, 2017.

SILVA, G. N. (Re)conhecendo o estresse no trabalho: uma visão crítica. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, v. 12, n. 1, p. 51-61, 2019.

SOUSA, V. F.S *et al.* Estresse ocupacional e resiliência entre profissionais de saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v. 35, n. 3, p. 900-915, 2015.

WEST, C. P. *et al.* Physician burnout: contributors, consequences and solutions. *Journal of Internal Medicine*, v. 283, p. 516-529, 2018.

