

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE SAÚDE COLETIVA
ESPECIALIZAÇÃO EM MEDICINA DO TRABALHO

ALEXANDRE FIDÊNCIO DOMINGUES

**DESAFIOS NA CAPTAÇÃO E RETENÇÃO DE PLANTONISTAS NOTURNOS EM
SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA: CAUSAS E ESTRATÉGIAS DE MELHORIA**

CURITIBA-PR
2025

ALEXANDRE FIDÊNIO DOMINGUES

**DESAFIOS NA CAPTAÇÃO E RETENÇÃO DE PLANTONISTAS NOTURNOS EM
SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA: CAUSAS E ESTRATÉGIAS DE MELHORIA**

Artigo apresentado na Especialização em Medicina do Trabalho, do Departamento de Saúde Coletiva, Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à conclusão do Curso.

Orientador: Prof^o. Dr. Paulo Roberto Zétola

CURITIBA - PR

2025

RESUMO

Os serviços de emergência funcionam ininterruptamente e constituem um dos pilares do sistema de saúde. Entretanto, a dificuldade de captação e retenção de médicos para os plantões noturnos representa um desafio crescente, especialmente no Brasil, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) concentra grande parte da demanda. Este trabalho, que se enquadra como uma revisão narrativa da literatura, teve como objetivo analisar os principais fatores que contribuem para a insatisfação e evasão de médicos plantonistas noturnos em serviços de emergência, bem como identificar estratégias de melhoria. A pesquisa foi realizada na base PubMed, contemplando publicações de 2015 a 2025, utilizando os descritores: “night shift work AND physicians AND emergency NOT nurses NOT resident”. Foram identificados 53 artigos, dos quais 20 atenderam aos critérios de inclusão e foram analisados. Os achados destacaram impactos sobre saúde física e mental, sono, fadiga, conflitos familiares e desvalorização profissional. Verificou-se que a maior parte das estratégias propostas envolve medidas organizacionais e de baixo custo, capazes de gerar importantes ganhos na qualidade assistencial e na sustentabilidade dos serviços. Recomenda-se a criação de um relatório de avaliação de sistemas de saúde que incorpore esses aspectos, de forma a padronizar a análise e orientar melhorias em serviços de urgência e emergência.

Palavras-Chave: Plantão noturno; Serviços de emergência; Médicos emergencistas.

ABSTRACT

Emergency services operate uninterruptedly and are one of the cornerstones of the health system. However, the recruitment and retention of physicians for night shifts represents a growing challenge, especially in Brazil, where the Unified Health System (SUS) handles most of the demand. This study, designed as a narrative literature review, aimed to analyze the main factors contributing to dissatisfaction and turnover among night shift physicians in emergency services, as well as to identify improvement strategies. The research was conducted in the PubMed database, covering publications from 2015 to 2025, using the descriptors: “night shift work AND physicians AND emergency NOT nurses NOT resident”. A total of 53 articles were identified, of which 20 met the inclusion criteria and were analyzed. The findings highlighted impacts on physical and mental health, sleep, fatigue, family conflicts, and professional undervaluation. Most of the proposed strategies involved organizational and low-cost measures, which can generate significant improvements in care quality and service sustainability. The creation of a health system evaluation report that incorporates these aspects is recommended, in order to standardize the analysis and guide improvements in emergency and urgent care services.

Key-Words: Night shift; Emergency services; Emergency Physicians.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	6
2. METODOLOGIA	8
2.1 Tipo de Estudo	8
2.2 Fonte de Dados e Estratégia de Busca	8
2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão	8
2.4 Processo de Seleção e Análise dos Estudos	9
3. RESULTADOS E DISCUSSÃO	9
3.1 Aspectos Organizacionais	11
3.1.1 Rotating shifts (plantões em turnos alternados sem regularidade):	11
3.1.2 Plantões com alta carga horária e sem pausas adequadas	12
3.1.3 Superlotação dos sistemas de saúde	13
3.1.3.1 Integralidade e pleno funcionamento dos níveis de ação do SUS	14
3.2. Aspectos Estruturais	15
3.2.1 Estrutura Física	15
3.2.1.1 Acesso a materiais médicos, medicações, insumos básicos	16
3.2.1.2 Ergonomia: cadeiras, telas de computador, iluminação	16
3.2.1.3 Copa com café, chá e lanches leves para enfrentamento do sono	17
3.2.1.4 Segurança	18
3.2.2 Equipe profissional do serviço	19
3.2.2.1 Equipe de enfermagem	19
3.2.2.2 Responsável técnico ou profissional referência qualificado ativo	19
3.2.3 Treinamento Contínuo	20
3.3 Saúde geral	21
3.3.1 Exercício físico regular	21
3.3.2 Sono e Fadiga	22
3.3.3. Saúde familiar e social	25
3.4. Valorização Profissional	26
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	27
5. REFERÊNCIAS	28

DESAFIOS NA CAPTAÇÃO E RETENÇÃO DE PLANTONISTAS NOTURNOS EM SERVIÇOS DE EMERGÊNCIA: CAUSAS E ESTRATÉGIAS DE MELHORIA

1. INTRODUÇÃO

Os serviços de emergência representam uma das áreas mais essenciais, porém críticas e demandantes do sistema de saúde. Sua operação ininterrupta, funcionando 24 horas por dia, sete dias por semana, é vital para garantir atendimento imediato a situações de urgência e emergência que não podem esperar (BRASIL, 2003; WHO 2018). Para a população, essa disponibilidade contínua e, necessariamente de qualidade, significa acesso a cuidados de saúde em momentos de maior vulnerabilidade, muitas vezes determinando a diferença entre a vida e a morte. Assim, assegurar o bom funcionamento desses serviços, com equipes qualificadas, motivadas e em condições adequadas de trabalho, é fundamental não apenas para a eficiência do sistema, mas também para a segurança e o bem-estar de toda a sociedade.

Nesse contexto, a presença de profissionais disponíveis e dispostos para atuar nos turnos noturnos é essencial para garantir a continuidade e a qualidade do atendimento prestado à população. No entanto, observa-se uma crescente dificuldade em recrutar e manter plantonistas para o período noturno, sobretudo em unidades de pronto atendimento e serviços hospitalares de urgência e emergência, temática esta que tem se consolidado como um desafio relevante de gestão em saúde, impactando tanto instituições públicas quanto privadas (SCHMIDT; BISOGNIN; LIMA, 2019).

Diversos fatores contribuem para esse cenário, principalmente as particularidades fisiológicas e sociais do trabalho noturno, que geram sobrecarga física e mental no médico (COSTA, 2010), e que, associadas à ausência de incentivos compatíveis com as exigências da função, acabam culminando na desvalorização percebida desses turnos (SILVA; MOURA; MELO, 2018). Tais aspectos não apenas comprometem a saúde dos profissionais, mas também impactam diretamente a eficiência do atendimento, a segurança dos pacientes e a sustentabilidade dos serviços.

Em particular, a qualidade do atendimento aos pacientes apresenta diferenças significativas entre os períodos do dia. Diversos estudos demonstram que pacientes atendidos durante o período noturno não apenas relatam maior insatisfação com o atendimento (ZITEK et al., 2024), como também apresentam probabilidades distintas de internação (TYLER et al., 2020; YANG

et al., 2021) e dos tipos de exames solicitados (HENG et al., 2020), possibilitando piores desfechos clínicos e elevação dos custos assistenciais.

No Brasil, essa realidade é particularmente preocupante. Segundo levantamento realizado pela Associação Brasileira de Medicina de Emergência (ABRAMEDE), a rotatividade de médicos nos turnos noturnos é significativamente maior do que nos turnos diurnos no país (ABRAMEDE, 2022). Além disso, pesquisa do Conselho Federal de Medicina (CFM) em parceria com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz) aponta que mais de 60% dos médicos que atuam em serviços de urgência relataram exaustão física e mental devido às jornadas noturnas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2019).

Essa problemática não se restringe ao contexto brasileiro. Em estudos recentes, constatou-se que 58% dos médicos de pronto-socorro na China relataram insatisfação com seu trabalho, enquanto 35% nos Estados Unidos e 25% no Canadá expressaram o mesmo sentimento. Esses dados sugerem que, a alta insatisfação e desgaste profissional são inerentes da categoria, entretanto a magnitude do problema varia conforme o contexto estrutural e organizacional dos sistemas de saúde, sendo particularmente crítica em países de média e baixa renda (LI et al., 2022).

Adicionalmente aos desafios físicos, mentais e sociais enfrentados pelos médicos, a remuneração oferecida para o turno da noite nem sempre é proporcional à carga de trabalho, o que desestimula a adesão a esses horários. A escassez de profissionais em plantões noturnos gera impacto direto na organização das escalas, prejudica a resolutividade dos serviços e exacerba ainda mais a sua própria situação ao sobrecarregar os poucos profissionais que se mantêm nesses horários (SILVA; MOURA; MELO, 2018).

Diante disso, torna-se necessário investigar as causas dessa dificuldade e buscar estratégias que possam melhorar a atratividade e a permanência dos profissionais nos plantões noturnos. Este trabalho tem como objetivo analisar os principais pontos de insatisfação enfrentados pelos médicos plantonistas noturnos dos serviços de emergência, e propor estratégias que contribuam para a melhoria das condições de trabalho, a consequente retenção desses profissionais e a melhora da qualidade dos serviços de saúde.

2. METODOLOGIA

2.1 Tipo de Estudo

Este trabalho constitui-se em uma revisão bibliográfica narrativa, estruturada, cujo objetivo é analisar os principais fatores de insatisfação enfrentados por médicos plantonistas noturnos em serviços de emergência, além de propor estratégias que contribuam para a melhoria das condições de trabalho desses profissionais.

2.2 Fonte de Dados e Estratégia de Busca

A busca pelas publicações científicas foi realizada exclusivamente na base de dados PubMed, abrangendo o período de 2015 a 2025. A coleta dos dados ocorreu no mês de junho de 2025.

Os descritores utilizados na pesquisa foram: "night shift work AND physicians AND emergency NOT nurses NOT resident". A combinação dos termos "physicians e emergency" teve como objetivo refinar os resultados para estudos centrados em médicos atuantes em serviços de emergência. O operador "NOT nurses" foi empregado para excluir estudos voltados à equipe de enfermagem, uma vez que essa categoria é mais frequentemente abordada na literatura sobre plantões noturnos e apresenta perfil de função e responsabilidade diferentes da classe médica. O operador "NOT resident" foi utilizado com a finalidade de remover artigos que abordavam exclusivamente médicos residentes, cuja atuação temporária e voltada à especialização não reflete a realidade dos profissionais efetivos que compõem a escala de plantão noturno de forma contínua.

2.3 Critérios de Inclusão e Exclusão

Critérios de inclusão:

- Estudos disponíveis em texto completo;
- Estudos publicados em português, inglês ou espanhol. Trabalhos que apresentavam resumo (abstract) disponível nestes idiomas também foram incluídos na análise.
- Estudos que abordem a jornada de trabalho noturna de médicos emergencistas;
- Artigos com foco nos impactos do plantão noturno na saúde, desempenho, satisfação ou permanência desses profissionais;

- Artigos com foco na melhoria dos impactos do plantão noturno.

Critérios de exclusão:

- Estudos que não enfoquem médicos atuantes em emergência;
- Estudos que enfoquem médicos residentes;
- Pesquisas relacionadas a outras categorias profissionais, como enfermagem;
- Trabalhos indisponíveis em texto completo ou pagos.

2.4 Processo de Seleção e Análise dos Estudos

Inicialmente, foram identificados 53 artigos. Após a leitura dos títulos, 27 estudos foram selecionados para a próxima etapa. Em seguida, um avaliador analisou os resumos dos artigos e excluiu 33 deles por não atenderem aos critérios previamente estabelecidos. Como resultado, 20 artigos foram considerados relevantes e compuseram a base para a análise e discussão dos dados nesta revisão.

3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os malefícios associados ao trabalho em turno noturno já são amplamente documentados pela literatura científica. Entretanto, diversas funções profissionais exigem, de forma inevitável, a realização de atividades durante o período noturno. Esse cenário é especialmente relevante nos serviços de emergência médica, que lidam diretamente com a preservação de vidas. Estudos mostraram que, embora o trabalho em turno noturno não possa ser completamente evitado ou mitigado, é possível adotar estratégias de compensação que tornem esse regime mais atrativo, mesmo diante de seus impactos negativos. Essa estratégia é compreendida pelo modelo do Desequilíbrio Esforço-Recompensa (Effort-Reward Imbalance – ERI) (TIAN et al., 2022; PENG et al., 2023).

Esse conceito, clássico sobre o estresse ocupacional, refere-se à percepção de desproporcionalidade entre o esforço empregado nas atividades laborais e as recompensas recebidas em troca, sejam elas financeiras, emocionais ou relacionadas ao reconhecimento profissional. Quando há equilíbrio entre o esforço exigido e as recompensas oferecidas, cria-se um ambiente de trabalho mais saudável, produtivo e seguro para os médicos e pacientes, onde o comprometimento e a dedicação dos profissionais são valorizados por meio de

reconhecimento, possibilidades de crescimento, bom clima organizacional e satisfação pessoal (TIAN et al., 2022).

Por outro lado, quando essa compensação é percebida como insuficiente ou inexistente, instala-se o desequilíbrio. Essa condição pode se manifestar por meio de sintomas como frustração, esgotamento emocional, desmotivação, redução da produtividade e, em casos mais graves, o desenvolvimento de transtornos psíquicos, como a síndrome de burnout (TIAN et al., 2022; PENG et al., 2023).

Portanto, embora o turno noturno em serviços de emergência esteja associado a diversos impactos físicos e mentais, estratégias que visem equilibrar o esforço com recompensas adequadas podem contribuir significativamente para reduzir esses efeitos e, em alguns casos, até eliminá-los individualmente, dependendo da percepção própria de cada trabalhador (PENG et al., 2023).

Estudos anteriores identificaram diferentes prevalências de ERI entre médicos de diferentes países: 64,9% na Suíça, 57% no Japão, 25,1% na Alemanha e 10,3% na Noruega (TIAN et al., 2022). Devido às particularidades do ambiente de emergência, os médicos emergencistas estão expostos a situações mais intensas de ERI, o que tem sido associado ao aumento da intenção de rotatividade profissional, à percepção de saúde debilitada e ao afastamento por motivo de saúde (TIAN et al., 2022; PENG et al., 2023).

Um estudo realizado com 10.457 médicos de departamentos de emergência na China analisou os fatores associados ao ERI nessa população. Os resultados indicaram que médicos com maior nível de estudo apresentaram maior probabilidade de vivenciar ERI em comparação àqueles com baixos níveis de estudo (OR = 1,20; IC95%: 1,05–1,38). Da mesma forma, profissionais com títulos intermediários tiveram risco mais elevado de ERI do que aqueles com menos títulos (OR = 1,45; IC95%: 1,28–1,64) (TIAN et al., 2022).

Quanto à renda, médicos com salário mensal igual ou superior a 6001 yuan apresentaram menor probabilidade de sofrer ERI (OR = 0,68; IC95%: 0,60–0,78). Em contrapartida, o risco aumentou entre aqueles com mais anos de serviço (OR = 1,57; IC95%: 1,30–1,90) e com mais de 11 plantões noturnos mensais (OR = 1,41; IC95%: 1,21–1,65). A percepção de escassez de pessoal necessário para a demanda também se mostrou relevante, especialmente diante da baixa adesão dos médicos aos plantões noturnos: quando a equipe era considerada suficiente, o risco de ERI diminuía significativamente (OR = 0,28; IC95%: 0,24–0,33). Além disso, a exposição

à violência no trabalho elevou substancialmente esse risco, tanto em casos de violência verbal (OR = 3,61; IC95%: 3,11–4,21) quanto física (OR = 1,57; IC95%: 1,35–1,82) (TIAN et al., 2022).

Diante disso, fica claro que uma forma eficaz de melhorar a situação dos médicos emergencistas é atuar sobre o ERI, seja reduzindo os esforços — atuando nos principais pontos de insatisfação —, seja aumentando as recompensas — financeiras, de reconhecimento ou de valorização profissional. Com base nesse conceito, o conteúdo a seguir foi estruturado de forma a abordar essas duas frentes: formas de reduzir os esforços e estratégias para aumentar as recompensas.

3.1 Aspectos Organizacionais

3.1.1 Rotating shifts (plantões em turnos alternados sem regularidade):

Um dos fatores que mais comprometem o bem-estar dos médicos plantonistas é a constante alternância de turnos, também chamada de escala rotativa. Essa prática ocorre quando o profissional trabalha em horários que variam entre turnos diurnos, noturnos e finais de semana, sem períodos regulares de descanso ou adaptação do ciclo sono-vigília. Essa variação frequente desorganiza o ritmo biológico natural do organismo, provoca privação de sono e acúmulo de fadiga física e mental. Os efeitos desse modelo de trabalho são cumulativos e se intensificam com o tempo, tornando-se uma das principais causas de insatisfação profissional e de evasão da especialidade por médicos de emergência (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2020; LI et al., 2022).

A organização dos turnos deve, sempre que viável, seguir os princípios do ritmo circadiano, visando à preservação da saúde e do desempenho dos profissionais. Em diversos contextos, recomenda-se a alocação dos plantões noturnos de maneira isolada ou em sequências prolongadas, a fim de minimizar as transições frequentes entre turnos diurnos e noturnos (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2020).

No que diz respeito à rotação dos turnos, deve-se priorizar a rotação no sentido horário (manhã → tarde → noite), mesmo quando houver dias de folga entre os plantões. Para os profissionais que atuam em turnos noturnos, é essencial garantir períodos fixos de sono

(conhecidos como "sono âncora") e minimizar ao máximo suas responsabilidades durante o dia (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2020).

Além disso, é importante que as escalas levem em conta variáveis como o volume de atendimento do setor, a complexidade dos casos (nível de gravidade dos pacientes), as obrigações não assistenciais e características individuais, como a idade do médico. Também se recomenda oferecer incentivos aos profissionais que atuam predominantemente em turnos noturnos, como forma de reconhecimento pelo impacto adicional desses plantões (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2020).

3.1.2 Plantões com alta carga horária e sem pausas adequadas

Embora não exista legislação federal específica que restrinja o exercício da atividade médica a um limite de 24 horas consecutivas, o Conselho Federal de Medicina (CFM), por meio do Parecer nº 14/2012, estabelece que “a jornada contínua de trabalho médico não deve ultrapassar 24 horas, considerando os riscos à saúde do profissional e à segurança do paciente”. Após esse período, recomenda-se um intervalo mínimo de descanso de 6 a 12 horas, variando conforme a natureza da atividade exercida (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2012).

Para médicos contratados sob o regime da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aplicam-se as normas gerais da legislação trabalhista, com jornada semanal máxima de 44 horas, distribuídas em até 8 horas diárias, salvo exceções específicas. Os plantões médicos são permitidos, desde que respeitados os limites éticos, físicos e legais.

O estudo de Lin et al (2021) revelou que jornadas de trabalho superiores a 60 horas semanais estão associadas ao aumento do burnout entre profissionais de saúde, com risco dobrado quando as horas excedem 60, triplicado quando ultrapassam 74 e quadruplicado quando superam 84 horas semanais.

Apesar das recomendações éticas e dos riscos associados, muitos serviços de saúde continuam permitindo plantões superiores a 24 horas. Tal prática deveria ser regulamentada por lei específica e sujeita a fiscalização rigorosa, a fim de coibir abusos e proteger tanto os profissionais quanto os pacientes.

Outro fator preocupante é o acúmulo de vínculos profissionais por parte dos médicos. Mesmo onde há controle para limitar os plantões a 24 horas, é comum que o profissional finalize

um turno em uma instituição e, em seguida, inicie outro em local diferente, ultrapassando, na prática, o limite recomendado.

O Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), mantido pelo Ministério da Saúde, exige o registro de todos os vínculos e cargas horárias dos profissionais de saúde. No entanto, o sistema permite o registro de até 168 horas semanais, o equivalente a trabalhar 24 horas por dia, durante os sete dias da semana, o que revela uma grave falha de controle.

Turnos excessivamente longos ou séries contínuas de plantões noturnos devem ser evitados, priorizando jornadas com duração máxima de 12 horas. Ao elaborar as escalas, é fundamental considerar o número total de horas trabalhadas por cada profissional, bem como os intervalos de descanso entre os plantões. É altamente recomendável que os profissionais tenham, de forma regular, períodos de pelo menos 24 horas consecutivas de folga (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2020).

Diante desse cenário, é urgente a implementação de um sistema eficaz de monitoramento da carga horária dos médicos, que impeça jornadas superiores a 24 horas contínuas e exija intervalos obrigatórios de descanso entre os plantões. Tal medida é essencial para a preservação da saúde dos profissionais e para a garantia de um atendimento seguro e de qualidade à população.

3.1.3 Superlotação dos sistemas de saúde

Um dos principais fatores geradores de estresse para médicos plantonistas em serviços de emergência é a incompatibilidade entre o número de pacientes atendidos e a quantidade de profissionais disponíveis. A superlotação compromete a qualidade assistencial por diversos mecanismos: obriga o médico a atender em ritmo acelerado, reduzindo a atenção dedicada a cada caso; aumenta o risco de agravamento dos quadros clínicos pela demora no atendimento de pacientes em situação crítica; e contribui para a elevação dos níveis de estresse, tanto dos profissionais quanto dos pacientes, que muitas vezes manifestam comportamentos agressivos, verbais ou físicos.

Essa relação entre sobrecarga e estresse médico foi evidenciada num estudo publicado no *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, realizado nos Estados Unidos, que avaliou o nível de cortisol salivar — importante indicador de estresse — em 16 médicos, antes e após 114 turnos de trabalho. Os autores observaram que níveis de cortisol foram

significativamente maiores em turnos com mais demanda e maior grau de superlotação, acompanhados de relatos de maior fadiga pelos médicos (BRITT et al., 2024).

Um estudo canadense, afirmou que as taxas de burnout entre profissionais de medicina de emergência são consistentemente mais altas do que as observadas em outras especialidades médicas, e que, além disso, o aumento da demanda por serviços de emergência eleva significativamente o número de médicos que apresentam síndrome de burnout (JOHNSTON et al., 2024).

No Brasil, esse cenário é igualmente preocupante. De acordo com dados do Painel de Indicadores da Atenção Especializada, do Ministério da Saúde, unidades de emergência em diversas capitais brasileiras frequentemente operam acima da sua capacidade instalada, com relatos de tempo de espera superior a seis horas e taxas de ocupação acima de 100% em setores como urgência clínica e traumatologia (BRASIL, 2023). Esse desequilíbrio entre oferta e demanda torna a sobrecarga dos profissionais um problema sistêmico, que afeta tanto os indicadores de saúde quanto a qualidade da atenção prestada.

Além disso, de acordo com o parecer do Conselho Federal de Medicina (CFM) nº 2.077/2014, para garantir segurança e qualidade no atendimento, o plantonista de emergência deve atender aproximadamente de 3 a 4 pacientes por hora. Esse parâmetro ético e técnico busca equilibrar a demanda assistencial, a complexidade dos casos e a capacidade de resposta do profissional. Entretanto, no Brasil, segundo levantamento do CFM, em cerca de 62,5% das unidades de urgência e emergência, o número de atendimentos por médico por hora é mais do que 3-4 pacientes.

3.1.3.1 Integralidade e pleno funcionamento dos níveis de ação do SUS

A superlotação das UPAs no Brasil tem sido agravada pela fragilidade da atenção primária, sobretudo pela insuficiência de médicos nas UBSs, que deveriam funcionar como porta de entrada preferencial no SUS. Quando a Atenção Primária à Saúde (APS) não consegue absorver a demanda de pacientes, especialmente os casos de baixa e média complexidade, há uma migração espontânea para os serviços de urgência, como as UPAs, resultando em longos tempos de espera, sobrecarga das equipes e queda na qualidade do atendimento (Ministério da Saúde, 2012).

De acordo com estudo de O'Dwyer et al. (2019), a desorganização da rede de atenção e a limitada cobertura da Estratégia Saúde da Família em várias regiões contribuem para o uso indevido dos serviços de urgência por condições que poderiam ser resolvidas em nível primário (O'DWYER et al., 2019). Além disso, a ausência de médicos nas UBSs em horários noturnos, finais de semana e feriados reforça o deslocamento da população para as UPAs, transformando esses serviços em unidades de “atendimento geral”, incompatíveis com sua proposta original de acolhimento a casos agudos (SANTOS; CECÍLIO, 2019).

Essa distorção no fluxo assistencial compromete a resolutividade das UPAs e intensifica problemas como a escassez de leitos, desgaste das equipes e atraso no atendimento de casos verdadeiramente graves. O fenômeno da superlotação, portanto, não está restrito à infraestrutura das unidades de urgência, mas reflete uma falha sistêmica na organização da atenção primária e na integração entre os diferentes níveis de cuidado (Ministério da Saúde, 2012).

Para mitigar os reflexos negativos da superlotação, é fundamental:

1. Ajuste dinâmico da escala de plantão: escalonar a quantidade de médicos conforme os dias da semana, horários de maior movimento, feriados e sazonalidade epidemiológica;
2. Redução da duração dos plantões em dias críticos: fragmentar plantões tradicionais de 12 horas em turnos menores nos dias de maior fluxo, garantindo profissionais mais descansados e capazes de manter o nível de atenção clínica exigido;
3. Monitoramento contínuo da demanda: utilizar indicadores como número de atendimentos, tempo de permanência e taxa de ocupação das unidades, para adequar a equipe com agilidade e assertividade.

A adoção dessas estratégias contribui para preservar a saúde mental e física do médico, reduzir erros e manter um atendimento de qualidade mesmo em dias de alta pressão.

3.2. Aspectos Estruturais

3.2.1 Estrutura Física

Principalmente no início da carreira, o médico recém-formado frequentemente renuncia a melhores remunerações para atuar em locais que ofereçam infraestrutura intelectual e física que possam auxiliá-lo a tomar a melhor conduta médica e a vencer suas inseguranças (BEHRINGER; DODT, 2020). A relevância da estrutura de apoio para a satisfação profissional

também foi evidenciada em estudo transversal realizado na China com mais de 10 mil médicos de emergência. Nesse trabalho (Li et al., 2022), os autores aplicaram questionário online abrangendo características sociodemográficas, fatores relacionados ao trabalho, percepção de recursos humanos e escalas padronizadas de satisfação no trabalho e conflito trabalho-família. A análise mostrou que médicos que atuavam nas regiões central e ocidental relataram níveis mais altos de satisfação em comparação aos da região oriental, sugerindo que diferenças na organização e no suporte institucional podem influenciar a experiência profissional. Em contrapartida, a percepção de escassez de médicos no departamento esteve fortemente associada à insatisfação, refletindo o impacto direto da falta de recursos humanos na sobrecarga de plantões, no aumento do risco de erros e no desgaste físico e emocional.

Esses achados reforçam que a infraestrutura física, a disponibilidade de recursos humanos e o suporte organizacional são determinantes centrais da satisfação profissional e devem ser considerados prioritariamente no planejamento e na gestão dos serviços de emergência.

3.2.1.1 Acesso a materiais médicos, medicações, insumos básicos

As UPAs, embora desempenhem papel estratégico na organização da atenção às urgências no SUS, enfrentam sérios desafios relacionados à infraestrutura física e à disponibilidade de insumos essenciais. A escassez frequente de medicamentos e materiais médicos, situação que sobrecarrega os profissionais, gera insegurança clínica e afeta negativamente os desfechos assistenciais (CFM, 2019).

Segundo levantamento realizado pelo Conselho Federal de Medicina (CFM), aproximadamente 95% das UPAs brasileiras apresentavam algum tipo de falha estrutural ou deficiência no fornecimento de medicamentos, refletindo a ausência de uma política de financiamento e gestão contínua e eficiente (CFM, 2019). Essas deficiências não apenas colocam em risco a segurança do paciente, mas também ampliam o estresse e a sobrecarga sobre os profissionais da linha de frente, especialmente os médicos emergencistas, que atuam sob condições adversas e com limitações para exercer plenamente suas funções clínicas (PAIVA et al., 2022).

3.2.1.2 Ergonomia: cadeiras, telas de computador, iluminação

A ergonomia é um elemento fundamental para garantir a saúde, o conforto e o desempenho da equipe em serviços de emergência. A utilização de cadeiras adequadas, que proporcionem suporte postural e reduzam a fadiga muscular durante longos períodos de trabalho, é essencial para prevenir dores e lesões ocupacionais.

Além disso, a adequação das telas de computador, incluindo altura, contraste e posicionamento, contribui para reduzir a tensão visual e postural, minimizando desconfortos e aumentando a eficiência nas tarefas administrativas e clínicas.

A iluminação apropriada, tanto natural quanto artificial, deve ser planejada para reduzir o cansaço ocular, evitar reflexos e proporcionar um ambiente de trabalho seguro e confortável. Um estudo realizado nos Estados Unidos da América avaliou 37 trabalhadores em turnos noturnos submetidos a diferentes protocolos de exposição intermitente à luz brilhante. Os resultados mostraram que essa exposição foi eficaz para atenuar os efeitos negativos do trabalho noturno, promovendo melhor ajuste do ritmo circadiano, maior alerta durante os turnos e melhora na qualidade do sono subsequente, em comparação com condições de iluminação padrão. Esses achados reforçam que intervenções ambientais simples, como ajustes na iluminação, podem contribuir significativamente para reduzir a sonolência e melhorar o desempenho de profissionais submetidos a escalas de trabalho noturno (LAMMERS-VAN DER HOLST et al., 2021).

3.2.1.3 Copa com café, chá e lanches leves para enfrentamento do sono

A manutenção da atenção e desempenho cognitivo durante plantões prolongados é um desafio significativo para profissionais de emergência, especialmente durante turnos noturnos. Nesse contexto, a disponibilidade de uma copa equipada com café, chá e lanches leves constitui uma estratégia prática e importante para o enfrentamento da sonolência.

O acesso a bebidas com cafeína pode contribuir temporariamente para a melhora do estado de alerta, enquanto lanches leves e nutritivos ajudam a manter os níveis de energia sem causar sonolência induzida por refeições pesadas. Além disso, a copa funciona como um espaço de pausa rápida e socialização, permitindo que os profissionais descansem brevemente, promovam trocas de informações e reforcem o entrosamento da equipe.

Embora essa prática seja amplamente recomendada na rotina hospitalar, nenhum artigo científico específico foi encontrado na literatura que avaliasse de forma sistemática o impacto da copa e de lanches leves no enfrentamento da sonolência de médicos e enfermeiros durante plantões. Essa lacuna evidencia a necessidade de estudos que analisem a eficácia de estratégias simples de suporte nutricional e social para a manutenção do desempenho e bem-estar da equipe.

3.2.1.4 Segurança

A segurança física no ambiente de trabalho é um determinante importante da satisfação e do bem-estar dos médicos emergencistas. Estudos mostram que a exposição à violência no ambiente hospitalar, incluindo abuso verbal e agressão física, está diretamente associada a maiores níveis de estresse ocupacional, conflito entre trabalho e vida familiar e redução da satisfação profissional (YAN et al., 2023). Um estudo evidenciou que médicos que relataram experiências de abuso verbal apresentaram níveis significativamente mais altos de conflito entre trabalho e vida familiar ($p < 0,001$), e aqueles que sofreram violência física também demonstraram aumento expressivo nesse conflito ($p < 0,001$), evidenciando o impacto direto desses eventos na saúde mental e emocional dos profissionais (YAN et al., 2023).

Diversas estratégias para mitigar estes riscos e melhorar a satisfação dos médicos foram encontradas (YAN et al., 2023):

- Presença de seguranças treinados realizando rondas regulares;
- Controle rigoroso de acesso, impedindo que pacientes ou acompanhantes entrem diretamente nas salas médicas sem autorização;
- Utilização de barreiras físicas e protocolos de autorização para contato com a equipe, garantindo maior proteção aos profissionais;
- Garantir número suficiente de médicos e profissionais para o número de pacientes;
- Promoção de treinamentos e protocolos institucionais para manejo de pacientes agressivos;
- Oferta de suporte psicológico aos profissionais;
- Flexibilização de horários e escalas de plantão para reduzir estresse e risco de incidentes.

A implementação dessas medidas contribui para a redução da exposição à violência, cria um ambiente de trabalho mais seguro e saudável e, conseqüentemente, aumenta a satisfação profissional, o bem-estar emocional e a qualidade do atendimento aos pacientes (YAN et al., 2023).

3.2.2 Equipe profissional do serviço

A atuação eficiente de toda a equipe atuante nos serviços de emergência é fundamental para o funcionamento seguro e eficaz de serviços de emergência.

3.2.2.1 Equipe de enfermagem

Profissionais de enfermagem treinados e bem entrosados com os médicos contribuem significativamente para a tomada de decisões rápidas e adequadas, garantindo que pacientes críticos recebam atenção prioritária e que a comunicação entre os profissionais seja clara e assertiva. Uma equipe que contribua para o serviço médico é essencial para que as dificuldades dos plantões diurnos e noturnos não sejam exacerbadas, mas pelo contrário, que a equipe se ajude como um todo.

Um ponto estratégico dentro dessa dinâmica é a enfermagem de triagem, cuja função vai além da simples recepção de pacientes. Profissionais capacitados nesse setor têm a responsabilidade de filtrar casos não urgentes, direcionando-os adequadamente a serviços de atenção primária, como Unidades Básicas de Saúde (UBS). Essa prática não apenas otimiza o fluxo dentro do pronto-socorro, mas também melhora a experiência do paciente e reduz a sobrecarga da equipe médica.

Apesar da relevância clínica e organizacional desse tema, nenhum artigo científico específico foi encontrado na literatura que avaliasse de forma sistemática a atuação da enfermagem de triagem em integração com médicos no contexto do pronto-socorro.

3.2.2.2 Responsável técnico ou profissional referência qualificado ativo

Apesar das portarias do Ministério da Saúde e da ANVISA exigirem a atuação de responsável técnico para garantir a segurança e a qualidade dos serviços e procedimentos de saúde, e a Resolução CFM nº 2.147/2016 reforçar a necessidade da presença física do médico responsável técnico nos serviços, frequentemente sua nomeação se limita a uma formalidade

burocrática, sem participação efetiva no suporte aos serviços de saúde e aos colegas. A atuação ativa desse médico, como referência no serviço de saúde, poderia promover a padronização e o aprimoramento das condutas médicas em benefício dos pacientes, servir de auxílio nas dúvidas médicas e, com isso, reduzir a insegurança dos plantonistas, tornando os plantões mais atraentes para os profissionais.

Além disso, a Resolução CFM nº 2.007/2013 exige que para cargos de direção técnica e responsabilidade médica em serviços assistenciais especializados, o médico deve ter título reconhecido ou comprovação de qualificação compatível com a área de atuação. Entretanto, a escassez de médicos especialistas em medicina de emergência nas unidades de pronto atendimento no Brasil representa um dos principais entraves para a qualificação do atendimento às urgências. Apesar de recente — criada em 2015 — a residência médica em Medicina de Emergência ainda forma especialistas em ritmo insuficiente para atender à crescente demanda dos serviços, contribuindo para a sobrecarga das equipes e dificultando a consolidação da especialidade em todo o país (Comissão Nacional de Residência Médica, 2016). Como consequência, grande parte dos profissionais atuantes em prontos atendimentos não possui formação específica para lidar com os desafios clínicos, operacionais e éticos característicos da prática emergencista.

Segundo dados da ABRAMEDE, o número de médicos titulados na área ainda é muito reduzido em relação ao total de profissionais necessários para cobrir as escalas de plantão nas Unidades de Pronto Atendimento (UPAs), serviços hospitalares e portas de entrada do SUS (ABRAMEDE, 2022). Essa lacuna de especialização compromete a resolutividade dos atendimentos e aumenta o risco de condutas inadequadas, especialmente em contextos de alta complexidade, pressão assistencial e escassez de recursos. A ausência de um corpo clínico qualificado dificulta a integração entre os diferentes níveis de atenção e gera sobrecarga nos serviços de referência (O'DWYER et al., 2015).

Portanto, a presença efetiva dos médicos responsáveis técnicos nos serviços, aliada à criação de cargos para médicos especialistas ou experientes atuando como referências na área, constitui uma estratégia importante para minimizar esse problema. Além de possibilitar a criação de um plano de carreira e uma atuação diferenciada para esses profissionais, essa medida também traz maior segurança aos médicos menos experientes e melhora a qualidade do atendimento oferecido aos pacientes.

3.2.3 Treinamento Contínuo

O treinamento contínuo é um componente essencial para a manutenção da segurança e da qualidade no atendimento em serviços de emergência. A atualização profissional constante serve como estratégia de enfrentamento da insegurança que pode surgir em plantões, especialmente diante de situações críticas e de alta complexidade e para os médicos com menos experiência. Programas de capacitação direcionados tanto para habilidades técnicas, como procedimentos médicos e uso de equipamentos, quanto para competências comportamentais, como comunicação assertiva, trabalho em equipe e gestão de estresse, são fundamentais para aprimorar o desempenho da equipe, reduzir erros, e estimular a realização de plantões naquele local, visto que o médico pode contar com a segurança de que está bem treinado para que em situações de dificuldade realizará as melhores condutas.

Nenhum estudo científico específico foi identificado na literatura que avaliasse de forma sistemática os efeitos de treinamentos contínuos voltados exclusivamente para equipes de plantão em serviços de emergência.

3.3 Saúde geral

A prática da medicina de emergência está associada a altos níveis de estresse, jornadas extensas e grande demanda física e mental, fatores que contribuem para maior risco de problemas de saúde e sedentarismo entre esses profissionais. Nesse contexto, a adoção de hábitos saudáveis, programas de bem-estar físico e mental e suporte psicológico, podem contribuir não apenas para a melhora da saúde física e mental, mas também para aumentar a satisfação profissional, reduzir o estresse ocupacional e, conseqüentemente, melhorar a qualidade do atendimento aos pacientes (PENG et al., 2023; FRANCIS et al., 2019).

3.3.1 Exercício físico regular

Um estudo transversal conduzido por Peng et al. (2023) com 10.457 médicos emergencistas na China, utilizando um questionário online anônimo, avaliou a saúde autorreferida e seus determinantes. Os resultados mostraram que apenas 14,4% dos médicos se consideravam em boa saúde. Entre os fatores associados positivamente à percepção de boa saúde, a prática regular de exercícios físicos se destacou: médicos que nunca se exercitavam ou que se exercitavam menos de duas vezes por semana apresentaram maior probabilidade de relatar saúde ruim ($\beta = 0,76$; $p < 0,001$) (PENG et al., 2023).

Esses achados reforçam a importância de incentivar a prática regular de exercícios físicos entre médicos emergencistas, incluindo a incorporação de atividades adaptadas aos regimes de plantão, como pausas ativas, exercícios rápidos durante intervalos ou pequenas sessões de alongamento.

3.3.2 Sono e Fadiga

Em qualquer profissão, é indispensável que entre dois turnos de trabalho haja um período adequado de descanso. Esse intervalo possibilita que o profissional não apenas se desconecte mentalmente de suas atividades laborais, mas também usufrua de um sono reparador capaz de restabelecer as funções fisiológicas e cognitivas. O repouso adequado atua diretamente na preservação da saúde física e mental do trabalhador, repercutindo na redução da fadiga, na melhoria da concentração e na prevenção de falhas decorrentes do esgotamento. Dessa forma, a ausência de descanso suficiente compromete tanto a qualidade de vida do trabalhador quanto a segurança e a eficiência do serviço prestado.

Reconhecendo essa relevância, o ordenamento jurídico brasileiro prevê garantias específicas voltadas à proteção da saúde do descanso do trabalhador. A Constituição Federal de 1988, em seu artigo 7º, inciso XV, assegura o direito ao repouso semanal, preferencialmente aos domingos, e no inciso XXII estabelece a redução dos riscos inerentes ao trabalho, mediante normas de saúde, higiene e segurança. Já a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) dispõe em seu artigo 66 que, entre duas jornadas, deve haver um intervalo mínimo de 11 horas consecutivas de descanso, enquanto o artigo 67 garante 24 horas semanais ininterruptas de repouso, preferencialmente coincidentes com o domingo. Além disso, o artigo 71 regulamenta o intervalo intrajornada, destinado à alimentação e ao descanso dentro da própria jornada laboral. Essas disposições refletem a compreensão de que o descanso não se trata apenas de um direito trabalhista, mas de uma necessidade essencial para a preservação da saúde, visando reduzir os impactos adversos do excesso de trabalho.

Apesar das normas vigentes, é frequente que médicos plantonistas realizem longas jornadas, acumulando turnos de 12 horas, sem descanso adequado entre eles. Esse padrão resulta em profissionais submetidos a privação de sono, dessincronização circadiana e fadiga significativa, o que compromete a capacidade de tomada de decisão e o desempenho assistencial.

Um estudo investigou os padrões de sono de médicos de emergência que trabalham em turnos noturnos. A pesquisa envolveu 27 médicos que usaram dispositivos de actigrafia para

monitorar o sono durante três meses. Os resultados mostraram que os médicos que tentavam dormir durante o dia (das 6h às 14h) tinham uma duração total de sono significativamente menor (5,3 horas) em comparação com aqueles que dormiam à noite (7,0 horas). Além da menor quantidade de sono, o estudo evidenciou uma pior qualidade do sono dos plantonistas noturnos: os médicos que dormiam durante o dia apresentaram maior latência para adormecer e mais interrupções no sono. Este estudo sugeriu que a recuperação do turno noturno é prejudicada quando o sono ocorre durante o dia, o que pode afetar o bem-estar e o desempenho dos profissionais (FERGUSON et al., 2019).

Estes dados são confirmados por um estudo Estadunidense, que avaliou objetivamente o sono e o risco de fadiga em 34 médicos de emergência, utilizando actigrafia ao longo de dois meses. Os resultados mostraram que os participantes apresentaram qualidade de sono insatisfatória e em baixa quantidade e que os turnos noturnos estavam associados a maiores pontuações de fadiga (FOWLER et al., 2023). De forma ainda mais preocupante, essa mesma pesquisa demonstrou que aproximadamente 23,5% das horas de trabalho em emergência são realizadas sob níveis de fadiga equivalentes a um teor alcoólico de 0,08%, parâmetro reconhecido como embriaguez ao volante em diversos países. No Brasil, a legislação é ainda mais rígida, pois adota a tolerância zero ao álcool (Lei nº 11.705/2008, “Lei Seca”), em que qualquer concentração detectável é passível de penalidade. Isso significa que, em quase um quarto de seu tempo de trabalho, o médico plantonista atua em condições fisiológicas que, para o trânsito brasileiro, seriam equivalentes a estar dirigindo alcoolizado. Tal situação impacta diretamente a segurança do paciente e do próprio profissional, sobretudo considerando que muitos precisam se deslocar após longos turnos sob intensa sonolência. Dados nacionais reforçam a gravidade: 42% dos acidentes de trânsito no Brasil estão relacionados ao sono, e 18% à fadiga, totalizando 60% dos sinistros vinculados à exaustão do condutor (Portal do Trânsito, 2023).

Um ensaio randomizado por turnos foi conduzido para avaliar os níveis de catecolaminas urinárias em 17 médicos de emergência durante um dia de controle (atividades administrativas após retorno de licença) e dois dias de trabalho (turnos de 14 horas e 24 horas). Os resultados mostraram que os níveis de dopamina foram menores durante o turno de 24 horas em comparação com o turno de 14 horas e o dia de controle, enquanto os níveis de noradrenalina dobraram durante ambos os turnos noturnos. Os níveis de adrenalina foram mais elevados durante o período diurno de ambos os turnos em relação ao dia de controle. Apesar de terem

um dia de descanso, os níveis de dopamina não retornaram aos valores normais até o final do terceiro dia após o turno de 24 horas. A análise por meio do modelo de equações de estimativa generalizada confirmou a relação das catecolaminas com a carga de trabalho e a fadiga. Este estudo recomendou que médicos de emergência limitem a exposição a turnos de 24 horas para reduzir esses riscos e evidenciou a importância de um descanso adequado após longas jornadas de trabalho (DUTHEIL et al., 2024).

A gravidade desse cenário é evidenciada também pela elevada prevalência do uso de fármacos indutores do sono entre médicos de emergência. Um estudo investigou o uso de auxiliares farmacológicos do sono e estimulantes por médicos de emergência em um hospital terciário canadense por meio de pesquisa online. Dos 144 médicos participantes, 96 (67%) haviam usado algum medicamento para dormir ao longo da carreira, e 81 (56%) faziam uso regular atualmente. Os auxiliares do sono mais utilizados foram hipnóticos não benzodiazepínicos (38%), álcool (17%) e melatonina (15%). Apesar do uso, nenhum dos médicos acreditava que isso afetasse negativamente sua capacidade de fornecer atendimento de qualidade aos pacientes, tornando esses dados ainda mais perigosos. Os autores destacam que o uso de medicamentos para dormir é comum entre médicos de emergência, refletindo a dificuldade em manter padrões de sono adequados devido aos turnos irregulares (FRANCIS et al., 2019).

Complementando esses achados, o estudo de Kentab et al. (2021) com 245 médicos de emergência e profissionais de serviços de emergência da Arábia Saudita, realizado por questionário online anônimo, investigou o uso de medicamentos para dormir e estimulantes como estratégias para lidar com fadiga e estresse ocupacional. Os resultados mostraram que 67,1% dos profissionais relataram uso de estimulantes e 36,6% utilizaram ao menos um medicamento para dormir, sendo antihistamínicos e maconha os mais comuns. A frequência elevada de turnos noturnos estava associada ao maior uso dessas substâncias (KENTAB et al., 2021).

Em síntese, o plantonista noturno frequentemente atua em condições fisiológicas comparáveis à intoxicação alcoólica, associadas a privação crônica de sono, má qualidade do repouso e uso recorrente de fármacos, tanto indutores quanto inibidores do sono. Essa combinação coloca em risco não apenas a qualidade da assistência prestada, mas também a segurança do profissional e da sociedade.

Para mitigar os distúrbios do sono durante o plantão, é fundamental fornecer ambientes de descanso adequados, que incluam camas confortáveis, climatização apropriada, isolamento acústico e iluminação adequada. Além disso, devem ser programadas pausas estratégicas para descanso ao longo do turno. Por fim, é essencial disponibilizar um local seguro para que os profissionais possam repousar ou dormir antes de se deslocarem para casa após um plantão noturno, promovendo a segurança e o bem-estar da equipe e da sociedade (AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS, 2020).

3.3.3. Saúde familiar e social

A desarticulação entre os horários de trabalho e o ritmo biológico natural favorece o investimento excessivo de energia e tempo no ambiente profissional, muitas vezes em detrimento da vida familiar, contribuindo significativamente para o surgimento do chamado conflito trabalho-família, o qual é mais prevalente entre médicos de serviços de emergência do que em outras especialidades, especialmente entre aqueles submetidos a elevada frequência de plantões noturnos (YAN et al., 2023).

Esse tipo de conflito está associado a desfechos negativos, como aumento do estresse, sintomas de ansiedade e depressão, além de agravar condições de saúde física. No âmbito institucional, observa-se correlação com a síndrome de burnout, maior intenção de desligamento e redução da produtividade, impactando diretamente os custos operacionais das unidades de saúde (YAN et al., 2023).

O estudo de Li et al. (2022), realizado na China com mais de 10 mil médicos de emergência, indicou que a alta frequência de plantões noturnos, a percepção de escassez de profissionais e a exposição a erros médicos estavam associadas a níveis significativamente maiores de conflito trabalho-família, enquanto profissionais com remuneração mais elevada ou atuantes em regiões com maior suporte institucional relataram menor propensão ao problema, sugerindo que condições organizacionais, estruturais e financeiras podem atenuar o conflito trabalho-família (CFM, 2019).

Complementando esses achados, o estudo de Yan et al. (2023) reforçou a associação entre frequência de plantões noturnos e conflito trabalho-família. Profissionais com 6 a 10 plantões mensais apresentaram níveis significativamente mais elevados de

conflito em comparação àqueles com 0 a 5 plantões (coeficiente de regressão linear: 0,43; SE: 0,10; $p < 0,001$). Além disso, a percepção de escassez de profissionais (coeficiente: 2,22; SE: 0,08; $p < 0,001$), abuso verbal (coeficiente: 1,48; SE: 0,10; $p < 0,001$) e violência física no ambiente de trabalho (coeficiente: 0,84; SE: 0,08; $p < 0,001$) também estiveram diretamente associados a maiores níveis de conflito. Profissionais com maior nível educacional apresentaram maior predisposição ao problema (coeficiente: 0,46; SE: 0,10; $p < 0,001$), enquanto aqueles com remuneração mais elevada (entre 4.001 e 6.000 CNY versus ≤ 4.000 CNY) mostraram menor propensão ao conflito (coeficiente: -0,17; SE: 0,09; $p = 0,04$) (YAN et al., 2023).

Para mitigar o conflito trabalho-família, é fundamental que os gestores adotem políticas institucionais que promovam o equilíbrio entre as esferas profissional e pessoal. Entre as estratégias recomendadas estão modalidades de trabalho mais flexíveis, como o compartilhamento de cargo (job sharing), concessão de licenças maternidade, paternidade e parental, estruturação de escalas de plantão baseadas em critérios científicos e garantia de número suficiente de profissionais para atender à demanda assistencial (YAN et al., 2023).

3.4. Valorização Profissional

A prática da medicina de emergência, especialmente durante os turnos noturnos, impõe desafios significativos aos profissionais, apesar disso a remuneração frequentemente não reflete adequadamente a complexidade e o risco associados a esses turnos. Além disso, faltam incentivos institucionais para atrair e reter médicos em horários mais desgastantes, como os plantões noturnos.

Um estudo conduzido por Croteau et al. (2025) em um hospital acadêmico de Boston implementou um programa de "compra de turnos noturnos", permitindo que médicos adquirissem a flexibilidade de reduzir ou eliminar seus turnos noturnos por US\$500 cada, com os recursos gerados sendo utilizados para aumentar os salários dos médicos noturnos. Após dois anos de implementação, 42% dos médicos compraram totalmente suas folgas noturnas, e 15% compraram parcialmente. Mais de 80% dos participantes relataram que o esquema adotado pelo

hospital era "muito importante" ou "crítica" para continuar no emprego, indicando que a flexibilidade e o reconhecimento financeiro são fundamentais para a satisfação e retenção desses profissionais (FRANCIS et al., 2019).

Esse modelo de compra de turnos noturnos pode servir como uma estratégia eficaz para melhorar as condições de trabalho dos médicos emergencistas, oferecendo-lhes maior controle sobre seus horários e reconhecimento financeiro adequado. Implementar programas semelhantes em hospitais brasileiros poderia contribuir para a valorização desses profissionais.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender os principais desafios enfrentados pelos médicos plantonistas noturnos em serviços de emergência, bem como identificar estratégias que possam contribuir para sua atração, retenção e valorização. Ao longo da revisão, observou-se que os fatores de maior impacto estão relacionados a aspectos organizacionais, estruturais, de saúde física e mental, além da necessidade de maior valorização profissional. Ficou evidente que, embora algumas medidas já tenham sido discutidas na literatura, poucos estudos foram encontrados sobre determinados pontos levantados, revelando uma lacuna de conhecimento que precisa ser suprida por pesquisas mais aprofundadas e específicas.

Destaca-se que a maior parte das estratégias de melhoria identificadas envolve medidas de baixo custo ou mudanças organizacionais, como ajustes de escalas, adequação de pausas, ergonomia do ambiente de trabalho, fortalecimento das equipes multiprofissionais e treinamento contínuo. Apesar de simples, tais medidas possuem potencial para gerar grandes impactos, tanto na qualidade da assistência prestada quanto na economia de recursos, promovendo benefícios diretos para profissionais, pacientes e instituições.

A relevância do tema é ainda mais acentuada no Brasil, onde o Sistema Único de Saúde (SUS) é amplamente utilizado pela população e os serviços de urgência e emergência representam um dos principais pontos de acesso. Nesse contexto, garantir melhores condições de trabalho aos profissionais plantonistas noturnos é uma prioridade pública, já que a sustentabilidade e a eficiência desses serviços são determinantes para a segurança da sociedade como um todo.

Por fim, sugere-se a criação de um relatório de avaliação dos sistemas de saúde que incorpore, além dos indicadores tradicionalmente utilizados, os aspectos identificados neste

estudo, de modo a padronizar análises e oferecer uma visão mais ampla das necessidades de melhoria nos serviços de emergência. Essa medida pode contribuir não apenas para o planejamento mais eficaz das ações de gestão, mas também para a consolidação de uma política pública voltada ao fortalecimento da medicina de emergência no país.

5. REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF EMERGENCY PHYSICIANS. Circadian rhythms and shift work: emergency physician wellness. Dallas: ACEP, 2020.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA. Panorama da medicina de emergência no Brasil: desafios e perspectivas. Belo Horizonte: ABRAMEDE, 2022. Disponível em: <https://abramede.com.br>. Acesso em: 30 jun. 2025.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE MEDICINA DE EMERGÊNCIA. Relatório Anual ABRAMEDE 2022. Brasília: ABRAMEDE, 2022.

BEHRINGER, W.; DODT, C. Ärztliche Personalbesetzung im Schichtdienst: Konzepte für die Notfall- und Intensivmedizin [Physician staffing and shift work schedules: concepts for emergency and intensive care medicine]. Medizinische Klinik – Intensivmedizin und Notfallmedizin, v. 115, n. 6, p. 449–457, set. 2020. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00063-020-00722-y>

BRITT, T. W. et al. Perceived work demands and emergency department crowding as predictors of objective stress among emergency physicians: a shift-level approach. Journal of Occupational and Environmental Medicine, v. 66, n. 8, p. 654–658, ago. 2024. DOI: 10.1097/JOM.0000000000003126.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Demografia Médica no Brasil 2018. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: https://portal.cfm.org.br/images/PDF/demografia_medica_2018.pdf. Acesso em: 29 jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Educação. Comissão Nacional de Residência Médica (CNRM). Resolução nº 2, de 17 de maio de 2016. Institui a matriz de competências da residência em Medicina de Emergência. Brasília: MEC, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes para implantação das Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e Sala de Estabilização. Brasília: MS, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Painel de Indicadores da Atenção Especializada – Urgência e Emergência. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: <https://datasus.saude.gov.br>. Acesso em: 30 de jun. 2025.

BRASIL. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção às Urgências. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Tribunal de Contas da União. Relatório de auditoria operacional: funcionamento das Unidades de Pronto Atendimento (UPAs). Brasília: TCU, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA. Fiscalização nas UPAs revela falhas estruturais graves. Brasília: CFM, 2019. Disponível em: <https://portal.cfm.org.br>. Acesso em: 30 jun. 2025.

COSTA, G. Shift work and health: current problems and preventive actions. *Safety and Health at Work*, v. 1, n. 2, p. 112–123, 2010.

CROTEAU, C. W.; GOLDSTEIN, J. N.; NENTWICH, L.; RAJA, A. S.; VANROOYEN, M.; BAUGH, J. J. Two-year results of an emergency department night shift buy-out program. *Western Journal of Emergency Medicine*, v. 26, n. 2, p. 290–294, Mar. 2025. DOI: 10.5811/westjem.20303.

FERGUSON, B.; SHOFF, H.; SHREFFLER, J.; MCGOWAN, J.; HUECKER, M. Does my emergency department doctor sleep? The trouble with recovery from night shift. *Journal of Emergency Medicine*, v. 57, n. 2, p. 162-167, Aug. 2019. DOI: 10.1016/j.jemermed.2019.04.023.

FRANCIS, M. N.; WISHART, I. M.; WILLIAMSON, T.; IVERACH, R. Use of pharmacologic sleep aids and stimulants among emergency medicine staff physicians in a Canadian tertiary care setting: a web-based survey. *Annals of Emergency Medicine*, 2019.

FOWLER, L. A.; HIRSH, E. L.; KLINEFELTER, Z.; SULZBACH, M.; BRITT, T. W. Objective assessment of sleep and fatigue risk in emergency medicine physicians. *Academic Emergency Medicine*, v. 30, n. 3, p. 166-171, Mar. 2023. DOI: 10.1111/acem.14606.

HENG, B.; KWOK, E.; TALJAARD, M.; NEMNOM, M. J.; STIELL, I. Decision fatigue in the Emergency Department: how does emergency physician decision making change over an

eight-hour shift? *American Journal of Emergency Medicine*, v. 38, n. 12, p. 2506-2510, Dec. 2020. DOI: 10.1016/j.ajem.2019.12.020.

JOHNSTON, M. A.; GOSS, R.; CHANDRA, K.; GOSS, R.; ATKINSON, P. Evaluating the impact of casino-shifts on patient flow in an emergency department: a pilot study. *Cureus*, v. 16, n. 9, p. e69713, 19 set. 2024. DOI: 10.7759/cureus.69713.

KENTAB, O. Y.; IBRAHIM, A. A.; SOLIMAN, K. R.; ALJAHANY, M.; ALRESSEENI, A. I.; ALGARNI, A. S. Exploring the prevalence and patterns of use of sleep aids and stimulants among emergency physicians and EMS providers in Saudi Arabia. *Open Access Emergency Medicine*, v. 13, p. 343–353, 28 Jul. 2021. DOI: 10.2147/OAEM.S310324.

LAMMERS-VAN DER HOLST, H. M.; WYATT, J. K.; HOROWITZ, T. S.; WISE, J. C.; WANG, W.; RONDA, J. M.; DUFFY, J. F.; CZEISLER, C. A. Efficacy of intermittent exposure to bright light for treating maladaptation to night work on a counterclockwise shift work rotation. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, v. 47, n. 5, p. 356-366, 1 jul. 2021. DOI: 10.5271/sjweh.3953.

O'DWYER, G. et al. Atenção pré-hospitalar móvel às urgências: análise de implantação do SAMU em grandes centros urbanos brasileiros. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 20, n. 5, p. 1481–1492, 2015.

O'DWYER, G. et al. Avaliação da implantação das Unidades de Pronto Atendimento no Brasil: uma análise da articulação com a atenção básica. *Saúde em Debate*, v. 43, n. esp. 1, p. 120–134, 2019.

PAIVA, C. C. N. et al. Condições de trabalho em unidades de pronto atendimento: desafios enfrentados por médicos emergencistas. *Revista Brasileira de Saúde Pública*, v. 56, e003212, 2022.

PENG, K.; JIANG, J.; JIANG, N.; AN, R.; ZHENG, J.; YAN, S. Self-rated health and its related influencing factors among emergency department physicians: a national cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, v. 11, 13 Jul. 2023, p. 1147403. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1147403. Erratum in: *Frontiers in Public Health*, v. 11, 15 Aug. 2023, p. 1273905. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1273905.

SANTOS, M. A.; CECÍLIO, L. C. O. O acolhimento nas UPAs como espaço de produção de cuidado e tensão: olhares de trabalhadores. *Saúde e Sociedade*, v. 28, n. 2, p. 88–99, 2019.

SCHMIDT, D. R. C.; BISOGNIN, P.; LIMA, M. A. D. A precarização do trabalho médico nas urgências brasileiras. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 72, supl. 1, p. 203–207, 2019.

SILVA, A. R. da; MOURA, M. C. S.; MELO, C. M. M. Organização do trabalho e qualidade de vida de profissionais de urgência e emergência. *Revista de Enfermagem UFPE, Recife*, v. 12, n. 5, p. 1392–1400, 2018.

TIAN, M.; ZHOU, X.; YIN, X.; JIANG, N.; WU, Y.; ZHANG, J.; LV, C.; GONG, Y. Effort-reward imbalance in emergency department physicians: prevalence and associated factors. *Frontiers in Public Health*, [S. l.], v. 10, p. 793619, 7 fev. 2022. DOI: 10.3389/fpubh.2022.793619. PMID: 35198522; PMCID: PMC8858846. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8858846/>. Acesso em: 30 jun. 2025.

TYLER, P. D.; FOSSA, A.; JOSEPH, J. W.; SANCHEZ, L. D. Later emergency provider shift hour is associated with increased risk of admission: a retrospective cohort study. *BMJ Quality & Safety*, v. 29, n. 6, p. 465-471, Jun. 2020. DOI: 10.1136/bmjqs-2019-009546.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Hospital emergency care services. Geneva: WHO, 2018.

YAN, S. et al. Work-family conflict and its related factors among emergency department physicians in China: a national cross-sectional study. *Frontiers in Public Health*, Lausanne, v. 11, p. 1–10, 20 mar. 2023. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1092025>.

YANG, Z.; SONG, K.; LIN, H.; LI, C.; DING, N. Factors associated with emergency department length of stay in critically ill patients: a single-center retrospective study. *Medical Science Monitor*, v. 27, p. e931286, 1 ago. 2021. DOI: 10.12659/MSM.931286.

ZITEK, T.; WEBER, L.; NUÑEZ, T.; PURON, L.; ROITMAN, A.; CORBEA, C.; SHERMAN, D.; SHALABY, M.; KRESCH, F.; FARCY, D. A. Emergency department patient satisfaction scores are lower for patients who arrive during the night shift. *Western Journal of Emergency Medicine*, v. 25, n. 6, p. 929-937, Nov. 2024. DOI: 10.5811/westjem.20326.