



UCES

Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales

Maestría en Dirección de Recursos Humanos

Tesis de Maestría

"Evaluación del nivel de estrés laboral (Síndrome de Burnout) en el personal de enfermería y su relación con la atención al paciente. Hospital Municipal de la ciudad de Unaí, Minas Gerais, Brasil, 2014"

Autora:

Lic. Thalita Teixeira Farias Cordeiro

Tutora:

Dra. Isabel Pérez Jáuregui

**Coordinadora de Tesis:
Dra. Isabel Pérez Jáuregui**

Buenos Aires, Julio de 2015

DATOS DE CATALOGACIÓN

Cordeiro, Thalita, Teixeira, Farias

"Evaluación del nivel de estrés laboral (Síndrome de Burnout) en el personal de enfermería y su relación con la atención al paciente. Hospital Municipal de la ciudad de Unai, Minas Gerais, Brasil, 2014"

T, T, F, Cordeiro – Buenos Aires, 2015. 120 p.

Tesis (Maestría) – Universidad de Ciencias
Empresariales y Sociales

AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, agradezco a Dios por bendecirme en cada momento de mi vida.

A mi hijo Miguel, la razón de todas las cosas.

A mi esposo Luciano, que se mostró como una persona muy comprensiva, paciente y de gran presteza durante todo el proceso de realización de esta tesis, con mucho amor.

A mis padres Jarbas y María dos Reis, que siempre han estado presentes en mi vida y me han dado todo el apoyo y la fuerza para alcanzar el éxito.

A mis suegros Levi y Zilda, parientes y amigos, que estuvieron a mi lado estimulándome y dándome fuerzas en forma dulce y sincera.

A los colegas de la maestría, con quienes hemos creado una gran amistad y nos hemos apoyado mutuamente para enfrentar las dificultades.

A mi maestra Isabel Pérez Jáuregui, que ha guiado mi tesis monográfica con gran afecto, compromiso y dedicación, siendo honorable en todo momento.

A la UCES, por la ayuda en la realización de este trabajo y por ofrecerme la oportunidad de realizar la Maestría en Recursos Humanos.

Muchas gracias...

RESUMEN

Esta tesis es el producto final de la Maestría en Dirección de Recursos Humanos y tiene como tema: "Evaluación del nivel de estrés laboral (Síndrome de Burnout) en el personal de enfermería y su relación con la atención al paciente. Hospital Municipal de la ciudad de Unaí, Minas Gerais, Brasil, 2014". Considerando que el estrés está presente diariamente en la vida del individuo, nos preguntamos: ¿Cuál es el nivel de estrés laboral que los enfermeros producen en la atención al paciente?, ¿cuáles son las repercusiones del estado de salud de los enfermeros en la atención y cuidado con el paciente? Por lo tanto, este estudio tiene como objetivo general identificar el nivel de estrés laboral que los enfermeros producen en la atención al paciente en el Hospital Municipal da ciudad de Unaí / MG, evaluando la función y el desempeño del área de RRHH en la prevención sanitaria en el trabajo. Los objetivos específicos son: a) evaluar el nivel de estrés, en particular a partir de los indicadores de "despersonalización"; b) identificar los elementos desencadenantes de los factores de estrés en el trabajo del enfermero; c) comprobar qué aspectos de su rol contribuyen a la mejora en la salud de los profesionales; d) estudiar el tipo de estrategia que desarrolla el área de Recursos Humanos en relación al estrés, y e) prever un plan de mejoras en el área investigada. Al tratarse de un estudio descriptivo no se formularon hipótesis. El enfoque cualitativo se aplica a través de etapas y por medio de cuestionarios y entrevistas semi-estructuradas. La muestra está compuesta por enfermeras que trabajan en el Hospital Municipal de una ciudad del Estado de Minas Gerais. El trabajo de campo se realizó durante los meses de julio y agosto de 2014. La encuesta confiere un amplio conocimiento en relación a los factores que pueden desencadenar el estrés laboral en el ambiente de trabajo, evidenciando su impacto en la asistencia al paciente. De no ser tratado correctamente, el estrés puede influir negativamente en la vida de los enfermeros, generando además una sensación de insatisfacción con el trabajo y fundamentalmente con el equipo y el entorno laboral en general, lo que se convierte en una gran desventaja para cualquier institución que quiera ofrecer un servicio satisfactorio.

Palabras claves: Estrés laboral, confrontación, enfermeros, atención al paciente.

INDICE GENERAL

1. INTRODUCCIÓN	12
2. OBJETIVOS	16
3. MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL	17
3.1 COMPRENDIENDO EL ESTRÉS	17
3.1.1 Conceptos.....	17
3.1.2 Fuentes generadoras de estrés	20
3.1.3 Fases del estrés.....	24
3.1.3.1 Estrés positivo y negativo	25
3.1.3.2 Estrés y adaptación	26
3.2 ESTRÉS LABORAL.....	28
3.2.1 Conceptos.....	28
3.2.2 El Modelo Demanda-Control.....	33
3.2.3 El Modelo Esfuerzo-Recompensa.....	38
3.3 SÍNDROME DE BURNOUT	39
3.3.1 Conceptos.....	40
3.3.2 Componentes del Burnout según Maslach	45
3.4. LA ENFERMERÍA EN ASISTENCIA AL PACIENTE	48
3.4.1 Comprensión y atención de enfermería al paciente.....	48
3.4.2 Papel de la enfermera en el cuidado y promoción de salud	53
3.4.3 Competencias de los enfermeros	59
3.5 EL ESTRÉS LABORAL EN ENFERMEROS Y SUS IMPACTOS EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE	62
3.6 LA ACTUACIÓN DE RRHH EN EL ESTRÉS LABORAL	66
4. HIPÓTESIS	69

5. MÉTODO / PROCEDIMIENTO	69
6. ANÁLISIS DE RESULTADOS	72
7. CONCLUSIONES.....	113
8. REFERENCIAS.....	118
9. ANEXOS	135
9.1 RECOLECCIÓN DE DATOS.....	135
9.2 CUESTIONARIO DE INVESTIGACIÓN DEL IMPACTO DEL ESTRÉS LABORAL DEL ENFERMERO EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE.	137
9.3 INVENTARIO SITUACIONAL.....	139
9.4 ENTREVISTA SEMI DIRIGIDA.....	140

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICOS	PÁGINAS
Gráfico 1. Tengo las informaciones necesarias para la realización de mi trabajo	73
Gráfico 2. Conozco las directrices y políticas del Hospital Municipal	73
Gráfico 3. Conozco las directrices y políticas del área de Enfermería	74
Gráfico 4. Tengo claridad de los objetivos a alcanzar en el área de Enfermería	74
Gráfico 5. Percibo por parte de la mayoría de los miembros del equipo del área de Enfermería una actitud comprometida	74
Gráfico 6. Los recursos de comunicación son suficientes y están adecuadamente administrados para promover el buen intercambio de informaciones entre los servidores	775
Gráfico 7. Hay intercambio de informaciones en el equipo de trabajo del área de RRHH y SESMT	76
Gráfico 8. Es fácil obtener informaciones de mis actividades diarias en mi sitio de trabajo	76
Gráfico 9. Tengo buenas relaciones con todos mis compañeros de equipo	77
Gráfico 10. Los eventos fuera del horario de trabajo se dan en un clima despojado	78
Gráfico 11. Me gusta participar de eventos con el equipo de Enfermería fuera de mi horario de trabajo	78
Gráfico 12. El traspaso de conocimientos e informaciones tienen un valor importante en mi ambiente de trabajo	79
Gráfico 13. Estoy predispuesto a ofrecer informaciones de mis servicios y mi área de actuación	80
Gráfico 14. Me siento comprometido a compartir mis conocimientos con mis compañeros de trabajo	80
Gráfico 15. Recibo feedback sostenido de mis superiores jerárquicos	80
Gráfico 16. Mi superior jerárquico comunica las directrices y los objetivos a alcanzar	81
Gráfico 17. Los encuentros de trabajo son productivos y existe intercambio de informaciones entre los participantes	81
Gráfico 18. Yo percibo que la gestión del área de Enfermería se ocupa de mejorar la comunicación interna	82
Gráfico 19. Considero el clima en el área de Enfermería despojado y colaborativo	83

Gráfico 20. Mi trabajo me deja emocionalmente agotada	91
Gráfico 21. Me siento agotado al fin de un día de trabajo	92
Gráfico 22. Me siento fastidiada cuando me despierto por la mañana y tengo que enfrentar un nuevo día de trabajo	92
Gráfico 23. Comprendo fácilmente lo que sienten mis pacientes	93
Gráfico 24. Siento que trato algunos de mis pacientes como si fueran objetos	94
Gráfico 25. Trabajar con personas todos los días es para mí una gran fuente de estrés	94
Gráfico 26. Lidio eficazmente con los problemas de los pacientes	95
Gráfico 27. Mi trabajo me deja agotado	96
Gráfico 28. Siento que por medio de mi trabajo afecto positivamente la vida de otras personas	97
Gráfico 29. Me he vuelto más indiferente en las relaciones desde que estoy en este trabajo	97
Gráfico 30. Este trabajo me deja emocionalmente más insensible	98
Gráfico 31. Mi siento ansioso por mi demanda de trabajo	99
Gráfico 32. Mi siento frustrado con mi trabajo	99
Gráfico 33. Siento que estoy trabajando en exceso	100
Gráfico 34. Trabajar directamente con personas me causa estrés	101
Gráfico 35. Consigo ser creativo y estoy relajado con mis pacientes	102
Gráfico 36. Me siento feliz al estar con mis pacientes	103
Gráfico 37. He logrado muchas cosas de valor monetario con mi trabajo	103
Gráfico 38. Me siento como si estuviera "al borde"	104
Gráfico 39. En mi trabajo lidio serenamente con los problemas emocionales de las personas	105

Gráfico 40. Pensar continuamente en todos los factores que me preocupan	106
Gráfico 41. Huir de la confrontación con situaciones que me parecen desagradables	106
Gráfico 42. Adaptarme a las presiones psicológicas y exigencias del día a día	107
Gráfico 43. Dejar de luchar cuando quiero lograr mis objetivos	107
Gráfico 44. Conseguir poner en práctica los planes diseñados para resolver los problemas	108
Gráfico 45. Reconocer que algunas veces soy víctima de otros	108
Gráfico 46. Involucrarme solamente en aquellas acciones de resolución de problemas en las cuales estoy segura	109
Gráfico 47. Permitir que los objetivos principales de mi vida sean interferidos por los problemas que enfrento	110
Gráfico 48. Ver siempre más los aspectos negativos que los aspectos positivos de los hechos	110
Gráfico 49. Preferir evitar un problema desagradable a obtener información para resolverlo y evitarlo	111

ÍNDICE DE FIGURAS /CUADROS

FIGURAS /CUADROS	PÁGINAS
Figura 1. Modelo Control de Karasek	36
Figura 2. Seis etapas del proceso de enfermería	54
Cuadro 1. Enfermeros por región brasileña	64

1. INTRODUCCIÓN

Esta tesis surgió de mi propia curiosidad y motivación por llevar a cabo un estudio y análisis basado en la línea de investigación "Proyecto de Vida Laboral", dirigida por la Dra. Pérez Jáuregui.

En el marco de los procesos de globalización, el mundo está experimentando importantes transformaciones que obligan al individuo a realizar un gran esfuerzo de adaptación y desgaste. El aumento de personas con significativos síntomas de estrés y su consecuente estado de agotamiento físico, psicológico y disminución de la capacidad productiva, constituye un claro ejemplo de ello.

Pérez Jáuregui (2005) explica que debido al estrés laboral, el individuo puede presentar un incremento creciente y sin control de búsqueda de construcción de su identidad a partir del rol profesional y en detrimento de su identidad personal, privilegiando las funciones y expectativas laborales.

Pensando en el contexto profesional del que nos ocuparemos, podemos comenzar diciendo que la formación en enfermería ha sufrido transformaciones considerables. Los cambios comenzaron a partir del crecimiento de la capacitación, impulsado por la necesidad de mantenerse al día con las transformaciones requeridas por un mercado laboral cada vez más exigente y competitivo.

De acuerdo a Rezende (1986) el área de salud ha incrementado la ocupación de espacios en el sector público y privado. En consecuencia, existe un creciente número de personas dedicadas a combatir enfermedades y mejorar la calidad de vida del individuo. La formación en enfermería está directamente asociada a estas demandas del mercado de trabajo en el área de salud, que imponen a los enfermeros la necesidad de adquirir nuevos conocimientos, habilidades y competencias.

En el área de salud se persigue una atención que evolucione hacia la profesionalización del trabajo de los enfermeros, la construcción de una visión holística y menos fragmentada del ser humano, una práctica profesional más comprometida éticamente, personalizada, humanizada y libre de riesgos. Además, las demandas ambientales, epidemiológicas, sociales y culturales, han impactado en la identidad y en la formación de los enfermeros. Las

adaptaciones curriculares con vistas a la formación de enfermeros competentes y calificados para servir en el mercado laboral, requieren de las personas y organizaciones un esfuerzo físico y psíquico a ritmos que a menudo superan la capacidad de adaptación de los individuos.

Como afirma Baggio (2007), el trabajo de enfermería supone el cuidado de los enfermos, el contacto con el dolor y la pérdida de seres queridos, todo lo cual expone al profesional enfermero al desgaste emocional. Especialmente en los ámbitos hospitalarios, las exigencias en relación a la concentración de esfuerzos para mantener la calidad de los servicios prestados se depositan en los enfermeros, siendo este un factor generador de estrés ocupacional. Es claro entonces, siguiendo a Candeias Abujamra (1988), que en la enfermería se desenvuelve uno de los más grandes contingentes de profesionales con riesgos de sufrir estrés y es por ello comprensible que las actividades diarias de los enfermeros puedan ser identificadas y asociadas con factores de estrés.

En este contexto general, la Constitución de la República Federativa de Brasil coloca a la salud como un derecho del ciudadano y un deber del Estado. Sin embargo, la realidad muestra limitaciones en el ejercicio de este derecho según el nivel socioeconómico de los ciudadanos. Es evidente entonces, que los derechos humanos, entre los cuales se incluye el derecho a la salud, se constituyen conforme los hombres se relacionan mutuamente y producto de las fuerzas sociales presentes en la sociedad. Además, es común entre los profesionales de la salud y la población en general, la construcción de una concepción limitada del significado del término salud, restringida a ser lo contrario a la enfermedad (ausencia de enfermedad).

En el marco del conjunto de elementos recientemente mencionados, es importante ahora realizar una breve contextualización y descripción de la institución a investigar, para luego exponer el problema a ser abordado en la tesis.

La institución elegida para la investigación es el Hospital Municipal de la ciudad de Unaí, Minas Gerais, Brasil. La institución fue creada el 1 de mayo de 1996 como sala de urgencias; luego, el 21 de junio de 2001, fue inaugurado el Hospital Municipal, con una capacidad de 100 camas. Compuesto por profesionales y asistentes locales, su prioridad asistencial son las urgencias, emergencias y hospitalización. Su atención está dirigida a pacientes que

necesiten del servicio de salud pública en la ciudad de Unai y otros 8 municipios aledaños.

Se observa una alta demanda de asistencia, lo cual produce una intensificación de tareas en los profesionales que trabajan en la institución. En este contexto, el área de RRHH, abarcando la salud y el trabajo, debiera tener como finalidad proveer un cambio cultural organizacional a partir del establecimiento de nuevos modelos de comportamiento.

Dado este contexto de alta demanda y posibilidad de estrés laboral, el área de RRHH debería ser consciente de la necesidad de identificación y abordaje de los factores de estrés que puedan afectar el trabajo de los profesionales y su salud, estrés laboral que fundamentalmente a partir de la experiencia de los profesionales de la salud, ha sido denominado Síndrome de Burnout (Maslach, 1986).

Por lo tanto, esta investigación adquiere legitimidad a partir de la necesidad de atender esta situación laboral, con el propósito de diseñar e implementar campañas institucionales internas, así como considerar políticas y prácticas de valoración del capital humano preventivas de esta problemática.

Surgen de ese modo las siguientes cuestiones: ¿Cuál es el nivel de estrés laboral de los enfermeros? ¿Cuáles son las repercusiones del estado de salud de los enfermeros en la atención y el cuidado de los pacientes?

La enfermería utiliza un modelo de proceso de trabajo que sistematiza la asistencia y direcciona la atención, para permitir la seguridad y bienestar del paciente. En consonancia, existen estudios para demostrar que los enfermeros representan un sector profesional particularmente expuesta a elevados niveles de presión y estrés.

Mis experiencias como psicóloga organizacional trabajando en la institución hospitalaria y como profesora de la Carrera de Enfermería en la asignatura Psicodinámica de la Salud y Atención, me permitieron observar las repercusiones que el estrés está causando en la calidad de vida de los enfermeros, así como las consecuencias que puede ocasionar en el cuidado del paciente.

En la investigación empírica pude observar de modo participante que los enfermeros, por la cercanía con pacientes y familiares y el alto grado de implicación emocional que esto conlleva, viven en un contexto de sobrecarga

laboral que demanda mucha energía psíquica, además del compromiso físico inherente a la profesión.

Por lo tanto, la presente tesis se propone identificar las variables del estrés laboral que puedan impactar en la realidad cotidiana de los enfermeros y ayudarlos a que ocupen una posición estratégica de liderazgo, buscando su compromiso, participación, capacitación y reflexión, para la discusión y mejor organización del servicio.

La importancia de esta tesis se funda en que el estrés se ha convertido en un problema que pone en crisis el bienestar de la sociedad, puesto que un profesional estresado posee su potencial humano drásticamente disminuido, en comparación con un profesional emocionalmente equilibrado.

2. OBJETIVOS

Fundamentado en la problemática anteriormente expuesta, la presente investigación se propone lograr como objetivos generales: 1. Determinar el nivel de estrés laboral que el enfermero produce en su desempeño en la atención al paciente en el Hospital Municipal de la ciudad de Unaí, Minas Gerais; 2. Evaluar el rol y el desempeño del área de RRHH en el proceso de prevención de salud y del trabajo profesional. En cuanto a sus objetivos específicos, la investigación se propone: 1. Evaluar el nivel de presencia de los indicadores de Síndrome de Burnout (cansancio y agotamiento psicofísico, despersonalización y baja realización profesional); 2. Identificar los factores de estrés en la vida diaria del trabajo de los enfermeros; 3. Investigar cuáles son los aspectos del rol de los enfermeros que contribuyen a preservar la salud ocupacional del profesional; 4. Analizar el tipo de estrategia que RRHH desarrolla respecto del estrés laboral y proporcionar, de ser necesario, un plan de mejoras para el área investigada.

3. MARCO TEÓRICO/CONCEPTUAL

Al considerar el tema de este estudio “El rol de RRHH en el enfoque del estrés laboral de los enfermeros y su impacto en la atención al paciente: un estudio realizado en el Hospital Municipal de la ciudad de Unaí, Minas Gerais, Brasil, 2014”, será necesario realizar, en primer lugar, algunas reflexiones sobre la forma de entender al estrés, las fuentes que lo generan, así como las fases en que se presenta en el individuo.

Posteriormente, se identificará el estrés en el ámbito de trabajo, para ello se describirá el Modelo Demanda-Control y el Modelo Esfuerzo-Recompensa. Luego, se abordará el Síndrome de Burnout y sus componentes de acuerdo al desarrollo de Christina Maslach. Se trabajará también la asistencia de enfermería al paciente, la actuación del enfermero en salud y sus competencias profesionales. Finalmente, se definirá el estrés laboral de los enfermeros, su impacto en la atención al paciente y cómo está establecido el rol de RRHH frente a esta problemática.

3.1 COMPRENDIENDO EL ESTRÉS

3.1.1 Conceptos

Estudiando las definiciones y conceptualizaciones existentes sobre el estrés, es posible entender algunos de los efectos que este produce en el ser humano. El estrés es en primer lugar una tensión que afecta a gran parte de la población y que puede ser vista positiva y negativamente, dependiendo de cada individuo. En los casos más negativos el impacto es muy grande, y puede alcanzar, según Robbins (2005), un estado de agotamiento físico y mental.

De acuerdo a Rezende (2002), la palabra “estrés” proviene del vocablo inglés medieval *stresse* y se deriva de *distresse*, del latín *districtus*, que significa “tirado de uno y del otro lado, extendido”. Antes de la psicoterapia, en

el campo de la física, el estrés fue utilizado para designar el grado de deformidad que sufre una estructura sometida a presión y fuerza.

Cova y Martino (2004), explican también que la palabra *estrés* proviene del latín, que fue usada primero en un sentido psicológico en el siglo XVIII. Sin embargo, solo fue utilizada por primera vez en la atención médica por Hans Selye, estudiante de medicina que en el año 1926 la empleó para describir el estado que atravesaban las personas que sufrían de diversas enfermedades físicas y compartían algunos síntomas, como fatiga, hipertensión, depresión y falta de apetito.

En 1936, el mismo Hans Selye (ya entonces endocrinólogo) introdujo el término “estrés” para designar un síndrome producido por diversos agentes nocivos que señalan una respuesta inespecífica del organismo a situaciones que lo debilitan, llevando al cuerpo a la enfermedad (Cova y Otros, 2004).

Siguiendo a França y Rodrigues (2007), la palabra “estrés” tiene muchos siglos y su uso sistemático o científico reconoce distintos orígenes: “estrés” (dureza, malestar); “estrés” (estrechez); *strictia* y *strictus* (apretado, estrecho) del latín y también del principio de *apretar* (sujetar, apretar).

Rezende (2002) relata que fue el estudio del ya mencionado Hans Selye, médico e investigador austríaco, que en el año 1936, en Montreal, identificó por primera vez el estrés en el hombre, entendiéndolo como un conjunto de reacciones que provoca el cuerpo al vivir una situación que requiere un esfuerzo de adaptación. Hans Seyle hizo varios descubrimientos de nuevas enfermedades en sus pacientes, concluyendo que esas enfermedades podrían reconocer como causa un estado de estrés particular (Seyle, 1995).

Bianchi, Tanno y Marcondes (2001) muestran que el estrés es una respuesta del cuerpo y su factor causal se define como un estímulo o agente estresante. Arantes y Viera (2002) argumentan que Seyle utilizó el término “estrés” para designar el estado que asume el organismo luego de estar expuesto a factores de estrés (aspecto activo y causa del síndrome).

Mc Ewen (2003) señala que el estrés es la reacción orgánica que se produce contra los agentes de estrés, deja de ser normal cuando las reacciones a esos eventos se convierten en crónicas y pueden, por lo tanto, generar enfermedades.

Chiavenato (2010) define al estrés a partir de reacciones físicas, químicas y mentales, que pueden desencadenar estímulos estresantes existentes en el ambiente en el que la persona vive, de forma que la suma de las perturbaciones puede provocar angustia y ansiedad a partir de problemas como: fatiga, emociones fuertes, traumas.

Limongi y Rodrigues (2009) afirman que el estrés es la condición en la cual el organismo cae después de un esfuerzo de adaptación, creando distorsiones en el estado físico y en las relaciones con las personas. Por lo tanto el estrés puede ser causado por modificaciones en el ambiente, alterando consecuentemente el estado emocional de los individuos, visualizado como un conjunto de síntomas tales como: ansiedad, frustraciones y dificultades.

Desde el proceso psicológico, Vega (2011) afirma que el estrés se desencadena cuando la persona responde a un factor de estrés, percibiendo una situación de amenaza; en una situación así, se activa el sistema nervioso autónomo y paralelamente son producidos recursos propios de adaptación para superar cualquier pérdida, recursos de enfrentamiento y protección que proporcionan acciones que traen bienestar.

Se puede comprobar que en la actualidad el estrés ha sido utilizado para describir tanto estímulos que causan un cambio en el cuerpo, como una respuesta del comportamiento originada en esos cambios. En este sentido, Lipp (2003) afirma que el estrés puede ser una reacción del organismo con componentes psicológicos, físicos, mentales, comportamentales y hormonales, siendo necesario para adaptarse a un evento o una situación de angustia intensa. La acumulación de estas reacciones en el cuerpo se denomina estrés psicosocial.

Yamamoto, Sakamoto, Ohmoriand y Yoshinari (2007) también afirman que los componentes físicos y psíquicos implicados en las situaciones de estrés, ocasionan respuestas que permiten restaurar la estabilidad interior frente a los cambios. Por lo tanto, el estrés es una condición gracias a la cual el organismo responde a los cambios para volver a su estado normal de equilibrio. Como resultado de un cambio en el ambiente que se percibe como un desafío, una amenaza o un peligro, el estrés puede tener efectos positivos o negativos (Taylor, Lillis y Lemone, 2007).

3.1.2 Fuentes Generadoras de Estrés

Conscientes que el trabajo puede ser un gran generador de estrés, muchos estudios han discutido e investigado el tema convirtiendo al ambiente laboral en una cuestión de salud. En el desempeño profesional se encuentran varios factores de estrés psicosociales vinculados a la naturaleza de las funciones o rol (conflicto, sobrecarga, responsabilidad, concentración, viajes etc.), al contexto institucional y social en los cuales estos se ejercitan (clima, liderazgo gerencial, estructura, sistema de comunicación, ruido, iluminación, etc.) y a factores individuales (condiciones de desplazamiento para el trabajo, historia personal, etc.). (Limongi y Otros, 2009).

Los principales síntomas del estrés son: sudoración, dolor de cabeza, tensión muscular, cambios en el latido del corazón y dolores de estómago, entre otros. Por lo tanto, el estrés también puede relacionarse con retrasos en el trabajo, insatisfacción, sabotaje y bajos niveles de desempeño en las tareas. La consecuencia directa de todo ello es una disminución sustancial en la calidad del trabajo, afectando no solo a la población, sino también a la salud, calidad de vida y trabajo de la persona (Langona, Santos y Ribeiro, 2006).

Soares y Mota (2009) afirman que los síntomas de estrés varían de persona a persona; los de orden físico pueden ser muy evidentes, como la pérdida de peso, sueño irregular o problemas de respiración; en otros casos, la angustia mental es dominante, causando depresión y extroversión. En general, las personas con síntomas de estrés descuidan la familia, no alcanzan éxito en el trabajo y tienen cambios repentinos de humor y comportamiento.

Las diversas funciones de trabajo y las emociones pueden provocar una situación de estrés y desencadenar una crisis de depresión, en la cual el profesional no presenta condiciones para continuar con su actividad laboral. De acuerdo a los autores anteriormente citados, las respuestas psicológicas más frecuentes: depresión, ansiedad y desgano, están directamente relacionadas al estrés laboral, afectando negativamente la salud de los profesionales, con la consecuente disminución en la productividad del trabajo.

Los principios que conducen una persona a desarrollar estrés son los llamados factores de estrés, que se producen a partir de una situación o incluso

frente a un objeto que podría causar tensión emocional. De acuerdo Margis, Picón, Cosner y Silveira (2003), el estrés es una respuesta fisiológica, psicológica y de comportamiento de un individuo que pretende adecuar las peticiones internas y/o externas; es una respuesta emocional que tiene componentes físicos y psicológicos que pueden aparecer a partir de un cambio que amenace o confunda a la persona.

Cuestiones sociales como las crisis económicas y el desempleo, o las disputas y conflictos dentro del propio hogar, así como sentimientos de inferioridad e incompetencia para resolver problemas, son algunos de los principios que pueden conducir al estrés. Estos principios capaces de conducir al estrés se denominan factores estresantes o agentes de estrés. El factor estresante puede aparecer a partir de un acontecimiento, situación, persona u objeto capaz de ofrecer una gran tensión emocional y por lo tanto, de provocar la reacción de estrés.

Los factores de estrés pueden variar por su naturaleza, por sus componentes emocionales, tales como la frustración, ansiedad y la sensación de pérdida; hasta por componentes ambientales, físicos y biológicos, como por ejemplo: el ruido excesivo, variaciones extremas de temperatura, problemas de nutrición y sobrecarga de trabajo, entre otros (Martins, 2002).

Smeltzer y Bare (2005), afirman que los agentes de estrés reconocen muchas formas y categorías, dividiéndose en físicos, fisiológicos y psicosociales. Los agentes de estrés físicos pueden ser el frío, calor o agentes químicos; los fisiológicos incluyen dolor y fatiga, y los psicosociales, temor al fracaso en una tarea de trabajo y la consecuente pérdida del empleo. Los factores de estrés también se clasifican desde las frustraciones o problemas en la vida diaria, a partir de acontecimientos complejos e importantes que abarcan grandes grupos, así como en entornos de menor cantidad de personas.

Hay características del espacio de trabajo que constituyen factores de riesgo vinculados al estrés, como por ejemplo: la función en el trabajo; confusión en los roles; funciones imputadas incorrectamente; responsabilidad por otras personas; inseguridad en el empleo; aspectos relacionados con el desarrollo de la carrera; sensación de injusticia en relación con su propio sueldo y demora en la promoción jerárquica; falta de participación en la toma de decisiones; deficientes relaciones interpersonales con superiores,

subordinados o compañeros de trabajo; exposición a la violencia; interface hogar/trabajo, turnos de trabajo y trabajo nocturno (Rodrigues Y Ferreira, 2011).

Según Stacciarini y Tróccoli (2001) los agentes de estrés del entorno de trabajo pueden caracterizarse en seis grupos: factores intrínsecos; inadecuadas condiciones de trabajo tales como el trabajo por turnos; contribuciones en pago; nueva tecnología y cantidad de trabajo estresante, tales como papeles, grado de responsabilidad hacia las personas o material.

Las relaciones en el trabajo, como por ejemplo, relaciones difíciles con el jefe, compañeros de trabajo, clientes directa o indirectamente relacionados; falta de desarrollo en la carrera y la inseguridad en el trabajo debido a reorganizaciones; estructura organizacional como estilo de gestión, la falta de participación y comunicación; problemas de interface trabajo/hogar (Stacciarini y Tróccoli, 2001).

Balassiano, Tavares y Pimenta (2011) caracterizan a las fuentes de estrés como factores intrínsecos relacionados al trabajo, como malas condiciones de trabajo; sobrecarga de tareas; pago por horas y cambios tecnológicos. En el entorno laboral actual, factores como la calidad del aire, iluminación, ruido y espacio personal, pueden influir en el estado de ánimo y el estado mental de las personas; también la organización, incluyendo la ambigüedad y los conflictos de funciones y roles.

Incluso, en palabras de Balassiano y otros (2011), la ambigüedad de funciones se produce cuando el individuo no tiene una visión clara de los objetivos de su trabajo; de la expectativa que sus colegas tienen sobre él; del alcance y la responsabilidad de su función, y del desarrollo de su carrera, incluyendo la falta de seguridad en el trabajo, la falta o exceso de promociones y lo obsoleto que pueda ser su rol.

Las relaciones en el trabajo, incluidas las relaciones con colegas y superiores, el trato con los jefes, compañeros y subordinados, pueden afectar la manera en la cual una persona se siente al final del día, y la estructura y el clima organizacional, produciendo una baja participación en la toma de decisiones y en los asuntos políticos.

De acuerdo a Silva y Melo (2006), el modo de vida agitado actual está, en muchas ocasiones, vinculado a necesidades financieras y de mantenimiento

de un status social, llevando a que el trabajador se imponga a sí mismo un ritmo riguroso e incontrolado de actividades, en detrimento de la vida familiar y la calidad del trabajo que realiza, ocasionando estrés. Además, el hecho de trabajar en situaciones diversas propias de la profesión, que requieren alta demanda de diferentes habilidades en diferentes momentos, puede afectar el rendimiento físico, generar trastornos mentales, neurológicos, psiquiátricos y gastrointestinales.

Pereira, Miranda y Passos (2009) afirman que las principales fuentes de estrés están vinculadas a las relaciones interpersonales en el trabajo, en virtud de la falta de respeto entre los profesionales, las dificultades para relacionarse en el equipo de trabajo, las molestias del ruido de los aparatos utilizados en la unidad y la falta o insuficiencia de materiales y de la sobrecarga de trabajo.

Murta y Tróccoli (2004) señalan que los factores de estrés están ligados directamente al trabajo a través de la presión para la obtención de mayor productividad, las precarias condiciones de seguridad, la falta de control sobre las tareas, entrenamiento y orientación ineficaz y los abusos en la relación entre supervisores y subordinados. Estas situaciones se vinculan con una alta demanda de producción. Si el individuo presenta un déficit en su repertorio de recursos para enfrentar y adaptarse a la situación, entonces tendrá grandes posibilidades de desencadenar el estrés ocupacional.

De acuerdo a Spindola y Martins (2007) los factores que contribuyen al estrés se relacionan con la falta de condiciones de trabajo apropiadas: espacio físico, personal y equipo; también, la convivencia diaria con la muerte, la enfermedad y el sufrimiento de otros; condiciones insatisfactorias en el trabajo; la importante cantidad de personal no calificado para su tarea, y la existencia de muchos clientes para atender, muchas solicitudes al mismo tiempo.

3.1.3 Fases del Estrés

En este nuevo escenario de grandes cambios y transformaciones de gran impacto en los trabajadores, se exige de ellos destrezas que permitan solucionar problemas, ocasionando un gran desgaste y preocupación, especialmente cuando se trata de personas que trabajan para garantizar la salud y el bienestar de otros, como es el caso de los enfermeros.

Para Selye (1959, citado por Jacques y Codo, 2007) el estrés puede manifestarse a través del Síndrome General de Adaptación, que significa la respuesta inespecífica a una lesión que compromete al sistema nervioso, desdoblándose en tres fases: fase de "alarma", fase de "resistencia" y fase de "agotamiento". La primera fase se manifiesta cuando la persona siente un estímulo amenazante, entonces el organismo lanzará una reacción de emergencia, como presión arterial creciente, liberación de energía y un aumento de la frecuencia cardíaca que indica que todas las energías serán movilizadas ante una amenaza externa.

Pafaro y Martino (2004) analizan que la fase de "resistencia" se produce cuando el agente de estrés se mantiene durante un período muy prolongado, causando un aumento en la capacidad de resistencia del organismo. Cuando esto ocurre, la actividad queda en función del sistema parasimpático, teniendo por efecto la pérdida de motivación del cuerpo, porque disminuye el nivel de alerta. La respiración, el ritmo cardíaco, la tensión arterial y la circulación vuelven gradualmente a sus niveles anteriores. Sin embargo, por la persistencia del estrés, el nivel de resistencia disminuye y se inicia la fase de "agotamiento".

Esta fase emerge al reaparecer los síntomas de la fase inicial, con un aumento agravado. Es importante señalar que en esta última fase existe un gran compromiso físico que se manifiesta en forma de enfermedades (Malagris y Fiorito, 2006).

Siguiendo a Pafaro y Martino (2004), en el agotamiento, los síntomas de la fase de alerta surgen otra vez más acentuados y otros nuevos se desarrollan también, haciendo que el cuerpo se vuelva más susceptible a la enfermedad.

Esta fase se denomina así debido a la incapacidad de los mecanismos responsables del organismo de realizar búsquedas de adaptación a los efectos de los agentes de estrés.

El agotamiento implica la quiebra del equilibrio del cuerpo y está directamente vinculado a una serie de enfermedades: hipertensión; depresión; ansiedad; problemas sexuales y dermatológicos, como psoriasis, vitiligo, urticaria y alergias; además del ataque al corazón y hasta la muerte súbita (Pafaro y Martino, 2004).

Subrayando los abordajes del estrés, Pereira, Braga y Marques (2008) definen que las personas dependen de la estructura social donde habita y construye su universo simbólico, su cultura desde la que interpretará los hechos del contexto y de su vida en él, identificándolos y diferenciándolos.

En base a los autores reseñados, se percibe que el estrés está presente en la salud física y mental de algunas personas, causando un importante impacto en su vida cotidiana y estimulando el desarrollo de diversos trastornos que afectan negativamente su calidad de vida.

3.1.3.1 Estrés Positivo y Negativo

Para Kornfield (2008), el estrés es una palabra que todo el mundo conoce bien, pero no tan bien como para canalizarlo y transformarlo en algo positivo. El estrés, fuera de control, puede convertirse en una enfermedad, agotándonos y volviéndonos vulnerables a problemas emocionales y dolencias físicas.

No sentir estrés en un mundo desequilibrado, requiere que nosotros nos equibremos y nos ubiquemos dentro del sistema. Así el estrés se vuelve positivo, ya que nos fortalece y nos hace crecer, nos lleva a confiar en Dios y nos conduce también a metas que de otro modo no alcanzaríamos. El estrés se vuelve negativo cuando no podemos aguantar los desafíos y empezamos a retroceder en el crecimiento y en la dependencia de Dios y detenemos nuestro ascenso a las alturas (Kornfield, 2008).

Según Levy y Monte (2008), el buen estrés o estrés positivo significa que en el desafío que se nos presenta existe una oportunidad, esa percepción se basa en la creencia de que el resultado del desafío probablemente será positivo.

El estrés malo o negativo se caracteriza por la preocupación, ansiedad y temor al desafío enfrentado, también surge de la creencia de que el resultado de la situación será definitivamente negativo. Este estrés deprime el sistema inmunológico y fácilmente puede ocasionar enfermedades (Levy y Monte, 2008).

Ratey y Johnson (2006) señalan que el estrés es esencial en un cerebro activo; crecer o cambiar el sistema nervioso requiere cierto grado de ruido o estrés, su actividad requiere de la existencia de cierto disturbio interno. En realidad el estrés positivo es como el desafío asociado a una superación personal, excelente para nosotros y para nuestro cerebro.

Para Ratey y Johnson (2006) el estrés negativo como puede ser sentir miedo puede ser funcional y positivo si no se cronifica. En tal caso endurece y dá mayor resistencia al sufrimiento.

Según Meirelles y Zeitoune (2003), el estrés hasta cierto punto es esencial para la salud física de los profesionales, conduciendo el individuo a la acción. Cada individuo tiene un límite de tolerancia al estrés, que una vez franqueado deja de ser provechoso o positivo para adquirir características negativas.

Los pensamientos y emociones comandados por el estrés influyen el Sistema Nervioso Central y el sistema inmunológico, activando así el circuito bidireccional, que se produce a través del Hipotálamo-Hipófisis-Adrenal, invadiendo todo el cuerpo. Las manifestaciones de estrés pueden ser psicológicas como la insatisfacción con el trabajo, ansiedad y depresión; fisiológicas, como dolor de cabeza, hipertensión, taquicardia; o comportamentales, como insomnio, fumar o beber excesivamente (Meirelles y Zeitoune, 2003).

3.1.3.2 Estrés y Adaptación

Según Potter (2005), el estrés y la adaptación son universales y dinámicos, todos lo experimentan y tratan de adaptarse a las causas del estrés cotidiano. Los agentes de estrés y sus respuestas son psicológicos y comportamentales. Como resultado, los modelos que explican las respuestas al estrés son normalmente comportamentales y proporcionan un parámetro para el tratamiento de los pacientes que sufren estrés.

Zimpel (2005) menciona que para muchas personas el estrés es el conjunto de situaciones de la vida diaria que afectan negativamente nuestra capacidad para adaptarnos y enfrentar situaciones.

De acuerdo a Nogueira (2002), el proceso de adaptación a los factores de estrés inherentes a la práctica médica puede tomar caminos diferentes. El resultado final de la exposición a la radiación psicológica estresante depende del individuo y de los mecanismos y recursos adaptativos por él utilizados, consciente o inconscientemente. Así, conforme los mecanismos utilizados habrá adaptación dentro de ciertos límites, o por el contrario, una adaptación inadecuada cuyos efectos son perceptibles de varias maneras.

Sabetti (2002) menciona que el cuerpo posee una capacidad impresionante para adaptarse al estrés, a partir de la capacidad de producción de medidas de adecuación energética. Al llegar al nivel de agotamiento, la adaptación energética es muy lenta, aunque la ingestión de sustancias generadoras de energía física sea suficiente.

Ratey y Johnson (2006) señalan que una posible respuesta del modo de acción ha sido documentada por primera vez por Hans Selye en su obra sobre la adaptación al estrés.

Ball (2006) describe tres etapas del estrés: el estrés físico, químico e inmunológico. La reacción se presenta primero en forma de conflicto o conmoción, con la consecuente mala circulación de adrenalina; luego se produce una adaptación a las nuevas condiciones en un espacio de tiempo variable, este período se apoya en la cortisona producida por el córtex adrenal (Campos, 2005).

Para Melchiorie y Martins (2010) la adaptación se ve influenciada por el desarrollo de enfrentamientos reguladores (transmisores químicos, neuronales y endocrinos) y cognitivos (cerebro superior de percepción, juicio y emoción).

Comprende el autor a la adaptación como un conjunto de respuestas en cierta situación posibilitando el mantenimiento de su organización y funcionalidad.

Según Nogueira (2002), una característica de la inadecuada adaptación profesional es el aislamiento social. En la mayoría de los casos, los agentes de estrés son moderados y la respuesta de adaptación orgánica es mucho más modesta y benéfica.

De acuerdo a Timby y Smith (2005), las teorías de las conductas de adaptación y mala adaptación al estrés son iguales, explican la situación de acuerdo al esfuerzo realizado por alguna recompensa. La teoría de adaptación analiza la persona de forma holística en diversas situaciones. Por ejemplo, cuando son quitados privilegios con el fin de eliminar comportamientos inaceptables, el nivel de adaptación del individuo será reflejo de la variación del estímulo.

Profesionales excesivamente sobrecargados por estímulos imprevisibles e incontrolables, pueden presentar un mal funcionamiento, un elevado estrés fisiológico, acciones impulsivas y un inferior nivel de adaptación a los desafíos de la vida; el profesional sobrecargado, en otras palabras, opera en el extremo de su capacidad (Ratey y Johnson, 2006).

Para Caregnato y Lautert (2005), el manejo del estrés está vinculado al proceso de afrontar, es decir, a las estrategias usadas por el individuo frente a los agentes de estrés. En ambientes donde hay un intenso contacto con la gente, el individuo se expone frecuentemente a situaciones que requieren del uso de estrategias de confrontación o de adaptación que dependen del patrón comportamental de cada profesional.

3.2 ESTRÉS LABORAL

3.2.1 Conceptos

Cuando se habla de estrés laboral es importante entender que en la actualidad el individuo dedica mucho tiempo al trabajo. La palabra “trabajo” deriva del latín *tripalium*, vocablo asociado al ejercicio de la tortura. Luego, la palabra “trabajar” viene del sustantivo “trabajo”, que desde la edad media presenta el sentido etimológico de sufrimiento y dolor (Waldow, 1999).

Dejours (1992) en su libro “La Locura Del Trabajo”, expone las variables psicológicas relacionadas a esta actividad, como el miedo y ansiedad. El autor plantea que el miedo es una de las dimensiones del trabajo, ya que el profesional está sujeto a diversos tipos de riesgos y angustias. Refiriéndose a la ansiedad, la relaciona con la degradación del funcionamiento mental, del equilibrio psíquico afectivo, del organismo y el sentido de supervivencia.

En la actualidad, el individuo se encuentra en una sociedad que continuamente atraviesa cambios en el campo tecnológico, político y social. Estos cambios convierten al trabajo en foco de la sociedad moderna, determinando el estilo de vida e interviniendo directamente en la autoimagen, convirtiéndose en un potencial factor de estrés. (Guimarães Y Tavares, 1994).

Corroborando la idea anterior, Barbosa y Otros (2003), al estudiar las relaciones entre salud, enfermedad y trabajo, resaltan como daños a la salud física y mental de los trabajadores los prolongados días trabajados sin descanso, el acelerado ritmo de producción, el exceso de tareas, la automatización mediante la realización de acciones repetitivas y baja remuneración en relación a la responsabilidad y la complejidad de las tareas realizadas. Por eso el trabajo no significa satisfacción personal o material; por el contrario, se convierte en sufrimiento, explotación, enfermedad y muerte.

Vega (2011) enseña que en los países occidentales, cuando se trata de una persona estresada, surge la idea que es una persona aplicada, responsable, competente y con un trabajo estimulante. El hecho de que alguien no se manifieste estresado, lo expone a ser considerado por otros como una persona incapacitada a desarrollar sus tareas de forma aplicada.

França y Rodrigues (2007) explican que la definición de estrés se resume en el desajuste entre las condiciones de trabajo y los trabajadores individuales, el estrés laboral es visto a partir de las respuestas físicas y emocionales que ocurren cuando las demandas de trabajo no están en equilibrio con las capacidades, recursos o las necesidades del trabajador.

El Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas representa al estrés laboral como "cualquier agresión contra un organismo vivo". Retomando esta definición, Waldow (1999) lo señala como un conjunto de reacciones biológicas y psicológicas desencadenadas por un organismo que se enfrenta a un agente nocivo de forma repentina.

Según Rodrigues y Ferreira (2011), el estrés relacionado al trabajo, también conocido como estrés profesional o estrés laboral, es visto como consecuencia del desequilibrio entre las demandas de trabajo y las habilidades o necesidades del trabajador. Además, se lo vincula a una respuesta emocional, fisiológica, comportamental y cognitiva a componentes adversos del trabajo.

El diccionario de la Real academia Española define el estrés como un estado de tensión causado por situaciones de tensión, ansiedad, angustia, fatiga y agotamiento. Balassiano y otros (2011) lo definen del siguiente modo:

El estrés laboral está presente en cualquier profesión y nivel jerárquico. La capacidad de crear y mantener un ambiente con menor presencia de agentes de estrés organizacionales es un requisito cada vez más grande y cada administrador debe ser capaz de gestionar y reducir su propio estrés para ayudar a disminuir las tensiones de sus subordinados. Además, es necesario admitir que hay factores de estrés inherentes a la naturaleza de la actividad, la cultura organizacional y las interacciones humanas. De cualquier forma, la identificación de factores de estrés es esencial para adecuar el perfil de los cargos a la coexistencia con estos factores de estrés¹ (p. 754).

Santos y Cardoso (2010) reseñan que las respuestas psicológicas más frecuentes que se asocian al estrés profesional son: ansiedad, insatisfacción y depresión. El estrés tiene una consecuencia negativa sobre la salud de los trabajadores, así como en el funcionamiento de las organizaciones, ocasionando la pérdida de productividad, disminución de calidad de productos y servicios ofrecidos.

Según los conceptos expuestos es posible darse cuenta de que existen diversas definiciones de estrés; sin embargo, las mismas trabajan en consenso y conexión a las ideas presentadas en relación con la exposición a riesgos en el entorno de trabajo.

Paschoal (2004), divide el estrés laboral en tres dimensiones: en primer lugar, los estímulos de estrés o el estrés laboral que demanda respuestas adaptativas por parte de los trabajadores, sobrepasando su capacidad para

enfrentarlo (*coping*), estos estímulos son generalmente llamados agentes de estrés organizacionales; en segundo lugar, la respuesta a los eventos de estrés, respuestas psicológicas, fisiológicas y comportamentales que los individuos producen cuando están expuestos a factores laborales que exceden su capacidad de adaptación, y la tercera, los estímulos de agentes de estrés-respuestas, que refiere al proceso general de las tareas del trabajo y su impacto directo en los empleados.

Para Martins (2002) existen tres tipos de estrés: profesional, situacional y personal, que también pueden caracterizarse como agudos o crónicos. El estrés profesional está asociado a los procesos de profesionalización y desarrollo en la sociedad y a la administración del peso de la responsabilidad en la función. El estrés situacional se manifiesta en características como: sueño privación, fatiga y agotamiento. Está vinculado a rasgos individuales y situaciones personales, características psicológicas, status socioeconómico, vulnerabilidades, problemas familiares y eventos de la vida. El estrés agudo es consecuencia de un evento traumático que se sufre en la vida. El estrés crónico se manifiesta en lo cotidiano como por ejemplo, problemas de tráfico, la profesión, las relaciones económicas laborales, económicas, familiares, etc.

El estrés laboral, de acuerdo a Novaes y Tanganelli (2002), interfiere directamente en la calidad de vida, modificando la psicología, la capacidad de reflexión y crítica. Los efectos del estrés excesivo y continuo no se limitan al debilitamiento de la salud. El estrés puede tener un efecto facilitador en el desarrollo de numerosas enfermedades, afectando la calidad de vida y la productividad del ser humano, todo lo cual provoca una gran preocupación e interés por las causas y los métodos de reducción de estrés.

De acuerdo a Paiva y Couto (2008), la personalidad del individuo también influye sobre la posibilidad de aparición de síntomas físicos y mentales atribuidos al estrés. En situaciones similares, las personas pueden actuar de maneras diferentes debido a sus características de personalidad. Los autores las evalúan en dos categorías: tipo A, más propensa a la tensión y característica de la gente impaciente, competitiva, perfeccionista, que llevan una vida agitada y que se sienten culpables cuando están descansando o relajadas; tipo B, las personas que no sienten la necesidad de impresionar a los demás, que son capaces de trabajar sin estremecerse, capaces de relajarse sin

sentirse culpables y no sufrir de impaciencia o sentido de urgencia, todo lo cual las vuelve menos propensas al estrés.

Acerca de la función del trabajo, Greenberg (2002) explica que desde el punto de vista del sujeto, conocer exactamente su función en la organización y sentir que la puede cumplir correctamente es de extrema importancia para controlar el estrés. La sobrecarga en la función ocurre cuando las demandas de trabajo crecen hasta el punto en que el profesional cree no ser capaz de desarrollarlas, produciendo estrés.

La incapacidad en la función ocurre también cuando el profesional no tiene formación, educación, habilidad o experiencia para ejecutar sus tareas. La ambigüedad en la función sucede cuando los aspectos vinculados a la ocupación y localización del trabajo no están claros, ocasionando conflictos laborales. En algunas ocasiones, los profesionales se encuentran en situaciones difíciles, como en el caso de tener que satisfacer demandas de supervisores diferentes (Greenberg, 2002).

Problemas como la falta de experiencia, conflictos con compañeros, entre otros citados por Greenberg en el contexto anterior, son factores que están en el ambiente de trabajo y pueden también llevar al profesional al estrés, poniendo en peligro su salud.

3.2.2 El Modelo de Demanda-Control

El modelo de demanda-control es considerado como uno de los principales modelos teóricos propuestos para estudiar la asociación entre el estrés en el trabajo y resultados diferentes. El modelo de demanda-control ("Job Strain Model"), fue creado por Karasek & Theorell en 1976, quienes consideran al estrés en el trabajo como una respuesta a la interacción entre las demandas psicológicas y el control del proceso de producción (Karasek & Theorell, 1990).

Por lo tanto el modelo demanda-control de Karasek es ampliamente utilizado en la literatura, es un instrumento traducido y adaptado a nuestra cultura y usado en investigaciones en Brasil, lo cual facilita las comparaciones. Sobre todo teniendo en cuenta que en Brasil se observa un fuerte crecimiento de los estudios dirigidos a evaluar los aspectos relacionados con la organización del trabajo y su impacto sobre la salud (Seligmann, 1994).

El modelo del que venimos hablando se centra dos dimensiones psicosociales: el control sobre el trabajo y la demanda psicológica derivada de este. De la combinación de estas dos dimensiones, se distinguen situaciones específicas de trabajo que, a su vez, estructuran riesgos diferenciados para la salud.

Para evaluar estos aspectos Karasek (1985) desarrolló un instrumento metodológico: *Job Content Questionnaire* – JCQ (Cuestionario sobre el Contenido del Trabajo). Su versión recomendada comprende 49 ítems, abordando, además del control y las exigencias psicológicas, el soporte social proveniente de los jefes y compañeros de trabajo, las exigencias físicas y la inseguridad en el empleo.

La propuesta se compone de dos dimensiones básicas: grado de control (*decision latitude*) y demanda psicológicas (*psychological demand*) del trabajo. Por tanto, las combinaciones entre diferentes niveles de control y demanda coinciden con distintas experiencias laborales. Estas dos dimensiones, implican aspectos específicos del proceso de trabajo (Karasek Y Otros, 1981; Muntaner y O'Campo, 1993).

En ese sentido, de acuerdo a Karasek (1979), el "control" en el trabajo consta de dos componentes:

- a) aspectos relacionados al uso de habilidades, el grado en el cual el trabajo consiste en aprender cosas nuevas, repetitividad, creatividad, múltiples tareas y el desarrollo de habilidades especiales individuales;
- b) autoridad decisoria, abarca la habilidad individual para tomar decisiones acerca del trabajo propio, la influencia del grupo de trabajo y en la política de gestión.

La "demanda psicológica" se refiere a las exigencias psicológicas que el trabajador enfrenta en la realización de sus tareas, como la presión del tiempo (proporción del tiempo de trabajo realizado bajo tal presión), nivel de concentración requerido, interrupción de las tareas y la necesidad de esperar a las actividades desarrolladas por otros trabajadores.

Este modelo propuesto por Karasek distingue cuatro tipos básicos de experiencias en el trabajo, creadas a partir de la interacción de los niveles "alto" y "bajo" de demanda psicológica y de control:

- "alta exigencia laboral" (caracterizada por alta demanda y bajo control)
- "trabajo activo" (alta demanda y alto control)
- "trabajo pasivo" (baja demanda y bajo control)
- "baja demanda" (combinación de baja demanda y alto control)

Estas cuatro combinaciones, que demuestran las situaciones específicas de trabajo, pueden ser representadas por cuadrantes atravesados por dos diagonales, la Diagonal A y la Diagonal B, como se muestra en la figura 01 abajo:

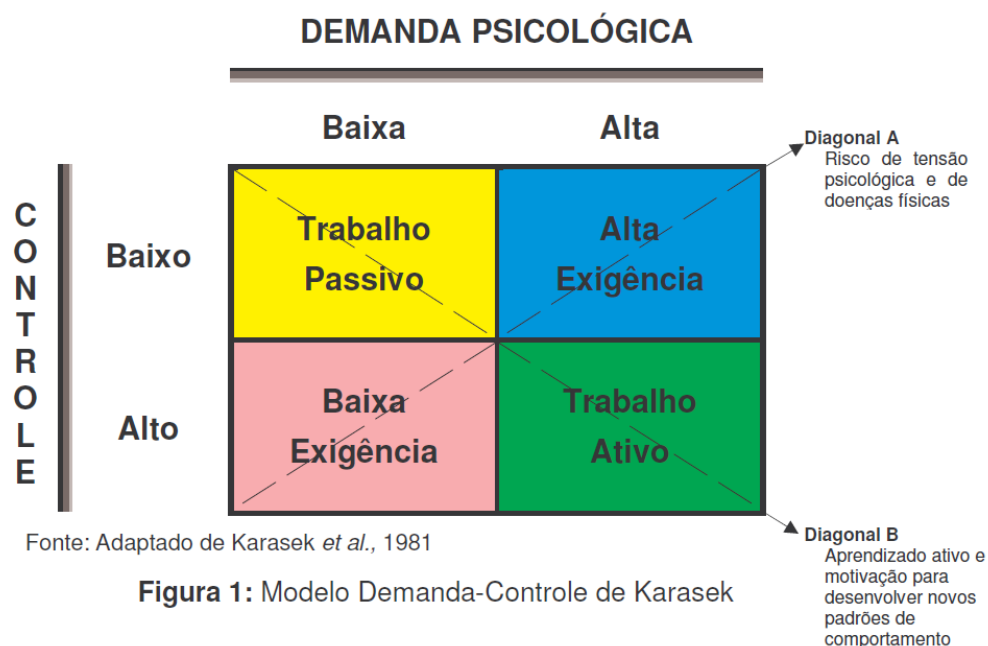


Figura 1: Modelo Demanda-Controle de Karasek

La diagonal A señala el riesgo de disturbios psicológicos y enfermedades físicas. La principal información establecida aquí es que la mayoría de las reacciones adversas a las demandas psicológicas, tales como fatiga, ansiedad, depresión y enfermedad física, ocurren cuando la demanda del mercado laboral es alta y el grado de control de los trabajadores de su trabajo es bajo (cuadrante 1), como sucede en el proceso de trabajo en líneas de montaje (Karasek y Theörell, 1990).

La diagonal B, registra la motivación para desarrollar nuevos padrones de comportamiento. El modelo muestra que el trabajo en la condición del cuarto cuadrante, definido como el trabajo pasivo, puede conducir a la disminución en la actividad global del individuo y a dificultades en la capacidad para encontrar soluciones a los problemas encontrados en las actividades.

Basado en esta configuración Karasek & Theörell (1990) observan que las cuatro experiencias podrían ocurrir en el ambiente psicosocial de trabajo, generadas por la simultaneidad de altos y bajos niveles de exigencias psicológicas y de control. Puesto que "una gran demanda y menor control" crearía la experiencia de "alta exigencia laboral"; "gran demanda y alto control" fijarían trabajos clasificados como "trabajos activos"; "menor demanda y bajo control" clasificarían los trabajos como "pasivos"; "menor demanda y gran control" revelaría la experiencia de "ínfima exigencia de trabajo".

Araújo, Aquino, Menezes, Santos y Aguiar (2003) exponen que la "alta demanda en el trabajo" señala situaciones específicas que estructuran diferentes riesgos a la salud. Las personas expuestas a trabajar con "alta demanda psicológica" (alto número de diferentes solicitudes) y "bajo control de trabajo" (pequeño espacio para la toma de decisiones), presentan las reacciones más adversas de desgaste psicológico, tales como: fatiga, ansiedad, depresión y enfermedad física.

Los mismos autores creen que la situación de "alta demanda psicológica" y "bajo control del trabajo" ejerce presión mental ocasionando riesgos a desarrollar enfermedades cardiovasculares. Si el tiempo de exposición es corto, el cuerpo fácilmente se recupera, cuando sucede lo contrario, se acumula el desgaste.

"Los trabajos activos" son resultado de la interacción entre la "alta demanda psicológica" y el "alto control del trabajo", ambos motivan al individuo a desarrollar nuevos tipos de comportamientos, siendo el trabajo percibido como un desafío con perspectivas de aprendizaje y crecimiento. Las demandas son crecientes, pero la posibilidad de tomar decisiones sobre el proceso está en el individuo.

Los "trabajos pasivos" relacionados con "baja demanda psicológica" y "bajo control del trabajo", resultan en experiencias que disminuyen la capacidad de aprendizaje. En estos casos predomina la inercia debido a la ausencia de desafíos, ya que hay poco espacio decisorio. Esta situación es muy problemática para el estado de salud del individuo; sin embargo, es poco estudiada.

Finalmente, la situación de "baja exigencia en el trabajo", resultante de la ocurrencia simultánea de "baja demanda psicológica" y "alto control del trabajo", es el resultado de una "situación ideal". Porque, ante una situación de baja exigencia en el trabajo, un aumento de la demanda psicológica, sin el correspondiente aumento del control del trabajo conduciría a riesgo de angustia psicológica y enfermedad física (de acuerdo a la diagonal A). Por otro lado, la situación del trabajo pasivo potencializa el aprendizaje activo y la motivación para desarrollar nuevos patrones de comportamiento, capacitando al trabajador para el trabajo activo de acuerdo a lo indicado por la diagonal B (Araújo y Otros, 2003).

Como puede demostrarse, el Modelo-Demanda-Control proporciona evidencia empírica de la relación entre los aspectos psicosociales del trabajo y la salud. Pero al mismo tiempo, ha generado un intenso debate acerca de sus presupuestos teóricos y metodológicos, sus aplicaciones y sus límites. (Araújo Y Otros, 2003).

De esta manera es posible destacar que aunque existan controversias y polémicas, el uso amplio del modelo ha proporcionado una base comparativa importante para los estudios del campo de la salud y del trabajo.

3.2.3 Modelo Esfuerzo Recompensa

El modelo Esfuerzo Recompensa propuesto por Johannes Siegrist en 1982, afirma que el estrés en el trabajo es una consecuencia del desequilibrio entre el esfuerzo que el trabajador realiza en sus tareas y la recompensa recibida por ellas.

Según Vasconcelos y Guimarães (2009), este es el enfoque más completo del estrés en el trabajo. Una de sus ventajas es que amplía el concepto de control propuesto por el modelo de Demanda-Control de Karasek (1979), incluyendo la seguridad en el trabajo y la movilidad ascendente (perspectivas de ascenso).

Siegrist (2001) explica que este modelo demuestra el papel del trabajo en la vida adulta, estableciendo una conexión fundamental entre funciones de autorregulación, como la autoestima, autoeficacia y las oportunidades que ofrece la estructura social. El mismo se refiere, en particular, al estatus ocupacional como una forma de recompensa y aprecio.

Los efectos potencialmente beneficiosos del trabajo para la autorregulación motivacional y emocional, están vinculados a una condición básica: el intercambio que se produjo en la vida social, llamado reciprocidad.

El autor combina y compara las consecuencias para la salud de las condiciones de trabajo con la forma en que los empleados son recompensados por sus esfuerzos. Cuando un alto grado de esfuerzo no es correspondido con una alta recompensa, surgen tensiones emocionales y aumenta el riesgo de enfermedades.

Siegrist y otros (2004) afirman que este modelo combina dos tipos de informaciones:

- La información subjetiva sobre las demandas del trabajo realizado y que requiere recompensas (componente extrínseco);
- La información de carácter personal, caracterizada por la hiperdedicación y una alta necesidad de aprobación (componente intrínseco).

Guimarães, Siegrist y Martins (2004), señalan a este modelo como una combinación de ambas fuentes de información que proveerá una estimación más precisa de la cantidad de tensión atribuida a la vida funcional, en comparación con la restricción que provocaría tomar solo una de estas (personal o situacional).

Según Theörell (2001) el estrés es la respuesta del individuo a la demanda que existe sobre él. Estas respuestas podrían dividirse, para su comprensión, entre el esfuerzo extrínseco para enfrentar a las demandas externas, y la tensión intrínseca que estas generan.

La recompensa es un indicador compuesto de tributo monetario, autoestima y control social. Los indicadores compuestos de equilibrio, esfuerzo y recompensa se basan en cálculos de la media o la diferencia entre puntos de esfuerzo y recompensa, respectivamente.

En el modelo ERI desarrollado en la Tesis, las experiencias de estrés crónico son efecto de un desequilibrio entre altos esfuerzos intrínsecos y bajas recompensas extrínsecas, añadido de alto nivel de "súper dedicación", o una combinación de ambos, caracterizada por un estado prolongado de inversión activa de energía, pero bajo condiciones de control limitado por parte del sujeto. (Guimarães y otros, 2004).

Conforme a lo expuesto por los autores, se definen dos diferentes fuentes de alta tensión en el trabajo: una extrínseca, la demanda en el trabajo, y otra intrínseca, la motivación individual de los trabajadores en situación de demanda. Todas estas intervenciones se ocupan de la estructura en torno de la situación de trabajo y no en su contenido. Las dimensiones de las recompensas están interrelacionados y el aumento de la recompensa monetaria pueda beneficiar a la autoestima y el control del estatus. (Theörell, 2001).

El modelo ERI se presenta como un instrumento de comprobación del estrés biopsicosocial, desafiando a la sociedad moderna a la promoción de condiciones de trabajo que disminuyan la alta producción de estrés y el desgaste del trabajador en áreas específicas, aumentando las recompensas (bonos) y los niveles de seguridad en el control del estatus profesional, por medio de una justicia distributiva y reciprocidad en los intercambios sociales. (Vasconcelos y Guimarães, 2009).

3.3 SÍNDROME DE BURNOUT

3.3.1 Conceptos

El Síndrome de Burnout (SB) ha sido caracterizado como un problema social de gran relevancia y ha sido estudiado en varios países, identificándose como una respuesta a los agentes de estrés interpersonales en la situación laboral, tal como lo sitúan Harrison (1999), Maslach, Schaufeli y Leiter, (2001).

En respuesta al estrés crónico laboral, los trabajadores pueden manifestar el Burnout como un síndrome psicológico que se deriva de una mala adaptación a un trabajo estresante, debido a una carga de alta tensión. Con tales evidencias, un estudio desarrollado en Estados Unidos por Freunderberger (1974, citado por Carlotto y Câmara, 2008) en los años setenta, mostró que muchos voluntarios con los cuales él trabajaba experimentaban un proceso de deterioro del humor y la motivación. De este modo se comprobaron, en ese proceso que tuvo una duración aproximada de un año, síntomas físicos y psíquicos que denotaban un particular estado de agotamiento.

Según la Organización Mundial de la Salud (2001) el Síndrome de Burnout (SB) es considerado como un riesgo para el trabajador, que puede ocasionar deterioro físico o mental, siendo por tanto un problema de salud pública (Cebrià Andreu, 2005; Gil y Peiró 1997; Palmer, Gomez-Vera, Cabrera-Pivaral, Prince-Vélez & Searcy, 2005).

Los autores (Byrne 1993A, 1993B; Maslach y otros, 2001) lo definen como un síndrome psicológico ocasionado por la fuerte tensión emocional asociada al estrés laboral severo crónico, que puede manifestarse y observarse especialmente en profesionales que desempeñan tareas de responsabilidad asistencial como: profesores, policías, enfermeros y terapeutas, debido a que su trabajo implica la relación directa con personas que necesitan algún tipo de asistencia o ayuda.

Corroborando esta idea, Cherniss (1980, citado por Benevides-Pereira, 2002) define el síndrome de Burnout asociándolo a los cambios personales

negativos que se producen en profesionales que desenvuelven tareas de ayuda y asistencia y que trabajan en puestos exigentes o frustrantes.

En su artículo referido al Síndrome de Burnout, Pérez Jáuregui (2001) afirma que los enfermeros que trabajan en situaciones límites (áreas críticas, cuidados intensivos, emergencias, terapias intensivas, etc.) manifiestan altas posibilidades de padecer este trastorno.

Romana y otros (2004), consideran el Síndrome de Burnout como un proceso de decepción profesional, que se produce como respuesta a las experiencias de estrés y tensión sufridas en el trabajo, frente a las cuales el individuo se siente impotente al considerar imposible revertirlas.

Otros autores como Bibeau y Poirier (1982) definen el Burnout como una respuesta adaptativa al estrés en el trabajo, resultado de la evolución cultural y el desarrollo tecnológico (Lebigot y otros, 1985, citado por Landeiro, 2011). Para Freitas (1999, citado por Queirós, 2010) el término Burnout (agotamiento) emerge para designar un estado de fatiga mental y física que se produce en múltiples profesiones.

Como manera de divulgar el concepto de Burnout, en una presentación a una reunión de la American Psychological Association en 1977, Christina Maslach lo definió como una situación sufrida con mayor frecuencia por aquellos que, a causa de su profesión, mantenían una relación directa y prolongada con personas y después de un periodo de inestabilidad, sufrían un desgaste profesional considerable (Castro y Otros 2004).

Al tratar el Burnout en el área de salud, Ferreira (2007) afirma que es: una respuesta al estrés laboral crónico, muy frecuente en estos profesionales y una de las principales patologías de origen psicosocial que padecen, causando un importante nivel de ausentismo y abandono de la profesión.

Así considerado, el síndrome de Burnout se compone de un conjunto de signos y síntomas que se presentan en paralelo, conformando una enfermedad o alteración de la salud. Por lo tanto, Ferreira y otros (2001) y Bueno (2000) afirman que este conjunto de signos y síntomas reconocen diversas causas.

Muchas veces, el Síndrome de Burnout comienza a partir de que el profesional desarrolla expectativas altas y luego de no alcanzarlas, termina construyendo una valoración negativa de sí mismo, desarrollando sentimientos y actitudes negativas. Como consecuencia de esta situación, el profesional

pierde el significado del compromiso con el trabajo y el contacto directo con el cliente, percibiendo como desproporcional su inversión personal en relación al reconocimiento alcanzado.

Además, el desarrollo de Burnout está influenciado por muchos factores interrelacionados: las características del individuo, la naturaleza de trabajo y la organización.

Pérez Jáuregui (2005) considera estos factores en sus diferentes niveles:

- Nivel individual: la personalidad normal como el modo individual de relacionarse en el trabajo.
- Nivel del grupo: retrata el trabajo en equipo.
- Nivel organizativo: la organización social necesaria para lograr comportamientos efectivos y creativos, de acuerdo a sistemas de gestión que permitan cambios en el sistema y no fuercen a cambiar a las personas, así como tender a satisfacer las necesidades de nivel inferior (fisiológicas) y de nivel superior (autorrealización).

Por lo tanto, el placer y la satisfacción en el trabajo también contribuyen a la autorrealización del individuo y su bienestar, a través de perspectivas de progreso y desarrollo personal (Kanaane, 1995).

En el mismo sentido, Detoni (2001) afirma que la salud del trabajador está condicionada por su satisfacción en el trabajo, y para Dejours (1992), es el contenido del trabajo la fuente de satisfacción del individuo. Siguiendo la misma línea, Kanaane (1995), destaca que aunque el trabajo sea gratificante y realizado con empeño, demanda energía, concentración y capacidad de razonamiento, esfuerzos que provocan desgaste físico y/o mental, impactando en la calidad de vida del trabajador.

Sin embargo, el trabajo que no representa ningún sentido provoca sentimientos de indignidad, inutilidad y descalificación; sentimientos que conducen al cansancio, insatisfacción y a la evasión, conjuntamente con fatiga, insatisfacción, frustración, angustia, temor, ansiedad y agresividad (Silva, 2000).

Teniendo en cuenta la fuerza que la organización del trabajo ejerce en el individuo, Benevides (2002) la expone como un mecanismo impactante en el aparato psíquico. Silva (2000) apunta que este sufrimiento surge de determinadas condiciones específicas, logrando el choque entre una historia individual construida de proyectos, de esperanzas y deseos y una organización del trabajo que no los consideraⁱⁱ.

Pérez Jáuregui (2005) explica que los programas de prevención del estrés laboral se concentran en el propósito de las experiencias, las condiciones de trabajo y las características de la organización, así como en las particularidades de la labor realizada, como una manera de rescatar los indicadores de la enfermedad.

La autora afirma que para ejecutar estos programas de trabajo hay que considerar además otros puntos como: la naturaleza específica de la tarea del profesional; el contexto del trabajo o el ambiente en que se desenvuelve el profesional; las relaciones interpersonales, identificadas en la interacción social del individuo con el equipo de trabajo, supervisores y clientes, y por último, los factores individuales, reflejados en las limitaciones y en el potencial del individuo.

Por ejemplo, se identifica el Burnout en los individuos que son expuestos a jornadas de trabajo extensas, sobrecarga de tareas, presión y falta de dominio en la planificación de las tareas a realizar ya que se encuentran fuera de poder participar en la toma de decisiones (Freitas, 2010).

Para (Limongi y otros, 2009) existen cinco categorías relacionados al trabajo que afectan el comportamiento de los individuos, originando el Burnout:

I. Factores intrínsecos al trabajo: jornada de trabajo extensa, nuevas tecnologías, sobrecarga, calidad de trabajo, riesgos.

II. Rol en la organización: compromiso con los bienes y personas dentro de la organización.

III. Carrera: falta de desarrollo, falta de seguridad o frustraciones.

IV. Estructura y clima organizacional: falta de participación, estilo de gestión, falta de comunicación.

La situación de estrés también puede ser detectada dentro de una organización a través de huelgas, retrasos constantes, las altas tasas de enfermedad, bajo nivel de esfuerzo, relaciones de sabotaje entre los empleados (Limongi y Otros 2009).

En síntesis, los autores caracterizan Burnout como un proceso dinámico, de progreso gradual y acumulativo, capaz de corroer la relación con la labor profesional debido a la consecuente disminución general de energía personal en el individuo y su alejamiento de todas las actividades que anteriormente percibía como normales (Malagris y Otros 2006; Reinhold, 2002).

3.3.2 Componentes del Burnout de acuerdo a Maslach

A los fines de definir mejor el Síndrome de Burnout, en este apartado se abordarán los estudios desarrollados por Christina Maslach, quien se dedicó al desarrollo de instrumentos para comprobar el nivel de estrés y Burnout de los trabajadores.

La psicóloga social Christina Maslach estudió la forma en que las personas reaccionaban ante la estimulación emotiva en su trabajo, llegando a conclusiones similares a las de Freunderberger (1974, citado por Carlotto y Camara, 2008). Catedrática de psicología en California, Estados Unidos, es considerada una de las principales líderes en la investigación sobre el síndrome de Burnout en el mundo, explicando así su definición del problema: "Burnout es el índice del desplazamiento entre lo que las personas son y lo que tienen que hacer. Esto representa una erosión en los valores, dignidad, espiritual y fuerza de voluntad. Una erosión del alma humana " (Maslach y Leiter, 2001, p. 17)

La investigadora estaba interesada en las estrategias cognitivas de despersonalización. El problema en su investigación era la forma en que los profesionales de la salud (médicos y enfermeros) combinaban la aproximación al enfermo con la distancia emocional, evitando así involucrarse con el paciente, utilizando la "deshumanización en defensa propia", es decir, el proceso de protegerse contra las situaciones de estrés respondiendo a los pacientes de forma despersonalizada.

En el modelo de Maslach (1982) y Maslach & Goldberg (1998) se presenta la descripción del proceso de Síndrome de Burnout, a partir primero del cansancio emocional, seguido después por la despersonalización y ocasionando al fin la pérdida o reducción del sentido de realización personal en el trabajo.

El agotamiento emocional (EE) se distingue cuando los profesionales manifiestan sentimientos de que no pueden dar más de sí mismos a nivel afectivo, perciben estar agotados física y emocionalmente, debido al contacto

diario con los problemas. Además puede manifestarse agotamiento mental (Sousa 2006 Y Pérez Jáuregui 2005).

La despersonalización (DP) se basa en el desarrollo de sentimientos y actitudes negativas y cínicas que afectan al equipo de trabajo, supervisores e incluso al cliente (Sousa, 2006). Pérez Jáuregui (2005) amplia que la despersonalización es percibida como un cambio negativo en las actitudes de las personas, posible de detectar a partir de signos de irritabilidad, agresión, indiferencia.

La sensación de ineptitud e incompetencia personal (PA) se evidencia en pobres relaciones interpersonales, baja autoestima y disminución de productividad. Esta evolución negativa en el trabajo, afecta la capacidad de realizar las tareas y la atención y contacto con el usuario de los servicios y la organización (Sousa 2006 y Pérez Jáuregui 2005).

Según Maslach (2006), el agotamiento emocional se relaciona con aspectos individuales. El nivel individual aparece como un componente básico en la comprensión de Burnout, refiere a la sensación de que los problemas que causan el estrés sobrepasan las capacidades y recursos emocionales y físicos del trabajador. Los antecedentes de esta situación son la sobrecarga de trabajo y el conflicto intrapersonal (Maslach, 2006; Sousa, 2006).

La despersonalización es un componente que remite al contexto interpersonal de Burnout; cuando sucede, en lugar de dar lo mejor de sí mismas, las personas realizan lo estrictamente necesario para su supervivencia en el trabajo (Maslach, 2006; Sousa, 2006).

Como forma de entender los componentes del Síndrome de Burnout planteados más arriba, Maslach & Jackson desarrollaron el instrumento conocido como: Maslach Burnout Inventory (MBI). Esta herramienta permitió a Maslach obtener datos de diferentes muestras en las tres escalas: EE, DP, PA. Cada escala posee 35 preguntas, que deben ser contestadas en entre 15 y 20 minutos y los valores asignados a cada elemento son compatibles en términos de intensidad y frecuencia.

También Maslach (2006) y Sousa (2006), muestran que la necesidad de evaluar Burnout en otras ocupaciones hizo que se desarrollara la versión MBI-GS-Maslach Burnout Inventory. Este estudio evalúa las tasas Burnout según las puntuaciones de cada dimensión, siendo que altas puntuaciones en

agotamiento emocional e incredulidad y bajas puntuaciones en eficacia profesional (inversión de escalas) indican altos niveles de Burnout.

Gil y Peiró (1997) indican lo importante que es evaluar el MBI (independientemente de su versión) como un constructo tridimensional, es decir, considerando siempre las tres dimensiones.

En otros países, los estudios de validación de MBI son muy utilizados siguiendo la misma distribución factorial del original. En el marco de la escasez de estudios de MBI en Brasil, este trabajo toma como referencia una investigación realizada a partir de una muestra de estudiantes universitarios. La muestra fue compuesta por profesores que se desempeñan en instituciones de nivel inicial, medio y superior. A través del análisis factorial, las variables categorizadas fueron el desgaste emocional, la despersonalización y la realización profesional, variables coincidentes con las tres dimensiones originalmente identificadas por el inventario MBI.

3.4. LA ENFERMERÍA Y LA ASISTENCIA AL PACIENTE

3.4.1 Comprendiendo la atención de enfermería al paciente

La práctica profesional se enfrenta a menudo con un mundo social exigente. En este contexto, el enfermero suele desempeñar su rol significándolo como una profesión crucial en la construcción de una asistencia calificada para la salud.

Cohn (1998) considera que para formular una política de salud y establecer un sistema compatible con la realidad, es necesaria la presencia decisiva del Estado, con su rol en la redistribución de recursos considerando el interés colectivo, promoviendo y consolidando un modelo de solidaridad social y permitiendo que cada ciudadano tenga garantizado el acceso a la atención a través de servicios privados y estatales.

Además, la Constitución brasileña coloca a la salud como un derecho de los ciudadanos y un deber del Estado. Sin embargo, la realidad muestra las dificultades en la efectivización plena de este derecho para determinados grupos sociales, de acuerdo a su nivel socioeconómico.

Pensando en salud y prevención, según estudios realizados por Stédile (1996), gran parte de la población cree que salud y enfermedad son fenómenos "dicotómicos" e invariablemente separados. Pero lo que sucede realmente es que los individuos no son, por lo general, sanos o enfermos de modo excluyente. La Organización Mundial de la Salud (2001) presenta una definición de salud como "un estado de completo bienestar físico, mental y social" y no simplemente como la ausencia de afección o enfermedad.

De esta manera, la salud es el resultado de la interrelación entre los determinantes de las condiciones de salud. La forma en que los servicios de salud se organizan, restringe el campo de actuación profesional a las situaciones en que los organismos ya están manifestando "enfermedades".

La enfermedad, en el moderno concepto de salud, se ha convertido en un obstáculo en el proceso de producción del trabajador, causa de una disminución en la producción, trastornos políticos y económicos. Con ese pensamiento, se visualiza el mantener la salud no como una necesidad básica del individuo, sino como un aporte a la productividad (Geovanini, 2005).

Bajo este punto de vista, el proceso de trabajo en la salud no posee una finalidad específica para la ejecución de la actividad de cada profesional. Como podría ser una reinención de la práctica de enfermería, no sólo en función de curar y prevenir la enfermedad, sino en la planificación, ejecución de técnicas y acciones dirigidas a la comunidad y a la prevención de enfermedades.

El área de enfermería es una profesión que tiene más contacto con el paciente, la vida, la enfermedad y la muerte. De esa forma el equipo de enfermería posee un alto grado de involucramiento con el paciente, desencadenando estados de ansiedad, tensión física y mental. Estos estados, agregados a las malas condiciones de trabajo, pueden repercutir negativamente sobre las acciones proporcionadas por el equipo al paciente (Campos, 2005).

Centrándose en el ámbito hospitalario, el Ministerio de Salud de Brasil propone una política de humanización en la asistencia hospitalaria, política destinada a satisfacer las necesidades biopsicosociales de los trabajadores que actúan en ese medio, además de las necesidades de los usuarios de los servicios hospitalarios. El Ministerio de Salud considera que la humanización del ambiente de trabajo puede reflejar una mejora del servicio del equipo a los usuarios (Brasil, 2001a).

Con los años, la especialización dentro del ámbito hospitalario ha reducido los vínculos produciendo un alejamiento, una despersonalización de las relaciones entre profesionales y usuarios del sistema de salud (FORTES, 2004). En vistas de la necesidad de abordar esta relación profesional de la salud y el paciente, se presenta, entonces, el concepto de humanización en servicios hospitalarios.

El programa de humanización, capturó la reacción de un número significativo de usuarios de los servicios que presentaron quejas de malos tratos en los hospitales, y también falta de atención, largas colas de espera, desorganización y retraso en la asistencia, además de violencia institucional por parte de los trabajadores (Brasil, 2001; Deslandes, 2004).

Ante esta necesidad, en 2001 el Ministerio de Salud creó el Programa Nacional para la Humanización del Hospital (PNHAH), que propone un cambio en el nivel de atención y los servicios prestados. El programa se centra en el

cambio cultural, en ofrecer un servicio hospitalario humanizado, respetando al usuario y al profesional en su singularidad y necesidad.

Además, en este sentido, plantea que el trabajador debe ser valorado y capacitado, creando las condiciones para la promoción de la atención para que las acciones tuvieran más calidad y eficiencia, a fin de que este profesional atendiera al usuario de forma humana y digna (Brasil, 2001 y Fortes, 2004).

Cuando se refiere al ambiente hospitalario, habla de su influencia en la salud del paciente y del profesional de enfermería. Pues el profesional visualiza al hospital como un entorno difícil y estresante, como un ambiente frío, sin vida, con olor a éter, aparatos ruidosos, camillas dando vueltas, gente hablando y a menudo, débilmente iluminado, con colores que no proporcionan bienestar, causa irritación, frustración y mal humor (Vasconcelos Y Guimarães, 2009). Este ambiente puede proporcionar estrés y agravios psíquicos, pues es en ese ambiente que se forman relaciones de trabajo (Lautert; Chaves & Moura, 1999; Amestoy Y Otros 2006; Kirchhof Y Otros, 2009).

Inclusive, la política de humanización, además de incorporar al usuario y sus derechos, incorpora el cuidado de los servicios de salud del empleado, produciendo una mejora organizativa de las instituciones, rescatando los principios de SUS como integralidad, universalidad, jerarquización y regionalización de los servicios (Fortes, 2004 Y Brasil, 2010).

Ferreira (1999) afirma que algunos de los problemas de la enfermería están en la sistematización de la asistencia. Caracteriza el término "sistematizar" como "reducir varios elementos del sistema, agrupar en un cuerpo de doctrina, volver sistemático", es decir, ser metódico, constante con una línea de razonamiento o acción y desarrollar un trabajo que pertenezca a un sistema. El mismo autor define asistencia como el acto o efecto de asistir; dar protección, amparo, sostén; ayuda médica.

Se entiende que sistematizar la asistencia en enfermería (SAE) indica planear las acciones, determinar y administrar cuidados planeados y ejecutados, registrar, y finalmente, evaluar las acciones y así generar conocimiento a partir de la práctica.

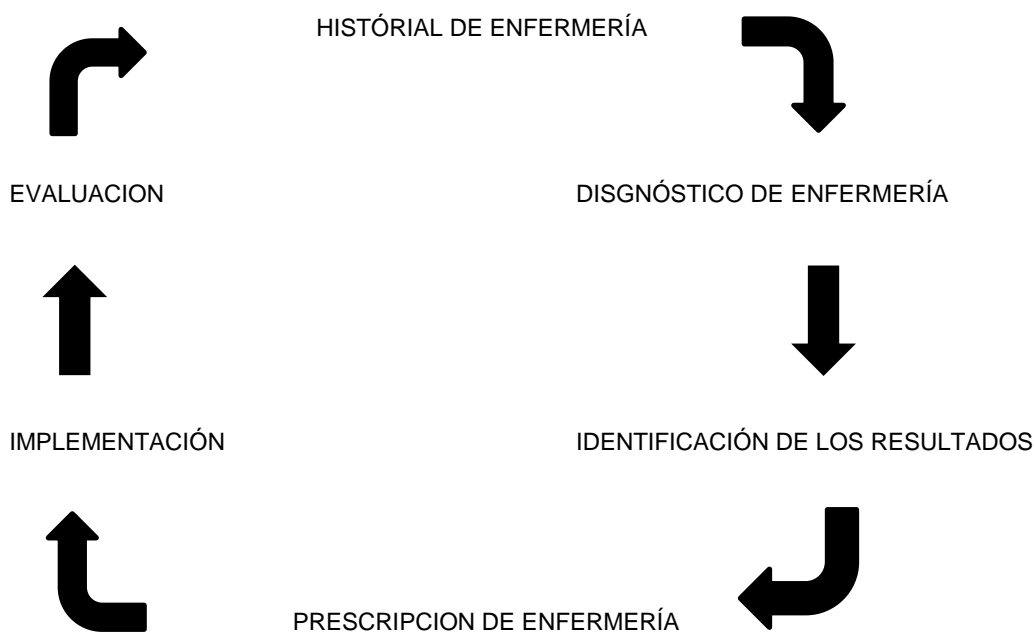
Esa sistematización exige de la enfermería el interés en conocer al paciente como un individuo, utilizando sus conocimientos y habilidades,

además de la orientación y entrenamiento con que debe contar el equipo de enfermería para la implementación de estas acciones (Ferreira y Otros 2001).

La Sistematización en Asistencia de Enfermería (SAE) es considerada como un modelo metodológico necesario para que el enfermero aplique sus técnicas en la práctica asistencial y favorecer la atención al paciente (Bittar y Otros 2006). Es evidente que el Proceso de Enfermería (PE) es considerado la base que sostiene la SAE, puesto que es constituido por fases o etapas que implican la identificación de los problemas de salud en los pacientes, el diagnóstico de enfermería, la institución de un plan de cuidados, la implementación de acciones planeadas y su evaluación.

En la figura 2, puede comprenderse de forma simplificada el proceso de enfermería definido por ANA, consistente en seis etapas:

Figura 02. Seis fases del Proceso de Enfermería:



Fuente de Investigación: (Alexander y Otros, 1997)

El autor mencionado explica ese proceso empezando por la primera fase “Historial de Enfermería”, en la cual los profesionales van a colectar datos acerca del paciente y su familia variando de institución en institución su forma. La colecta de datos debe ser continua, progresiva y sistematizada. La información debe ser amplia, fidedigna y pertinente, teniendo en cuenta las especificidades del cliente y el contexto en el cual se desenvuelve la práctica de enfermería.

La segunda fase del Proceso de Enfermería, es el procedimiento basado en la identificación y clasificación de los datos colectados que deberán ser expuestos para que la atención pueda ser planificada. Este delineamiento de diagnóstico puede ser establecido con el auxilio de North American Nursing Diagnosis (Nanda).

La tercera fase se basa en la identificación de los resultados, en los cuales se describe la condición deseada y favorable del paciente, que puede ser alcanzada por las intervenciones de enfermería. La cuarta fase es el planeamiento, que consiste en establecer las intervenciones de enfermería de acuerdo a las necesidades del cliente, para alcanzar los resultados por los

cuales la enfermería es responsable. Son establecidas metas, objetivos, estrategias y acciones.

En la quinta fase, de implementación, es posible la ejecución de acciones planeadas con los procedimientos técnicos, acciones que involucran relaciones interpersonales. Esta fase puede ser subdividida en:

- Pre-implementación, validar la prescripción, preparar los materiales, ambiente y clientes.
- Implementación, ejecución de acción y observación de las respuestas de intervención de enfermería en el paciente.
- Recomposición del material de ambiente del paciente y los debidos registros de las acciones implementadas.

Por fin la sexta fase se compone de la evaluación de la asistencia de enfermería y consiste en la comparación de los resultados obtenidos con los resultados propuestos. La evaluación debe ser continua y debe retroalimentar todas las fases del proceso.

De esa forma, incorporar la SAE es una forma de tornar la enfermería más científica, promoviendo una atención humanizada, continua, más justa y de mejor calidad.

3.4.2 Papel de la enfermera en el cuidado y promoción de salud

El concepto de la enfermería moderna, originado en la obra de Florence Nightingale, reconoce como momento inicial la segunda mitad del siglo XIX, en Inglaterra, y como preocupación principal, la administración de hospitales, la formación enfermeros y la educación en servicios (Almeida y Rocha, 1997).

Nacido en Florencia, Italia, Florence Nightingale comenzó sus estudios en un curso de capacitación en Alemania a los 31 años, debido a la oposición de su familia. Por su dedicación a los heridos de la guerra, recibió un premio del gobierno inglés con el cual fundó en 1859 en el Hospital Saint Thomas, la primera escuela de enfermería que haya existido. Trabajó hasta los últimos

días de su vida y murió a la edad de 80 años, el 13 de agosto de 1910 (Lima, 2005).

Con la evidencia legada por la participación de Florence en la guerra de Crimea, se comprobó la necesidad de organizar y dirigir los hospitales militares de Scutari, el sector asiático de Constantinopla (Turquía), donde muchos heridos y enfermos (por luchar en la guerra de Crimea) se instalaron entre 1854 a 1856, junto con 38 enfermeras voluntarias. Al poco tiempo de llegar las enfermeras, disminuyó la tasa de mortalidad entre los hospitalizados del 40% al 2%.

Hasta entonces, en estos hospitales de campaña se registraban altos índices de muertes de las tropas y pocas medidas eran tomadas con respecto a la atención de los heridos (Almeida y Rocha, 1997). De acuerdo a estas autoras, la enfermería se institucionalizó por la necesidad social de organizar los hospitales militares.

Basado en la transformación de los conocimientos médicos del hospital, el trabajo de enfermería que antes se limitaba a confortar el alma de los enfermos con propósitos religiosos, empieza a direccionar sus actividades hacia el cuidado del cuerpo, la cura del paciente y su reintegración en la esfera social productiva, es decir, la recuperación individual del cuerpo social.

Como afirman Almeida y Rocha (1997), esta re significación de la actividad se dio en tres direcciones: organización de la atención al paciente, a través de la sistematización de las técnicas de enfermería; organización del actualmente llamado ambiente terapéutico a través de mecanismos de purificación del aire, limpieza, higiene y otros, y por último, organización del personal de enfermería, haciendo uso de técnicas y mecanismos disciplinarios para su entrenamiento.

Debido a la influencia de Florence, ganó lugar la disciplina y la jerarquización en el trabajo de enfermería, con los mecanismos disciplinarios como instrumentos del sistema de educación nightingaleano, delimitando el espacio social que cada trabajador de la salud debe ocupar en las jerarquías del micro-poder-hospitalario. Gomes y otros (1997) afirman:

En los primeros diez o quince años después de su fundación, la escuela Nightingale recibía de hospitales de todo el mundo solicitudes de envío de enfermeros graduados con el fin de establecer nuevas escuelas. Eso muestra totalmente las necesidades de la época y se

permite entender que Florence, desde el principio, formó en la máxima que los estudiantes fueren capacitados para capacitar, y que por lo tanto, debían egresar como pioneras y supervisoras [...] (p. 247).

También de acuerdo a Gomes y otros (1997) desde la institucionalización de la enfermería moderna, la ejecución de la actividad administrativa está presente en la división técnica del trabajo:

[...] La escuela admitía dos tipos de enfermeras: las destinadas a tareas de supervisión y enseñanza, llamadas *lady-nurses*, por poseer alta posición social, y las que prestaban atención directa, las *nurses*, de nivel social inferior. El curso tenía una duración de un año y la enseñanza era hecha por médicos y por las hermanas del hospital, en clases de anatomía, química, gastronomía, abreviaturas latinas y enfermería. Con motivo de la aparición de la enfermería moderna, este saber se formalizó en Inglaterra alrededor de 1900, cuando se modificó la duración del curso, se agregó el requisito de un año de instrucción para estudiantes especiales (*lady-nurses*), incluyendo clases de gestión, liderazgo y dos años de práctica. A las estudiantes comunes (*nurses*) no se las formaba en administración y su curso consistió en un año de instrucción, además de tres años de práctica supervisada^{iv} (p. 248).

Basadas en la experiencia de la enfermería en la actualidad, las estadísticas COFEN (2006) indican que el número de enfermeros registrados en Brasil es de 116.457, representando el 13,3% de la fuerza laboral total de enfermería registrado en el órgano.

Los enfermeros constituyen una familia ocupacional identificada en el nuevo Código Brasileño de Ocupaciones (CBOS) del siguiente modo:

- Enfermero Auditor
- Enfermero de a Bordo
- Enfermero de Intensiva
- Enfermero de Nefrología
- Enfermero de Neonatología
- Enfermero de Guardería
- Enfermero de Salud Pública
- Enfermero Partero
- Instrumentador de Quirófano

Las escuelas de enfermería ofrecen actualmente muchas asignaturas en común con la carrera de medicina, existen más de 60 instituciones de educación superior en todo el país que dictan la carrera de enfermería, con por lo menos diez áreas de especialización. En general, el enfermero organiza los servicios de enfermería en hospitales y clínicas, además de supervisar el trabajo de los técnicos.

El Día del Enfermero fue instituido por el Presidente Getúlio Vargas en 1938, se celebra el día que nació Florence Nightingale, considerada la fundadora de la enfermería moderna. Además de esa fecha, la profesión también celebra la “semana de enfermería brasileña”, establecida por el Presidente Juscelino Kubitschek; por lo tanto, del 12 al 20 de mayo, los consejos regionales promueven reuniones, conferencias y otras actividades para evaluar y promover la profesión.

Como pionera de la enfermería brasileña se reconoce a la profesional Ana Justina Ferreira, nacida en Cachoeira, Bahia, el 13 de diciembre de 1814. Conocida como Ana Neri, atendió a los heridos de la guerra del Paraguay (1864-1870), luego de que sus hijos fueran enrolados. Improvisó hospitales y no midió esfuerzos para asistir a los enfermos. Así, la primera escuela de enfermería fundada en Brasil llevó su nombre. Ana Neri murió el 20 de mayo de 1880 (Lima, 2005).

Retomando la actualidad de la profesión, Matsumoto (2010) resalta la tendencia expansiva de apertura de cursos e instituciones de educación en enfermería desde los años setenta. Para satisfacer la escasez de enfermeros, la fundación de escuelas fue vista como solución, en el contexto de una política gubernamental de expansión de vacantes y acceso de las clases medias a la educación superior.

En este mismo periodo se experimentó también el crecimiento y desarrollo del sector médico asistencial privado, dejando como herencia la polarización del área entre médicos y asistentes y un déficit de enfermeros y auxiliares de enfermería. En 1956, los enfermeros representaban un 11,3% de la fuerza laboral en el área de enfermería, en los años 80 este porcentaje cae a 8,5%.

Entre 1970 y 1985 hubo un crecimiento del 210% en el número de instituciones de formación en enfermería. En 1990, el número de escuelas era

de 102, alcanzando 181 en 2000 (Geovanini, 2005). Sin embargo, en los años noventa el escenario de la enfermería fue marcado también por la tendencia general del mercado de trabajo al desempleo, la tercerización y el trabajo informal, influyendo en la pérdida de calidad del empleo (Rocha y Almeida, 2000)

En el contexto de esa pérdida de calidad del empleo, se produjo un aumento en el acceso de estudiantes a la universidad en carreras como medicina y odontología. Por el contrario, la enfermería sufrió una reducción o estabilización de estudiantes. Algunos análisis poco optimistas señalaron que el riesgo de extinción de la profesión, explicado por la baja demanda, y por otro lado, la deserción (Scalco y otros, 2010).

Basado en la problemática anterior, la gestión actual del Consejo Federal de Enfermería (COFEN) desarrolló un plan estratégico enfocado en el progreso eficaz de sus acciones. A través de la Resolución n° 33 del 03/01/2010, se constituyó la Comisión de Apoyo al Planeamiento Estratégico, nombrando como Preceptor al Dr. Sérgio Luz, como Coordinadora a la Dr^a. Simone Diniz y para apoyo operacional a la Sra. Juliana Gomes.

Se propuso como proyecto:

Misión: Garantizar el ejercicio de la enfermería, asegurando la calidad de la atención a la persona, la familia y la comunidad, de acuerdo a un compromiso ético y a la valoración profesional.

Valores:

- Valorización de la enfermería;
- Ética;
- Los derechos humanos y el bienestar profesional;
- Estímulo el desarrollo científico técnico;
- Actitud proactiva;
- Responsabilidad;
- Honestidad;
- Justicia;
- Competencia;

Visión: Ser reconocidos por profesionales de la enfermería y la sociedad como un organismo de excelencia en su misión.

Objetivos:

- Desarrollar e implementar la política de gestión de personas;
- Optimizar la gestión financiera, para prever el aumento del resultado operacional;
- Transferir y optimizar los servicios en Brasilia;
- Alinear los procesos internos de la nueva estructura organizacional;
- Ampliar las relaciones con los profesionales y la sociedad;
- Crear mecanismos de estímulo a la investigación y desarrollo profesional.

Durante años la actuación de los enfermeros se asoció al modelo de gestión tradicional y se basó en las contradicciones generadas por una estructura rígida, excesivamente especializada, con funciones de rutina, sin una reflexión crítica de su propia práctica (Waldon, 1999).

El enfoque mecanicista y simplificado de aprender la asistencia al ser humano, a pesar de la creciente búsqueda de la integridad de las acciones en salud, se concibe en pedazos/fragmentos. Por ello, nuevos criterios vinieron a contribuir a la comprensión de la atención como un fenómeno dinámico, circular e integrador (Lima, 2005).

La actuación del enfermero profesional implica, por un lado, conocimientos relacionados a los resultados macroeconómicos y políticos, y por otro lado, micro espacios en los cuales ocurre la relación/interacción enfermero-paciente, el desarrollo del enfermero como profesional de la salud (Figueredo y Carvalho, 1999).

Pensando en esta perspectiva, el trabajo en el área de salud es amplio, de múltiples dimensiones y consta de una red de relaciones e interacciones sociales. Es importante tener en cuenta la objetividad y la subjetividad inherente al trabajo en salud, considerando que su objeto son seres humanos cuyas intervenciones técnicas siempre son producto de relaciones interpersonales (Waldon 1999).

En el sistema de atención, la función del enfermero en la Política Nacional de Atención Básica de Salud (conforme dispuesto en la Resolución

GM 648/2006 del Ministerio de Salud) abarca las acciones de enfermería dirigidas a individuos, familias y sociedad, que tienen por finalidad garantizar la asistencia integral para la protección y prevención de enfermedades, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y mantenimiento de la salud en diferentes espacios sociales y en todas las fases del ciclo de vida (Stein Backes y Otros, 2005).

Las acciones de enfermería mencionadas incluyen consulta de enfermería, solicitud de exámenes complementarios y prescripción de medicamentos, según los protocolos establecidos por los directores de salud; así como la planificación, gestión, coordinación y evaluación de las acciones desarrolladas por los agentes de salud comunitarios (Camon, 2009).

Al mismo tiempo que hace falta prestar asistencia directa al paciente y familia y realizar una acción coordinada con los médicos tratantes, también es preciso dominar cuestiones burocráticas y administrativas, aspectos importantes que pueden interferir en el desempeño del profesional.

Stein Backes y otros (2005) señalan que es necesario que el enfermero ocupe un espacio estratégico que posibilite una coordinación con el equipo tratante a partir de metodologías participativas y reflexivas, capaces de problematizar la realidad concreta de la organización de los servicios.

La actuación del enfermero en el equipo multidisciplinario de salud constituye el elemento vinculante entre directores, personales y pacientes. Además, el enfermero es considerado el profesional que más valora el saber interdisciplinario.

El enfermero realiza una importante función en la construcción colectiva de la atención, por ser capaz de articular e integrarse ampliamente con todos los profesionales, coordinando el proceso de trabajo en el área de salud (Stein Backes y Otros 2005).

3.4.3 Competencias de los enfermeros

En la actualidad, se observa que el enfermero es contratado por empresas, guarderías infantiles, farmacias, colegios y también en espacios de gestión de servicios de salud. La ampliación de los ámbitos de actuación del

profesional de enfermería provocó el crecimiento de las exigencias de los estudiantes en formación, así como un aumento en el número de plazas en las instituciones de enseñanza de la carrera (Stein Backes y Otros 2005).

Según los datos de *Instituto Brasileiro de Geografia Estatística* (2010), sobre un total de 1.375.238 puestos de trabajo en salud, 39,4% (541.585) pertenecen al equipo de enfermería, divididos en cuatro categorías: los enfermeros; los técnicos de enfermería; los auxiliares de enfermería, y los asistentes de enfermería. Aunque sea representativo en relación al número total de puestos de trabajo existentes en el área salud de Brasil, la absorción de cada categoría de enfermería presenta diferencias significativas. Entre el total de puestos de trabajo de esta área en el país, los enfermeros ocupan sólo el 13%; los técnicos, 9,2%; los asistentes, 15,1%, y como más significativo, los auxiliares con el 62,7% de la oferta, totalizando 339.766 puestos de trabajo.

Los profesionales de la enfermería representan cuantitativamente el grupo más numeroso entre profesionales de la salud. Los datos estadísticos demuestran que la enfermería es esencial para la composición del equipo multidisciplinario de atención sanitaria (Cofen 2013).

Sin embargo, dentro de las dificultades que ha enfrentado el área de enfermería puede mencionarse:

- El riesgo de extinción de la enfermería por la baja demanda de formación profesional;
- Evasión profesional del área;
- Rol de enfermería en el área de salud.

Para identificar y contrarrestar estas tendencias, es necesario construir conocimientos específicos que busquen la autonomía y especificidad de la profesión, enfocando predominantemente la práctica hospitalaria en la lucha contra las enfermedades y la recuperación de la salud, así como buscar autonomía en cuanto profesión sanitaria, tratando de adaptarse a las determinaciones sociales y jurídicas de las políticas de salud y educación. (Camon 2009).

Marcos normativos como la resolución COFEN N° 293/2004, que establece parámetros para el dimensionamiento de los profesionales de

enfermería en las instituciones de salud y señalamientos en cuanto a la adecuación de la cantidad de personal en las instituciones de enfermería, proporcionan condiciones para el aumento del número de profesionales de la enfermería en las instituciones de salud, así como el aumento en el número de escuelas de nivel básico, técnico y superior, para la formación de profesionales de enfermería.

En las últimas décadas, algunos instrumentos jurídicos influenciaron notoriamente la práctica profesional de enfermería y los modos de organización de los procesos de trabajo, sea formalizándolas o estableciendo directrices para el ejercicio de la profesión. Esto influyó para que la enfermería se inserte en la dinámica del desarrollo del modelo de asistencia en salud, sufriendo modificaciones en su campo de desempeño profesional, superando la visión tradicional del enfermero como un profesional que actúa solamente en hospitales (Lima 2005).

El dinamismo y las características del trabajo de enfermería sufrieron el impacto del crecimiento del sistema producción de servicios y de la reforma del sector de salud, que ha provocado cambios significativos en la estructura ocupacional. En el sector público, con la municipalización del servicio de salud se experimentó una expansión de los puestos de trabajo, como por ejemplo a partir del Programa de Salud de la Familia (PSF); la organización de servicios de salud ambulatorios especializados, como los centros de atención psicosocial; servicios de atención a enfermedades infecto-contagiosas; servicios de atención a la salud del trabajador, entre otros.

El fenómeno de envejecimiento de la población también intensificó la prestación de servicios de salud para los adultos mayores, tanto en el sector público como en el privado. Se ha demostrado la misma tendencia en servicios de atención domiciliaria, debido al alto coste de las hospitalizaciones y las tasas de infección hospitalaria.

A continuación se presenta, de acuerdo al Censo (2010), el número de enfermeros por 1000 habitantes y presentados en forma de tabla mediante la especificación de las cinco regiones geográficas de Brasil:

Tabla 01. Enfermeros por región brasileña

Región	Habitantes	Profesionales	Relación [*]
Sureste	80,353,724	137.451	1.71
Sur	27,384,815	44.496	1.62
Centro-Oeste	15,865,678	17.525	1.25
Noreste	14,050,340	57.486	1.08
Norte	53,078,137	14.851	0.94
Total	190,732,694	271.809	1.43

Fuente: Censo 2010.

Sobre esta base, proyectando el desarrollo de la enfermería para el año 2020, de acuerdo al crecimiento económico estimado para Brasil en los próximos 10 años, se hace evidente la necesidad de personal altamente cualificado. En este mismo sentido, el *Plano Nacional de Pós-Graduação* presentó el desafío de alcanzar, de aquí a 2020, el número de doctorados de los países del primer mundo. La posgraduación tiene el propósito de satisfacer y expandir las necesidades tecnológicas, científicas y de innovación a través del conocimiento que se produce en estos programas (Capes, 2010).

La enfermería debería alcanzar también el campo de la investigación, enfocada en los avances tecnológicos y la búsqueda de la excelencia, como clave para el avance y consolidación de la profesión. Los programas de posgrado en Brasil están estructurados según las áreas de concentración, las líneas de investigación, proyectos de estudio y grupos/centros de investigación registrados ante el Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq - Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico). Esta estructura permite preparar profesionales en las prácticas de enfermería en diferentes contextos, conteniendo la diversidad, ya que los profesionales actuales dirigen sus conocimientos a espacios específicos de la enfermería (Blikstein, 2011).

3.5 EL ESTRÉS LABORAL EN ENFERMEROS Y SUS IMPACTOS EN LA ASISTENCIA AL PACIENTE

En primer lugar es importante señalar que al centrarnos en el Síndrome de Burnout en el área de enfermería, se exponen también antiguos problemas de la estructura de nuestras sociedades, como el desempleo, la pobreza y la violencia. Estos factores tienen una relación directa con el proceso de salud/enfermedad de una población.

Los profesionales de enfermería representan cuantitativamente el grupo más numeroso entre los profesionales de la salud. Los datos estadísticos demuestran, de una manera simple, que la enfermería es esencial para la composición del equipo multidisciplinario de salud. El rol del enfermero fue normalmente asociado al modelo de gestión tradicional, fundado en las contradicciones generadas por una estructura rígida, excesivamente especializado, con funciones de rutina, sin una reflexión crítica de su propia práctica.

El enfoque mecanicista y simplificado de las actividades de asistencia de salud al ser humano, a pesar de la creciente búsqueda de la integridad, aún hoy se piensa fragmentadamente. Afortunadamente, nuevos criterios vienen contribuyendo a la comprensión de la atención sanitaria como un sistema complejo, es decir, un fenómeno dinámico, circular e integrador.

En la práctica la función del enfermero implica, por un lado, conocimientos relacionados a los resultados macro sociales, económicos y políticos, y por otro lado, a micro espacios en los cuales ocurre la relación/interacción enfermero-paciente y enfermero profesional de salud.

En las instituciones hospitalarias, la actuación del enfermero es muy compleja, al mismo tiempo que hace falta prestar asistencia directa al paciente, dominar cuestiones burocráticas y administrativas, todo lo cual interfiere en su asistencia al paciente.

Por lo tanto, el rol del enfermero en el equipo multidisciplinario de salud consiste en ser el elemento vinculante entre directores, personal y pacientes. En consonancia con su rol, ha demostrado ser el profesional que más valora el saber interdisciplinario (Stein Backes y Otros 2005).

Virginia Henderson (1997, citado por Anrique y Otros, 2006) coloca como función primordial del enfermero ayudar a los enfermos realizando actividades que contribuyan a mantener la salud y recuperar al paciente.

Esta forma de actuación puede entenderse de acuerdo a:

- Adecuación de los servicios ofrecidos en relación con la cantidad de profesionales;
- Accesibilidad a través de la posibilidad de ofrecer servicios de acuerdo con las condiciones de trabajo;
- Conocimientos y habilidades necesarias de los profesionales;
- Relaciones personalizadas en el cuidado, cortesía, buena comunicación y respeto;
- Seguridad, con el fin de evitar riesgos en los procedimientos y confidencialidad de la información;
- Comodidad y condiciones sanitarias del alojamiento;
- Satisfacción en las relaciones interpersonales y en el uso de tecnologías. Consenso con el cliente en el establecimiento de límites, de acuerdo a criterios de satisfacción del usuario. (Anrique y Otros 2006)

Rodrigues y Ferreira (2011) consideran que en el campo de la salud el estrés ocupacional está muy presente, resaltando que entre todos los profesionales de la salud, los enfermeros son los más expuestos. Dentro de la red hospitalaria, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) son ambientes totalmente estresantes, ya que allí se encuentran pacientes que necesitan atención médica y cuidados de enfermería permanentes. Se caracterizan por rutinas que requieren un gran esfuerzo, instrumentales sofisticados y ruidosos, la mayoría de las veces sin luz en el ambiente y expuestos a la muerte y dolor. También parecería ser que en este ámbito la consideración por las condiciones de trabajo, la motivación y el bienestar de los profesionales de la salud ha sido relegada a un segundo plano.

Según Schmidt (2009), el trabajo de enfermería es muy estresante y puede tener como consecuencia la desmotivación, insatisfacción, ausentismo creciente e incluso abandono de la profesión. De acuerdo a Soares y Mota (2009) el estrés laboral de los profesionales de enfermería es un factor importante, debido a que la profesión supone una intensa carga emocional

consecuente de la relación paciente – enfermero y la responsabilidad atribuida a estos profesionales.

Anrique y Otros (2006) al trabajar con un proyecto de control de atención a los servicios de salud de internados en el hospital municipal de Agudos "Dr. Leónidas Lucero" destacan la necesidad de cambiar los mecanismos de control de la eficiencia y eficacia de los servicios de enfermería. Los autores consideran que ese proceso de mejora debe comenzar a partir del estudio de la oferta y la demanda, así como de la satisfacción de profesionales y usuarios. Explican también que los problemas que contribuyen al aumento del estrés laboral son: enfermedades producto de complicaciones causadas como consecuencia del tratamiento médico, deshumanización e inadecuada distribución de los recursos humanos y materiales.

Además de la lista mencionada, el agotamiento emocional es considerado como un rasgo inicial, que se manifiesta física o psíquicamente, seguido de despersonalización e insensibilidad emocional disimulada del profesional. También se presenta bajo rendimiento, insatisfacción y desaliento (Moreira y Otros, 2009).

En la enfermería, por la indefinición propia del rol profesional, la sobrecarga de trabajo debido a la falta de personal, la falta de autonomía y de autoridad en la toma de decisiones, generan estrés laboral (Moreira y Otros, 2009).

Santos y Cardoso (2010) destacan otras causas que influyen en el estrés en el trabajo de los enfermeros como un componente de agotamiento emocional; refieren a la situación política, el decaimiento de los sueldos, el desempleo, y la obligación de trabajar en más de una institución. Esta situación se evidencia en la despersonalización del profesional y la calidad de su desempeño, que puede verse afectada en los casos que cumplen doble jornada de trabajo.

Los autores consideran, respecto al agotamiento emocional, que los enfermeros encargados de cuestiones de gestión también son blanco de estrés, ya que ellos tratan frecuentemente con situaciones de conflicto. El trabajo nocturno, al interferir en la satisfacción de las necesidades fisiológicas, también puede conducir a cambios negativos en el desempeño profesional.

Stacciarini y otros (2001) clasifican a los agentes de estrés en el entorno laboral como: intrínsecos al trabajo, cuando se habla de inadecuadas condiciones de trabajo, turnos de trabajo, riesgos laborales, la carga de trabajo, entre otros; y los extrínsecos, vinculados al grado de responsabilidad que el profesional tiene sobre la gente y las tareas, así como las relaciones en el trabajo con el jefe, colegas, subordinados y clientes. Además de esta clasificación, el autor considera a la inseguridad en el empleo, debido a la competitividad en las organizaciones, como un factor estresante.

Es posible comprender que el Burnout, en el desempeño profesional de los enfermeros, es vinculado a una variedad de factores generadores de desgaste emocional. Sin embargo, el trabajo también puede ser una fuente de placer y satisfacción cuando se realizan las tareas considerando también el fin de prevenir y cuidar de las necesidades del profesional.

3.6 LA ACTUACIÓN DE RR.HH. FRENTE AL ESTRÉS LABORAL

La promoción y prevención de salud son esenciales para el desarrollo de la sociedad, constituyendo una estrategia conjunta transversal que persigue una mejora en la calidad de vida y la reducción de riesgos. (Brasil, 2007). Para lograr el control y la disminución de accidentes y enfermedades profesionales, es esencial la realización de capacitación educativa para todos los trabajadores involucrados en el sector. La educación en el lugar de trabajo sirve de soporte para que los trabajadores puedan realizar sus funciones con más seguridad y calidad, convirtiéndose en un requisito de todos los servicios de salud (Silva y Zeitoune, 2009).

En la capacitación educativa en salud, el profesional debe ser entrenado para identificar situaciones de riesgo de accidentes y proponer alternativas para la protección de su propia salud y la de otros profesionales, la institución debe tomar todas las medidas apropiadas para facilitar el logro de estos objetivos (Machado y Otros, 2011).

Los mismos autores destacan que las medidas de protección que han sido introducidas son conocidas como precauciones universales, luego reformuladas como precauciones estándar, respaldando recomendaciones a

ser observadas con el fin de reducir los riesgos de transmisión de microorganismos de origen conocido o desconocido para los trabajadores. Es necesario resaltar que las precauciones estándar pueden ayudar a reducir, pero no elimina el riesgo de exposición ocupacional. "Por lo tanto, es necesario que los enfermeros conozcan el proceso de trabajo y los riesgos potenciales a los que están sometidos, para garantizar su seguridad y la del equipo durante la asistencia"^v (Bessa y Otros 2010, P 6).

Ribeiro y Shimizu (2007), están de acuerdo en que para proporcionar seguridad a los trabajadores hay que reconocer la importancia de la prevención de accidentes, así como la promoción de la salud en el trabajo. Si en el siglo XXI los enfermeros todavía absorben cargas y riesgos de accidentes y enfermedades profesionales, deben cultivarse formas para la evolución de las unidades hospitalarias, buscando soluciones urgentes.

Este entrenamiento del personal en la prevención de accidentes a partir de la educación sanitaria de enfermería no consiste solo en transmisión de información, sino en la realización de discusiones intensas, con el objetivo de intercambiar ideas sobre cuestiones relativas a las condiciones de trabajo y minimizar riesgos con eficacia, en la perspectiva de comprender sus experiencias del proceso de trabajo y recibir conocimientos para el mantenimiento de salud y prevención de accidentes, con el apoyo y la presencia de los servicios de educación continua (Castro y Otros 2004).

En la misma línea Pérez Jáuregui (2001) destaca la propuesta humanista existencial centrada en la búsqueda de ofrecer mayores posibilidades al profesional de aprender de los síntomas y causas que pueden provocar estrés laboral. Este saber experimental reflexivo proporcionará el conocimiento de situaciones típicas de desgaste profesional y a partir de allí será posible trazar estrategias de resolución de esos problemas.

De cualquier forma, al tratar la función de RRHH en las intervenciones de salud y del trabajo, se puede entender su rol en el control y la reducción de accidentes y enfermedades profesionales y en la realización de educación para la salud de todos los trabajadores involucrados con el sector. De esta manera, la educación en el lugar de trabajo permite que los trabajadores puedan realizar sus tareas con mayor seguridad y calidad, siendo un requisito para todos los servicios de salud (Silva y Zeitoune, 2009).

Recursos Humanos debe capacitar a los profesionales de la salud para identificar situaciones de riesgos de accidentes y proponer alternativas para la protección de su propia salud y la de otros profesionales; por su parte, la institución debe tomar todas las medidas apropiadas para facilitar la obtención de estos objetivos (Machado y Otros, 2011).

Por todo lo sustentado en el marco teórico de esta tesis, es posible comprender que el profesional es sometido a una variedad de factores generadores de desgaste emocional. Sin embargo, su trabajo también puede ser una fuente de placer y satisfacción cuando existen prácticas de prevención y cuidado de las necesidades del profesional.

4. HIPÓTESIS

Por tratarse de un estudio descriptivo no se formulan hipótesis.

5. MÉTODO / PROCEDIMIENTO

En este capítulo serán abordados los elementos relativos a la metodología adoptada para llevar a cabo el estudio, así como la presentación y análisis de los datos, la caracterización de la población estudiada y el instrumento utilizado para la recolección de datos.

De acuerdo a Rampazzo (2005) la investigación es un procedimiento reflexivo, sistemático, controlado y crítico que permite descubrir nuevos hechos o datos, soluciones o leyes, en cualquier área de conocimiento. Por lo tanto, la investigación es una actividad orientada a resolver problemas a través de los procesos propios del método científico.

José (2002) menciona que la investigación es la actividad central de la ciencia. Proporcionando una aproximación de la realidad a investigar, es un proceso siempre inacabado. La investigación es una indagación, un procedimiento sistemático e intensivo, que tiene como objetivo descubrir e interpretar las variables que se insertan en una realidad determinada.

Además, la investigación científica consiste en el examen crítico de la información existente sobre un determinado fenómeno natural y, en consecuencia la formulación de hipótesis que puedan ser sometidas a una prueba experimental (Espirito, 2007).

De acuerdo a lo presentado, comienzo destacando que la metodología adoptada para este estudio lo define como un trabajo descriptivo transversal con enfoque cualitativo y cuantitativo.

Strauss y Corbin (2008) conceptúan las investigaciones cuantitativas como:

Cualquier tipo de investigación que produce resultados obtenidos mediante métodos estadísticos u otros medios de cuantificación. Puede referirse a investigación sobre la vida de personas, experiencias vividas, comportamientos, emociones, sentimientos, así como al funcionamiento organizacional, fenómenos culturales e

interacciones entre las naciones y, la parte principal del análisis son interpretativas^{vi} (p.10).

Según Silva & Menezes (2000) la investigación descriptiva consiste en dar cuenta de las características de una población determinada o fenómeno y/o el establecimiento de las relaciones entre sus variables. Incluye el uso de técnicas de recolección de datos estandarizadas, como el cuestionario y la observación sistemática. Asume en general la forma de relevamiento.

Para la realización de esta tesis se preservarán los datos de identidad de los participantes, para mantener la confidencialidad y la ética con la empresa estudiada. En búsqueda de otorgar confiabilidad a la información, la investigación se realizará a través de entrevistas dirigidas seleccionadas a partir de los siguientes criterios:

- Equipo de RRHH, por su rol formal dentro de la organización y haber contribuido con la participación activa en diversos aspectos de la implementación del proceso de salud ocupacional de los profesionales;
- Gestión y supervisión de enfermería en el área efectiva del proceso de atención al paciente;
- Otros enfermeros que hacen parte de la asistencia al paciente en la enfermería.

Las unidades de análisis fueron el personal de las direcciones de Enfermería: supervisor, enfermero CCIH y enfermeros asistenciales. N^a: 10 enfermeros, representando el 100 % del universo profesional en el Hospital estudiado.

La muestra es de tipo intencional, no al azar.

Las variables descriptivas son Síndrome de Burnout y atención al enfermo. Se trata de una investigación transversal cualitativa/cuantitativa.

Se aplicaron las siguientes técnicas cualitativas: 1. Observación participante a través del registro sistemático, válido y confiable del comportamiento y conducta manifestada en esa unidad, dado que la muestra trabaja en el hospital, y 2. Entrevistas semiestructuradas en profundidad

basadas en una serie de preguntas guía, teniendo el entrevistador la posibilidad de generar nuevas preguntas para profundizar en conceptos.

En referencia a las técnicas e instrumentos cuantitativos se aplicaron inventarios sociodemográficos, así como el inventario de Burnout (MBI) y el inventario situacional, para observar las repercusiones de la situación sanitaria del enfermero en la atención y el cuidado al paciente.

Una vez completadas todas las entrevistas y cuestionarios, se procedió al examen de la información obtenida. Los datos fueron calculados mediante el uso del software Excel.

A partir de esta investigación se busca agregar valor al desarrollo de profesionales de RRHH con fundamentos empíricos, especialmente en su gestión y en los procesos del cuidado de la salud laboral de los enfermeros, destacando la importancia estratégica de gestión de las organizaciones.

Se pretende ilustrar a través de un estudio de caso, cómo RRHH puede desempeñar un rol destacado en el manejo del proceso de cuidado de la salud de los profesionales de esa área, para fomentar el desarrollo sustentable de las personas y la organización.

6. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

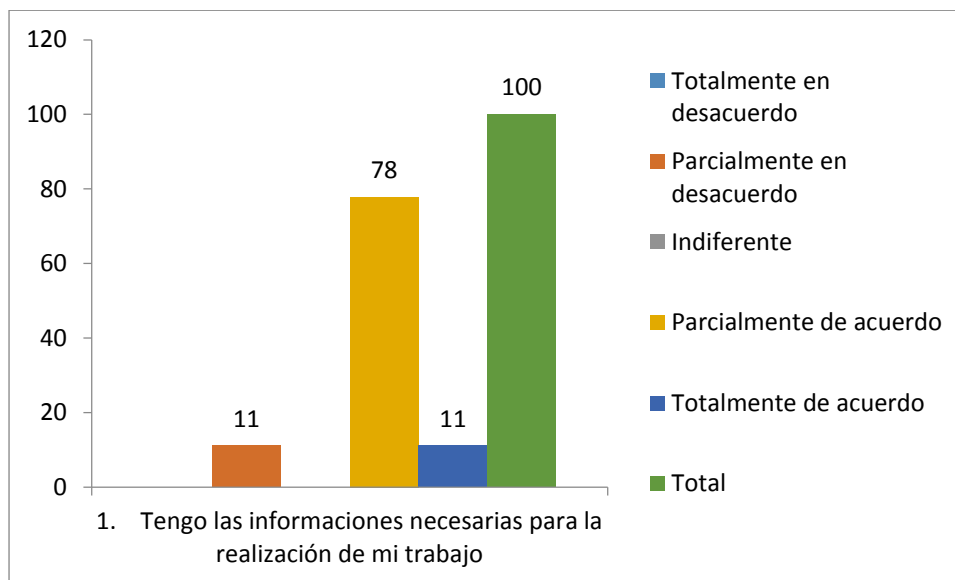
Fueron analizados e interpretados los datos producto de las respuestas de las entrevistas estructuradas que se realizaron entre los días 07/07/2014 y 15/07/2014 y finalizaron entre los días 11/08/2014 y 15/08/2014, de acuerdo a las condiciones de disponibilidad y conveniencia de los participantes y el investigador.

Este análisis tiene como objetivo elaborar y organizar los datos recogidos durante el estudio, basándose en la identificación de las variables de Síndrome de Burnout y atención al enfermo de nuestra hipótesis: el estrés de trabajo/burnout en el desempeño del enfermero genera impactos negativos en la calidad de atención al enfermo.

En la primera etapa de esta investigación se realizó una observación participante a través del registro sistemático y la aplicación del cuestionario, una semana antes del inicio de la realización de las entrevistas. El registro fue elaborado a partir de 20 frases asertivas para medir el nivel de interacción entre las personas del grupo y los aspectos relacionados con la comunicación entre ellos. En este primer momento no fueron medidas las habilidades, solamente las opiniones y percepciones de cada participante en relación a los ítems mencionados.

En la tabla siguiente puede entenderse que el 78% de los enfermeros creen que poseen información necesaria para la ejecución de su trabajo.

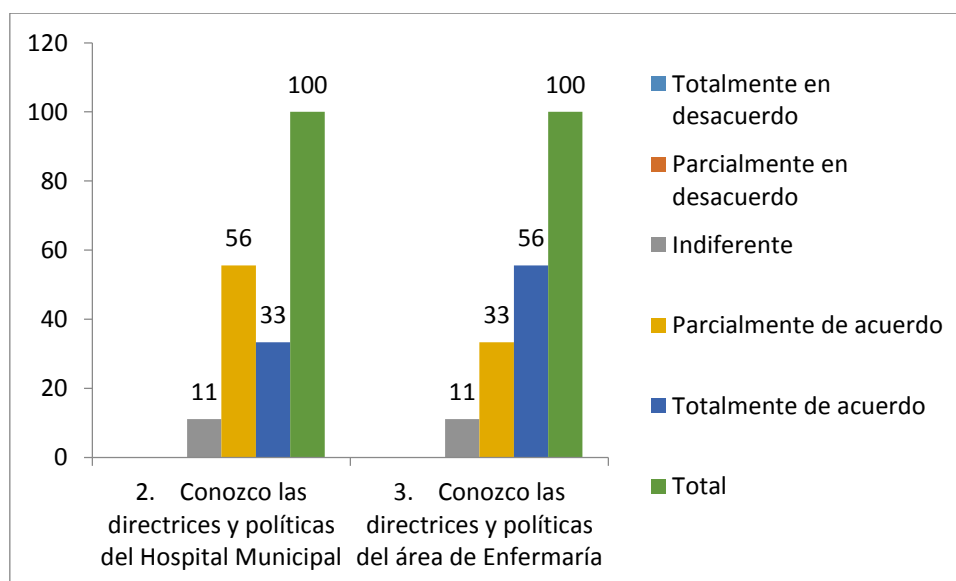
Grafico 01



Fuente: Aplicación de la investigación

En las siguientes tablas es posible mostrar que el 56% y el 33% de los profesionales conocen las directrices y políticas de la institución del área de enfermería.

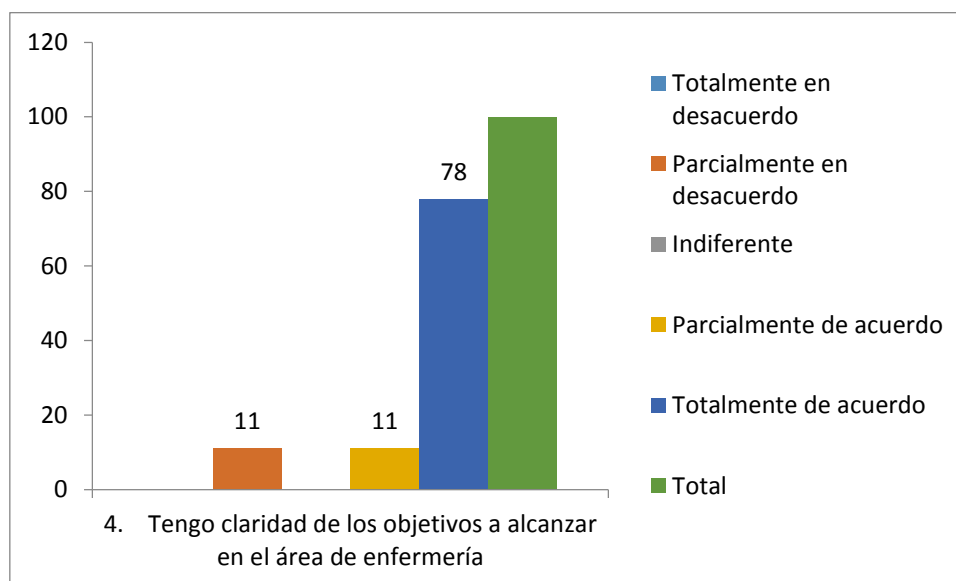
Gráficos 02 y 03



Fuente: aplicación de la investigación

También se observa que el 78% de los encuestados conocen los objetivos a alcanzar en la institución.

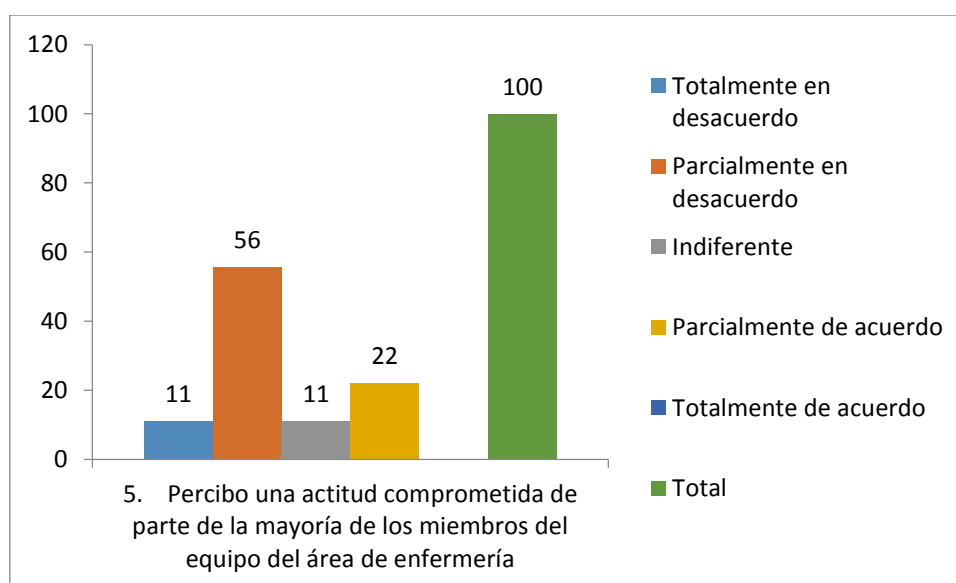
Gráfico 04



Fuente: Aplicación de la investigación

Cuando se les preguntó sobre la percepción del compromiso del equipo del área de enfermería, se muestra que el 56% están “parcialmente en desacuerdo”, mientras que el 22% están “parcialmente de acuerdo”. Estas percepciones son confirmadas en las entrevistas semi-dirigidas con cada interrogado.

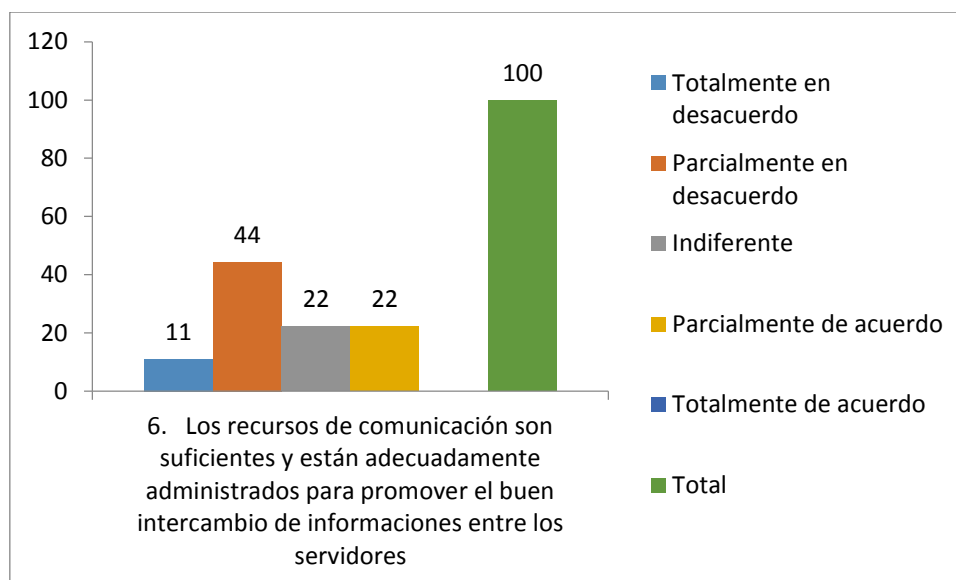
Gráfico 05



Fuente: Aplicación de la investigación

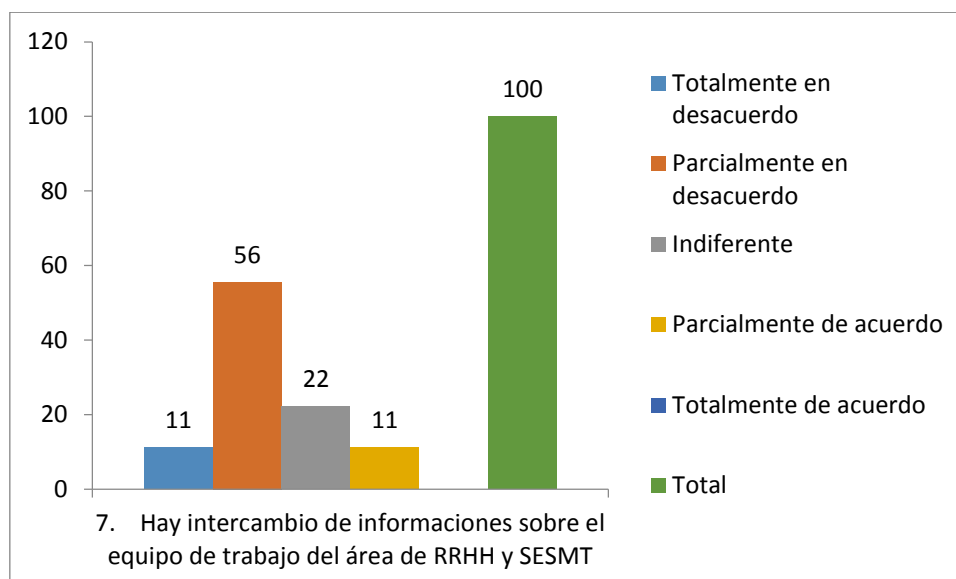
En lo que se refiere a las capacidades de comunicación para el intercambio de información entre servidores, fue posible observar que el 44% están “parcialmente en desacuerdo”, identificándose allí una falla en el proceso de comunicación por parte de la institución.

Gráfico 06



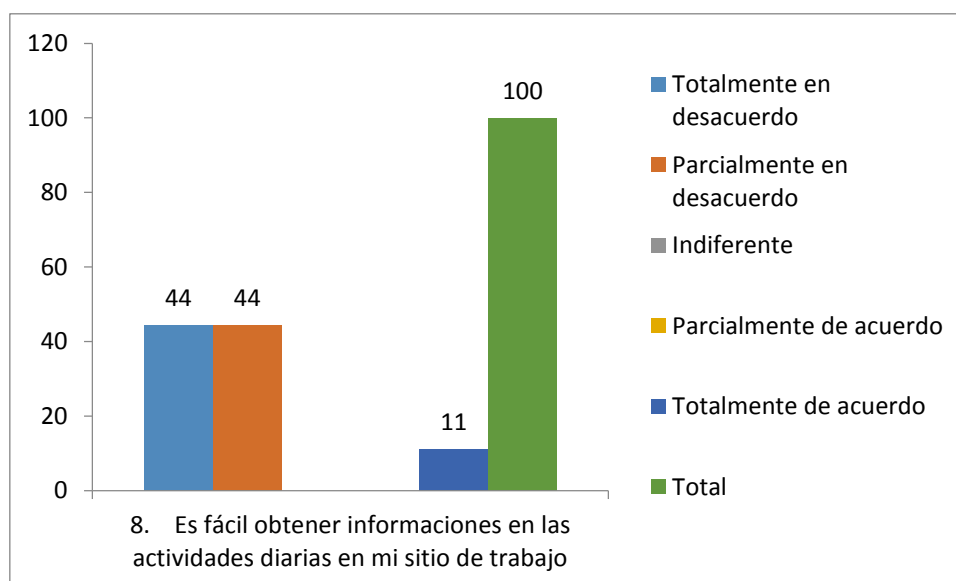
Fuente: Aplicación investigación

Respecto del proceso de comunicación del área de RRHH es posible identificar que el 56% de los encuestados están “parcialmente en desacuerdo”. Es evidente que RRHH funciona más como soporte de las rutinas del Departamento de Personal, en un proceso de admisión y entrega de documentos, control de puntualidad de los empleados, vacaciones y otras rutinas de control burocrático. El área de SESMT (*Serviço Especializado em Engenharia de Segurança e em Medicina do Trabalho*) cumple un pequeño rol en la interacción con los empleados, debido al trabajo realizado por los miembros de la CIPA (*Comissão Interna de Prevenção de Acidentes*) en campañas de prevención y seguimiento de los accidentes de trabajo; pero cuando se trata de la aplicación de exámenes de admisión no se solicitan con criterios que protejan a los empleados, y además, al momento de ser realizada esta investigación, hace un año que no se realizan los exámenes periódicos por la ausencia de un médico ocupacional.

Gráfico 07

Fuente: Aplicación de la investigación

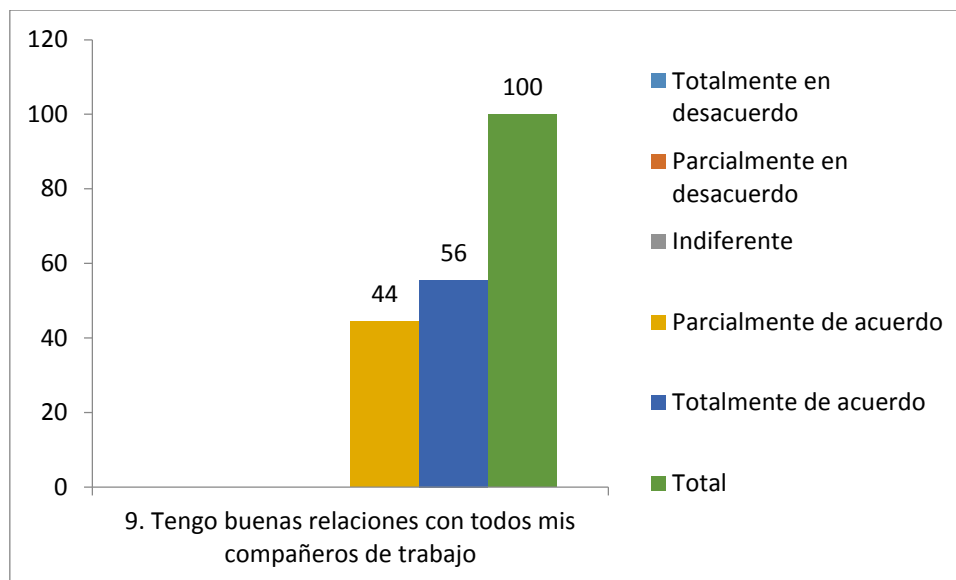
En relación a la facilidad de acceso a la información durante las rutinas diarias de trabajo de los encuestados, se observa que el 44% de los empleados están “totalmente en desacuerdo”; en su mayoría quienes responden así son los enfermeros que coordinan el equipo, ya que cae sobre ellos toda la responsabilidad del turno y aducen que el soporte de la dirección es totalmente deficitario.

Gráfico 08

Fuente: Aplicación de investigación

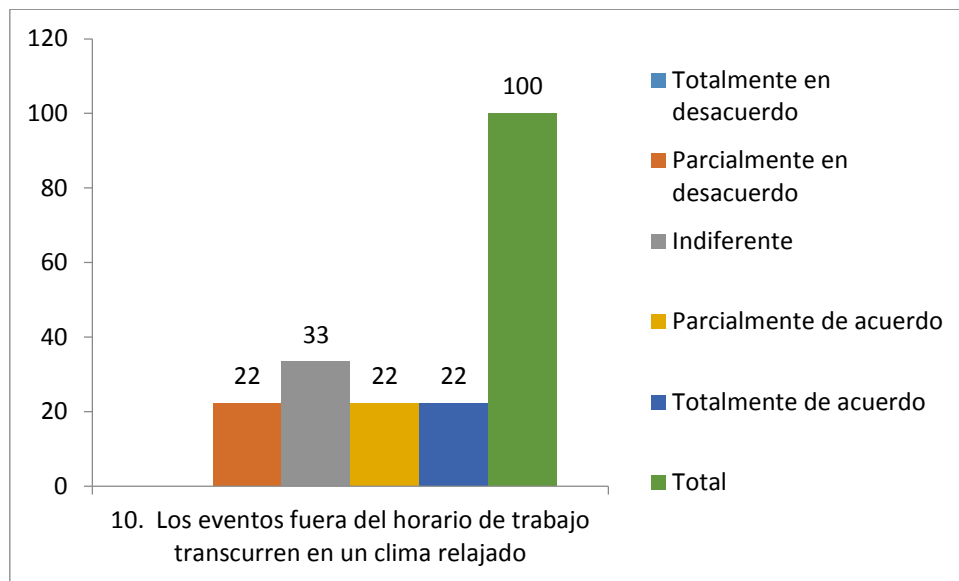
Al ser cuestionados sobre la relación con el equipo de trabajo, se identifica un acuerdo en las opiniones de los encuestados. Se observa que aún con fallas de comunicación, es posible establecer una buena interacción entre el personal de enfermería. Como se expone en el siguiente gráfico:

Gráfico 09



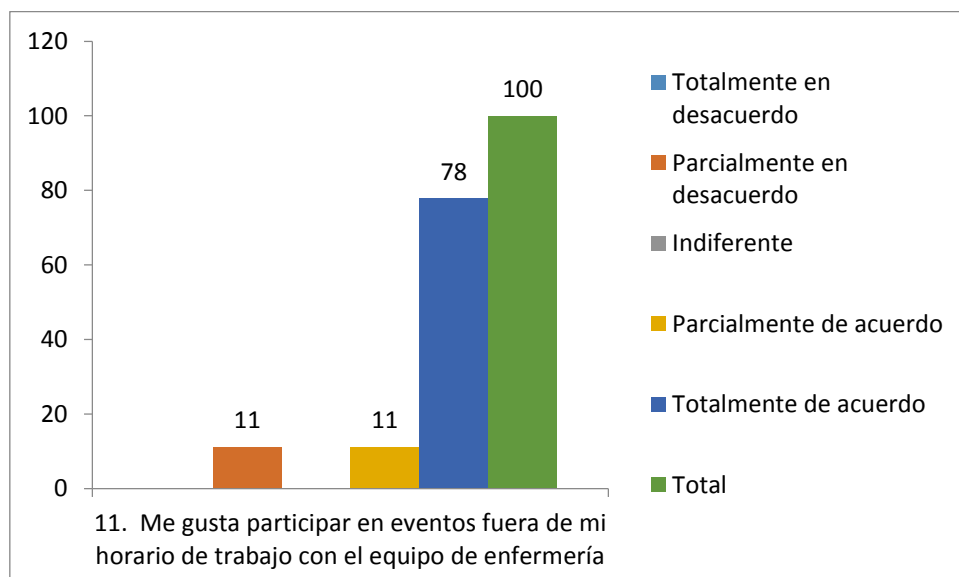
Fuente: Aplicación de investigación

Cuando se mide la participación del equipo en eventos de la institución fuera del horario de trabajo, resulta que el 33% son imparciales en cuanto a la evaluación del clima de relajación, mientras que un 22% cree que a veces la atmósfera es relajada y otro tanto identifica una relajación total.

Gráfico 10

Fuente: Aplicación de investigación

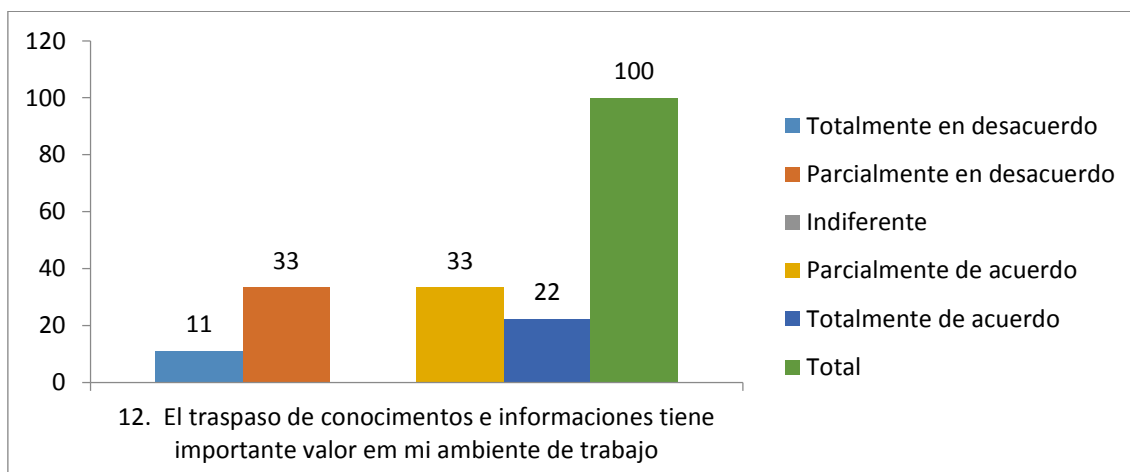
El siguiente gráfico muestra una correspondencia de 44% en cuanto al deseo por parte de los enfermeros de participar en eventos fuera del horario de trabajo con el equipo de enfermería. Sin embargo, hay una distribución del 22% de desacuerdo y acuerdo parcial.

Gráfico 11

Fuente: Aplicación de investigación

Tratándose de la transferencia de conocimiento e información en el área de trabajo, se observa el deseo por parte de los enfermeros en transmitir y recibir nuevos conocimientos e información para mejorar su trabajo. Ello puede ser observado por el 78% de la opinión de los encuestados en el siguiente gráfico:

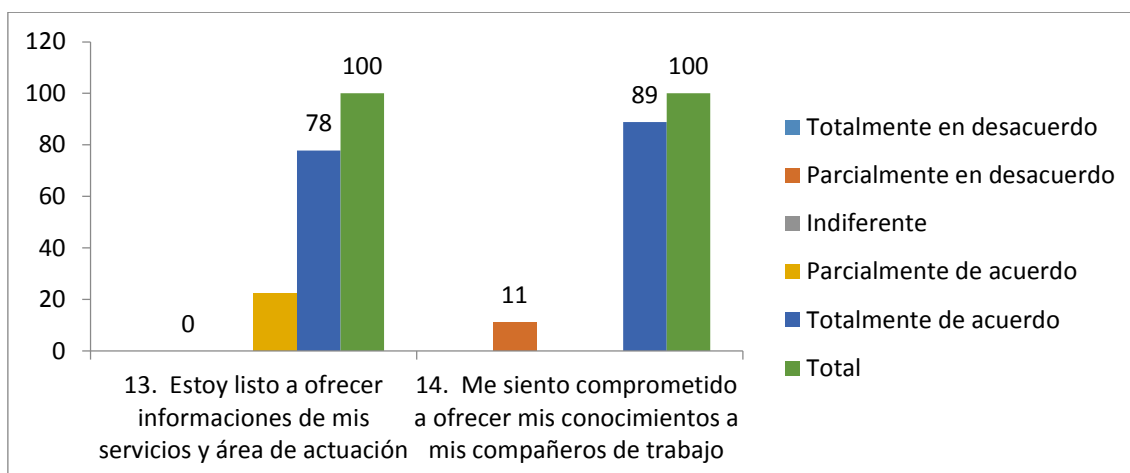
Gráfico 12



Fuente: Aplicación de investigación

Confirmando la receptividad en la transferencia de información, los gráficos 13 y 14 muestran que el 78% de los encuestados también están listos para ofrecer informaciones pertinentes para su equipo de trabajo. Además, un 89% se sienten comprometidos a ofrecer su ayuda y orientaciones al personal cuando sea necesario.

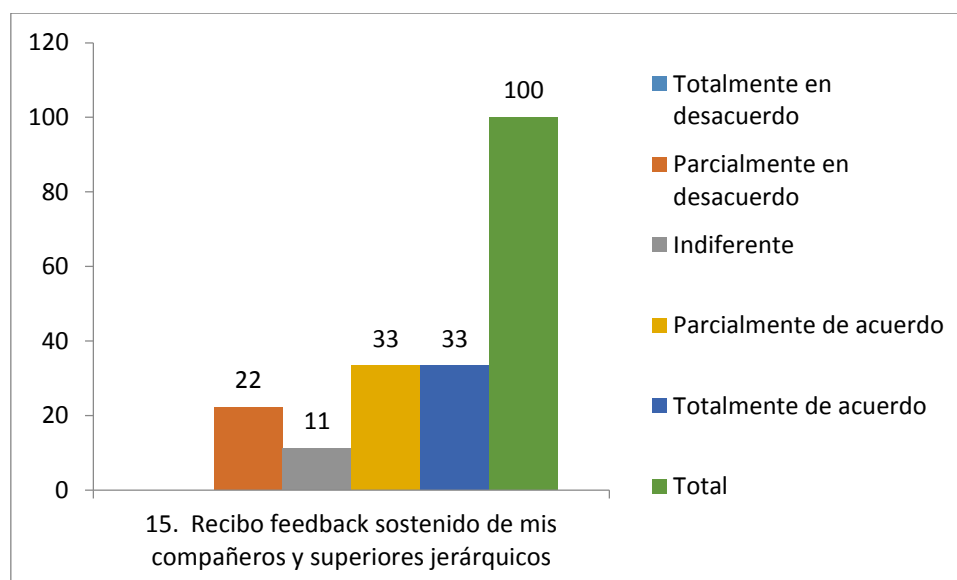
Gráficos 13 y 14



Fuente: Aplicación de investigación

Sin embargo, cuando se identifica el *feedback* respecto al desempeño de la actuación del equipo de parte del superior jerárquico, hay un predominio del 33% de los encuestados en desacordar o estar “parcialmente de acuerdo”. Demostrando que aunque ocurre ese desacuerdo, la comunicación continúa.

Gráfico 15

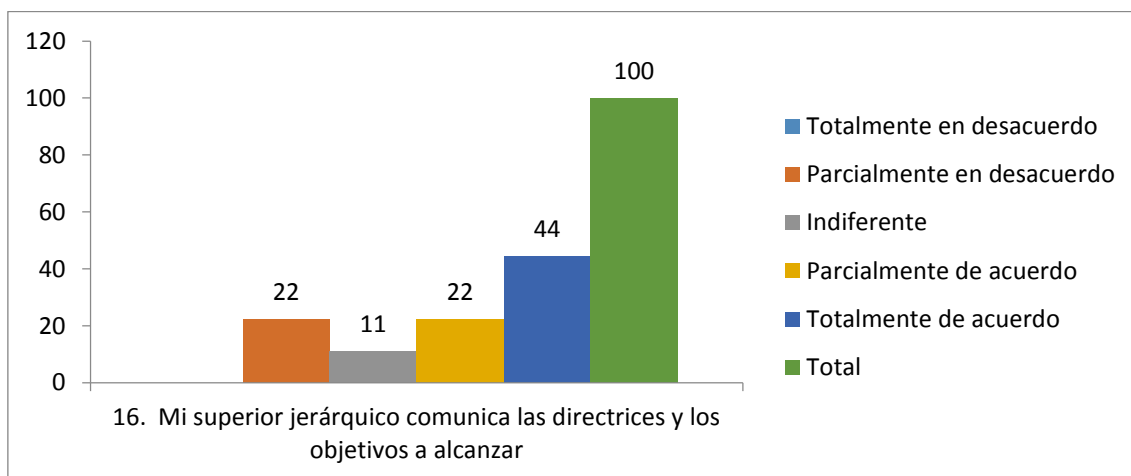


Fuente: Aplicación de investigación

Volviendo a la evaluación del proceso de comunicación con el superior inmediato, el 33% de las personas acuerda totalmente con la interacción, aunque el 22% está “parcialmente en desacuerdo” de ese proceso de comunicación y 11% tratan esa comunicación con indiferencia de opinión.

Estas divergencias de opiniones pueden indicar que cada enfermero trabaja de la forma que le conviene.

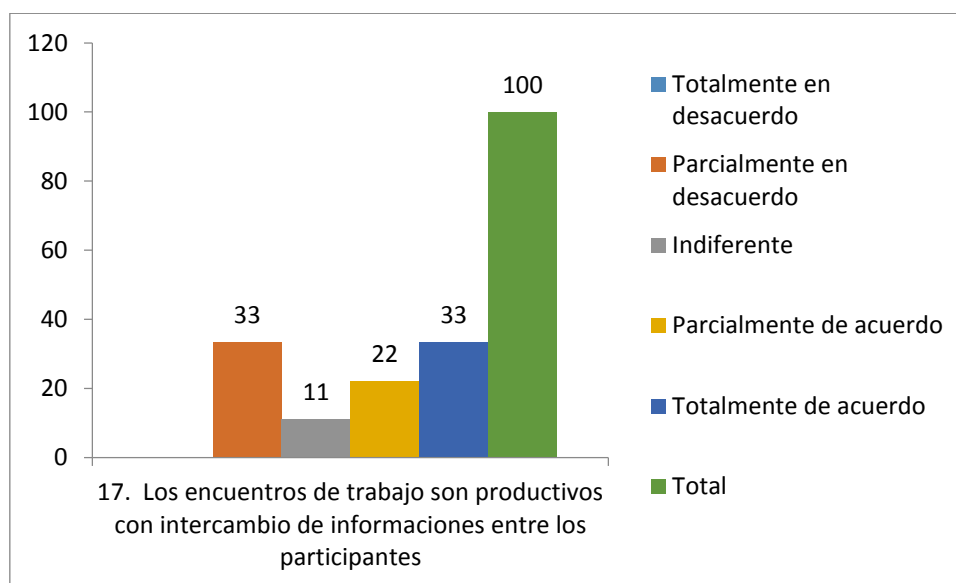
Gráfico 16



Fuente: Aplicación de investigación

Una variedad de opiniones fue encontrada entre los participantes respecto de la productividad en la realización de reuniones, un 33% estuvo “parcialmente en desacuerdo”, y otro 33% estuvo “totalmente en desacuerdo”. De cualquier forma, en la entrevista se descubre que esta variedad pudo suceder porque hubieron pocos momentos de reunión, o por el hecho de que 3 participantes de la investigación tienen solamente tres meses de antigüedad en la institución.

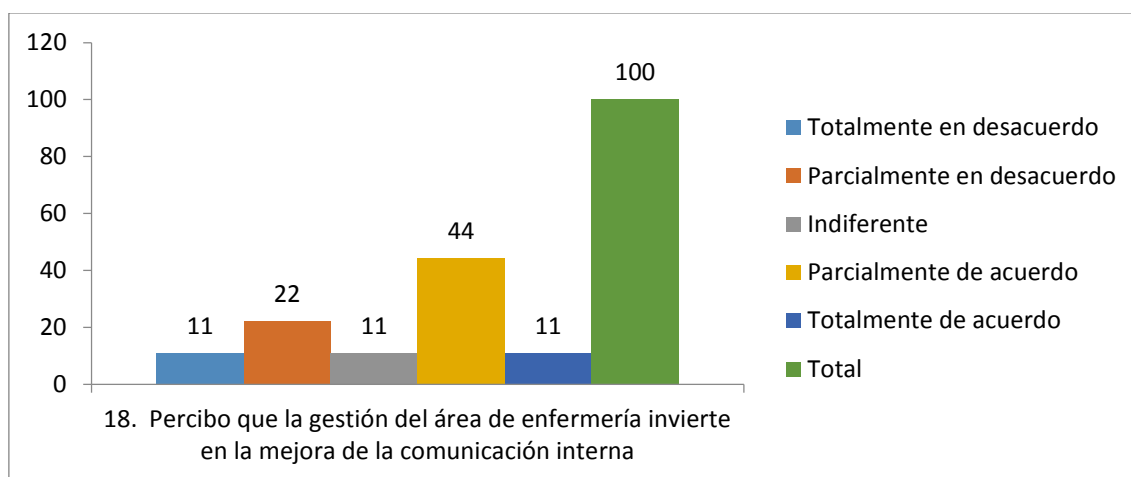
Gráfico 17



Fuente: Aplicación de investigación

Tratándose de evaluar los recursos y el tiempo para la comunicación interna ofrecidos por la gestión de enfermería, se verificaron oscilaciones de opinión. El 44% estuvo de “parcialmente de acuerdo” en la existencia de esta inversión; 22% estuvieron “parcialmente en desacuerdo”, y las demás muestras se dividen en, “totalmente de acuerdo” e “indiferente”. Estas opiniones retratan la necesidad de más inversión por parte de la gestión en el perfeccionamiento de la comunicación interna en el área de enfermería.

Gráfico 18

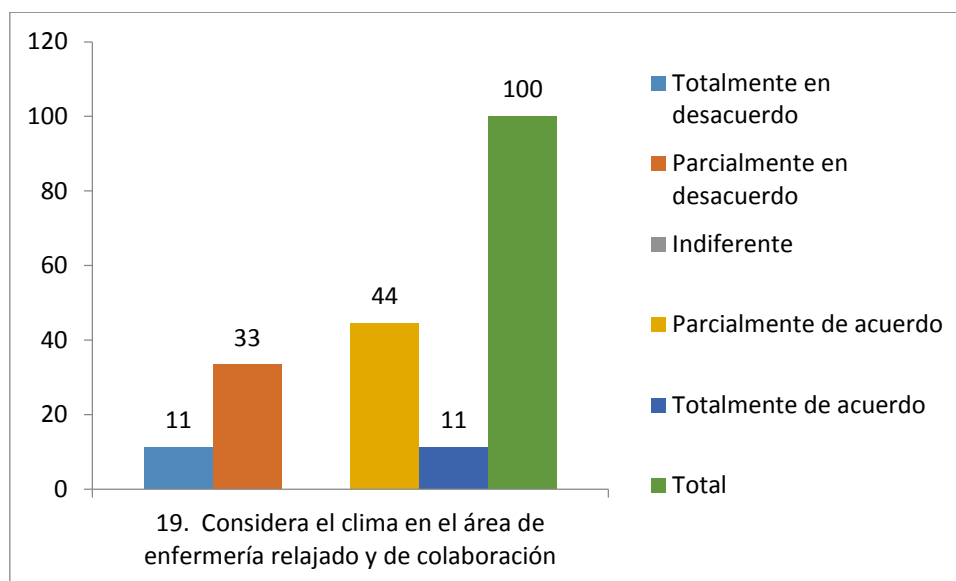


Fuente: Aplicación de investigación

Finalmente se interrogó si las relaciones interpersonales en el área de enfermería son relajadas y de colaboración, constatándose que el 44% estuvo “parcialmente de acuerdo” en calificarlas de ese modo, mientras que un 33% no estuvo de acuerdo.

Esta percepción diferente puede explicarse por el sector específico de actuación profesional y el hecho de que la institución no tiene un plan eficaz de fichaje que determine qué funcionario va a ejercer determinada tarea, produciéndose una rotación aleatoria, un día puede actuar en urgencias, otro día en enfermería, otro día en el quirófano o en ambulatorio.

Gráfico 19



Fuente: Aplicación de investigación

El análisis de resultados tiene como objetivo elaborar y organizar los datos recogidos durante el estudio, centrándonos en nuestro objeto principal (el Síndrome de Burnout) y en vistas de agregar valor al desarrollo de los profesionales del área de RRHH, tanto en lo conceptual como en lo empírico, particularmente en la gestión de procesos del cuidado de la salud de los enfermeros.

Haciendo un análisis global de los datos recogidos se observa que la institución es una organización funcional basada en la especialización de los conocimientos y en la habilidad de los profesionales. A través de esas características las líneas de comunicación y decisiones están descentralizadas, sin una jerarquía definida, siendo el enfermero de guardia de la especialidad el que toma las decisiones, implicando ello una afirmación de su auto concepto y valoración.

Esta situación podría sin embargo provocar un sentimiento de pérdida de autoridad en la alta dirección, en el comando general de la institución e incluso causar efectos no deseables como tensión y conflictos, representando así un desafío entre los distintos profesionales y especialistas.

Sin embargo, en esta organización se comprueba, con los resultados obtenidos, que si bien hay ciertos problemas en la comunicación interna de los profesionales de la institución que serán descritos a continuación, esto no

llega a constituir un factor generador de estrés en los profesionales que participaron de la investigación.

En cuanto al proceso de comunicación del área de RRHH y SESMT es posible identificar que la actuación de RRHH funciona más desde la aplicación de rutinas del Departamento de Personal, como una oficina de admisión y entrega de documentos, control del cumplimiento de horario de trabajo de los empleados, vacaciones y otras rutinas de control burocrático. En el área de SESMT hay interacción con los empleados a través del trabajo realizado por los miembros de CIPA, en campañas de prevención y seguimiento de los accidentes del trabajo, aunque cuando se trata de la aplicación de exámenes de admisión, con regularidad no se solicitan los exámenes reglamentarios a los profesionales.

En la segunda etapa de la investigación se llevó a cabo una entrevista semi dirigida con cada participante de la muestra, con el objetivo de profundizar en la interacción de los enfermeros en los grupos y en los aspectos referentes a la comunicación del área de la enfermería, como factor potencial de estrés laboral que podría repercutir en la asistencia al paciente.

A continuación se presentan las orientaciones de las entrevistas de acuerdo a los objetivos propuestos de investigación:

Al preguntar: ¿Cómo explicaría usted a una persona cualquiera lo que es trabajar en el área de enfermería en el Hospital Municipal de Unaí/MG? Fueron frecuentes las declaraciones de que lo peor del trabajo era la falta de recursos humanos para la prestación de asistencia al paciente, así como acciones limitadas por falta de conocimiento de los recursos:

"Trabajar en el hospital municipal yo diría que es una gimnasia, tienes que multiplicarte por diez para resolver y cargar con toda la responsabilidad en las espaldas. Pues necesitas de ambulancia, pero no hay ninguna ambulancia en el sector, necesitas lugar en la clínica y no tienes, buscas el experto neurólogo, cardiólogo, ortopedista y el cirujano, ni pensar. Para mí es una experiencia que no encontraré en sitio ningún. En otras instituciones en que he trabajado en mi vida, nunca he visto nada en comparación, aquí se carece de todo. Desde el experto incluso el medicamento. Siendo así, tienes que multiplicarte por 30".

"Es un trabajo un poco complicado porque es un servicio público y hay un gran número de pacientes con un número insuficiente de empleados; se convierte en estresante, agotador. Aunque consideramos que es un buen trabajo para las personas que nos gusta, por eso a veces nos sentimos satisfechos en ejecutar los servicios. Al final el trabajo es bueno, pero tenemos que enfrentar muchos problemas y dificultades a diario"

Se observan dificultades en ambos profesionales en la obtención de recursos físicos y humanos para el desarrollo normal de su profesión. El escenario de salud en Brasil realmente presenta estos desafíos debido a las políticas estructurales y a los problemas culturales de las organizaciones del sistema de SUS (*Sistema Único de Saúde*), sistema que otorga derecho a los ciudadanos a todos los servicios de salud pública, regulada por la ley N° 8080/1990 (Gaidzinski, 1998).

Al preguntar cómo los entrevistados sienten su pertenencia al área de enfermería del Hospital Municipal de Unaí /MG, se percibió satisfacción y gusto por la profesión, como puede leerse más abajo:

"El trabajo de enfermería tiene la ventaja de ser un aprendizaje constante, aunque nos deja muy cansadas, puesto que hay que hacer el servicio de otras personas. La enfermera jamás está en un solo sector. A veces tú subes a la enfermería, pero luego tienes que apagar el fuego en la clínica médica o en pediatría. Así que nos sentimos muy agotadas. Lo esperado es que tuviésemos una enfermera en cada sector y en realidad, a veces, hay solo una enfermera por cada hospital y termina siendo un desgaste muy grande"

"Ser enfermera en el hospital municipal, para mí, es un logro profesional. Siempre hay desafíos, porque el equipo todo el tiempo te pone a prueba. Hay que tener mucha paciencia y serenidad con nuestros compañeros y con los pacientes"

A través de los informes anteriores se comprueba que los enfermeros están en permanente adaptación a la calidad de vida impuesta por el trabajo, ya que existe una evaluación totalmente negativa del factor predominante de estrés en el trabajo. Sin embargo, hay variaciones individuales. Por ejemplo, Bianchi (1999) cree que enfermeros de unidades abiertas, como urgencias, evalúan sus condiciones de trabajo como más agotadoras que los de áreas cerradas.

Aunque atravesaron situaciones difíciles, los profesionales encuestados lograron atravesar condiciones de confrontación que les permitieron resolver problemas de la vida cotidiana en el trabajo de forma sana.

Los profesionales creen que el cuidado de la salud implica actos humanos en el proceso de atención al individuo, grupo o comunidad, los cuales son deliberados y racionales, dotado de sentimientos y basados en el conocimiento (Arruda, Marcelino 1997).

Al cuestionar sobre la personalidad del enfermero y la cultura del área de enfermería del Hospital Municipal de Unaí/MG, los relatos mencionados confirman la dificultad de lidiar con la política del área de Personal de la

institución, reflexionando sobre la falta de compromiso por parte de algunos profesionales y la falta de preparación técnica de otros, influyendo negativamente en la calidad del servicio:

"La personalidad de enfermería ha cambiado demasiado. Soy muy crítica, con la apertura de varias escuelas, diversos cursos, se han creado posibilidades, pero al mismo tiempo no puedes trabajar un determinado perfil profesional. En una ciudad como Unai, la gente pregunta: ¿Por qué enfermería? ¿Es un don, es por falta de opciones para otros cursos? Luego ves a los académicos becarios haciendo su residencia aquí te das cuenta que la falta de compromiso por parte de ellos empieza desde su formación. Esto generará profesionales no comprometidos. Creo que la parte académica debe ser el pulso profesional, si la persona no tiene compromiso, la parte académica debe dárselo, hay que enseñarles los procesos éticos de esta profesión. Porque cuando haces enfermería la ética debe ser tomada en serio, pues el contexto del cuidado al paciente es muy complejo, verás que hay personas que no tienen idea de las cuestiones éticas y consiguen lograr la graduación. Todavía no tienen placer y responsabilidad por la profesión".

"Es una cultura heterogénea, hay sectores como el Centro Quirúrgico e CME que todo lo que proponemos de mejoras, ellos lo consideran, tienen un compromiso muy grande. Incluso quiero destacar a ellos en la cultura de la enfermería, porque el equipo trabaja de acuerdo con la gerencia de enfermeras y ahora, desde hace los 2 meses que tengo enfermeras específicamente para allí. Hemos pasado 1 año y medio sin enfermeros específicos del sector y allí los enfermeros que se unieron y realizaron los trabajos. Luego tuvieron el compromiso de ir a la caza del profesional que faltaba en el sector. Algunos profesionales de la sala de emergencia también están comprometidos, pero como es un sector muy estresante, las relaciones de trabajo son más complejas. A veces las exigencias son más grandes y se enfrentan a cuestiones de mejores condiciones de remuneración y olvidan sus deberes. Cuando uno va a cuestionar el ejercicio correcto profesional, esa persona se disgusta. Esta cultura también tiene muchas influencias regionales, porque muchos trabajan en Brasilia y quieren reclamar por mejores salarios, pero Unai es otra realidad que no puede compararse con las condiciones de trabajo de Brasilia, eso termina generando frustración en los equipos. Cuando estoy en una posición de liderazgo, siempre hay cosas que no dependen de mí, depende de quien envía los recursos, que en nuestro caso es el municipio y las personas no lo entienden. "

Sin embargo, en la mayoría de las declaraciones de los informantes está presente la dificultad de manejar el PE (Proceso de Enfermería), ya que no hay un equipo especializado, faltan profesionales capacitados, un equipo estructurado, y no hay protocolos establecidos. Las declaraciones de los informantes indicaron también que la falta de ese conjunto de condiciones, los lleva a una práctica de reclamos salariales que influye negativamente en el cuidado humanizado del paciente (Schulze, 1997).

De la contrastación de este análisis con las teorías investigadas, se concluye que el desarrollo de una personalidad centrada en el reclamo salarial dificulta el trabajo, pero todavía no se considera un factor generador de estrés que afecte seriamente la salud mental de estos profesionales.

Cuando se trata de la opinión de personas que están fuera de enfermería, así como de la comunidad en general, en cuanto a su parecer respecto al servicio de enfermería en la asistencia al paciente, se identifican diversas opiniones, pero aunque algunas de ellas contengan insatisfacción en la evaluación de la asistencia proporcionada, el personal de enfermería es considerado como apoyo básico y necesario al paciente. Dadas las dificultades numéricas del personal, es necesario que la gestión de personal en el área de enfermería en hospitales asegure los recursos humanos suficientes y competentes para lograr mantener la calidad de la asistencia y el desarrollo de las actividades cotidianas (Inoue, 2008).

Tratando la situación en el área de la enfermería, se percibe que sus profesionales poseen un desgaste físico que puede ser correlacionado con el nivel de estrés en fase de resistencia, pero todavía dispuesto a mejorar su calidad de vida. Magalhães, Dall'Agnol y Marck (2013) describen la realidad del campo de la enfermería y la atención al paciente:

En todo el mundo, las áreas de cuidado de salud y enfermería se ven obstaculizadas por problemas graves relacionados a la falta de calificación, excesiva carga de trabajo, el absentismo y la evasión de la profesión. La situación de salud en Brasil no es una excepción a la regla, donde la complejidad del sistema unificado de salud (SUS), financiado con recursos públicos, se ve agravada por una serie de problemas estructurales, políticos, económicos y culturales que deben ser superados para mantener y mejorar los ambientes. Los medios de comunicación divulgan constantemente las malas condiciones de trabajo, los recursos limitados, el hacinamiento y las largas esperas en los servicios de emergencia de los hospitales públicos, exponiendo errores médicos y fallas en la atención al paciente, que se han vuelto cada vez más frecuentes^{vii} (p. 3).

Finalmente, para identificar la actuación de RRHH y SESMT en el soporte de la salud ocupacional de los servidores, cabe señalar que la institución informó el desarrollo del perfil de participación de RRHH con enfoque en las rutinas básicas y los aspectos burocráticos y cotidianos como: admisión diaria, reasignación, control de personas, etc. Esto denota que comparten la idea de que las tareas y formas de proceder de los empleados sean determinadas por la cumbre de la organización.

A través de la literatura trabajada, se entiende que el nuevo escenario empresarial del siglo XXI está protagonizado por aquellos que tratan de captar, armar y mejorar sus productos y servicios en el mercado laboral. Se sabe que

actualmente se necesita de una fuerza de trabajo conformada por empleados (llamados colaboradores): empleados de empresas que subcontratan parte de las operaciones; autónomos que eventualmente ofrecen sus conocimientos y servicios; personas cuyo trabajo se logra a través de cooperativas de trabajadores; becarios y voluntarios (Chiavenato 1999; Scarpi 2004; Bertelli, 2004).

Han sido frecuentes en las entrevistas las manifestaciones relacionadas con la falta de recursos humanos para la prestación de asistencia al paciente, así como acciones limitadas por falta de conocimientos de recursos tecnológicos y técnicos, lo que podría ser encarado como plan de mejoras desde RRHH, en forma de futuras capacitaciones.

La muestra de esta encuesta de tipo intencional, no probabilística, revela que los enfermeros se adaptaron a las condiciones organizacionales de trabajo, ya que no manifiestan un predominio de evaluación negativa acerca de ellas, ni las vinculan como causales suficientes para experimentar estrés.

Sin embargo debe señalarse que existen algunas variaciones individuales, algunos enfermeros presentan agotamiento físico como consecuencia de la extensa y demandante rutina diaria, siendo un factor de importancia el área en que prestan servicio.

Aunque su experiencia laboral atraviesa situaciones difíciles de afrontar, los profesionales entrevistados lograron resolver en general los problemas de la vida cotidiana en el trabajo de forma saludable, sin experimentar excesiva sobrecarga ni sufrir Burnout.

El trabajo de Enfermería se encuentra significado de modo destacado por el aspecto humano de su tarea. Los profesionales creen que la atención implica actos humanos trascendentes para el individuo, el grupo o la comunidad, actos que son deliberados, racionales, dotados de sentido y basados en el conocimiento y la experiencia (Arruda 1997).

Como factor significativo manifestado en las entrevistas, se ha revelado la falta de compromiso y/o preparación técnica por parte de algunos profesionales y en estos casos se afecta la calidad de la prestación y resiente el trabajo en equipo. Los problemas se resumen en: 1. La dificultad de actuar en el PE (seis fases del Proceso de Enfermería), por falta de suficiente personal capacitado y protocolos sistemáticos, ocasionando en estos casos

prácticas negligentes en el cuidado humanizado (Schulze 1997). Si bien preocupa, este hecho no alcanza a ocasionar estrés en los enfermeros entrevistados.

En su mayoría los enfermeros valoran el trabajar centrados en la búsqueda de una atención más humana al paciente, guiados por la alta tecnología, investigación e integración de las disciplinas, para la promoción de una mejor calidad de vida.

Al incluir en la investigación la indagación sobre el valor del área de Enfermería para los usuarios, predomina la percepción de su importancia como área de apoyo básico e indispensable, trascendente para el paciente. Por todo lo anteriormente señalado, es evidente la necesidad de asegurar en los hospitales los recursos humanos suficientes y competentes para lograr mantener la calidad de la asistencia y el desarrollo de las actividades cotidianas (Inoue, 2008).

En la tercera y cuarta etapa de la investigación se aplicaron técnicas cuantitativas de evaluación del Síndrome de Burnout (MBI), adaptación brasilera de Chafic Jbeili, además de inventarios sociodemográficos y situacionales para enriquecer la información sobre el objeto de estudio.

Se hizo una encuesta demográfica, que identifica que el 100% de los entrevistados son de sexo femenino. De las nueve participantes, 1 tiene entre 20 y 30 años de edad; 5, entre 30 y 40 años, y 3, entre 40 y 50 años de edad. En cuanto a su estado civil, 2 encuestadas son solteras; 5, están casadas; 1, posee unión estable, y 1 está divorciada. En relación a su descendencia, 2 no tienen hijos; 1, tiene un hijo; 3, tienen 2 hijos, y 1, tiene 4 hijos.

En relación a sus prácticas religiosas, 1 de ellas carece de religión; 1 practica el espiritismo, y las demás practican la religión católica. En el uso del tiempo libre y vacaciones, prevalecen los viajes y la realización de actividad física, luego aparecen las reuniones familiares y los alumnos, y una de ellas se centra en los estudios.

En el perfeccionamiento profesional, 5 de las entrevistadas buscan al menos una vez al año participar de conferencias o cursos de capacitación; 3, buscan perfeccionarse cuando surge oportunidad, y una de ellas declara realizar habitualmente actividades de capacitación.

En cuanto a sus actividades profesionales y estatus en la institución, 5 son enfermeras concursadas por la Municipalidad de la ciudad de Unai; 1, además de responsable técnica es la administradora del área de enfermería de la institución, y 3, fueron contratadas temporalmente para satisfacer la demanda.

Respecto de la distribución de sus áreas de actuación, 3 se desenvuelven en la enfermería; 1, en urgencias; 3, se consideran de apoyo general en la enfermería, urgencias y hospital general, y 1 es responsable técnica, centrando su trabajo en el liderazgo de las rutinas administrativas del hospital.

En relación a las áreas en que las enfermeras poseen más experiencia, se constata que 7 tienen más experiencia en el área de hospital, y 2, tienen más experiencia en PSF (Programa de Salud Familiar). Este programa está dirigido solamente al proceso de mantenimiento de prevención y salud para el paciente.

Sobre el tiempo formación, se verifica que 3 participantes poseen entre 2 y 5 años de formación; 3, tienen de 5 a 10 años; 2, tienen de 10 a 20 años, y 1, tiene más de 20 años de entrenamiento. Para probar la cantidad de instituciones en que actúan, se relevó que 6 entrevistadas trabajan exclusivamente en el Hospital Municipal de Unai/MG, y 3, concilian su trabajo con otro en un hospital de la ciudad de Brasília/DF.

Indagadas sobre la duración de la jornada semanal de trabajo, 5 enfermeras trabajan 40 horas; 3, trabajan 60 horas, y una, trabaja 20 horas. Además, en las entrevistas afirman que la cantidad de horas trabajadas no impacta en su cansancio o desgaste en el trabajo, ya que pueden administrar sus rutinas.

Finalmente, se identifica que hay una distribución de actuación en turnos, 3 entrevistadas trabajan en diurno; 2, trabajan sólo por la noche, y 4, alternan sus turnos de trabajo entre día y noche. Se observa también que los factores sociodemográficos no están interfiriendo en el nivel de estrés de las enfermeras.

Aunque el estrés tenga su origen en diferentes factores, Mizobuchi y Cury (2007) plantean que la carga psíquica generadora de estrés ocurre cuando el empleado percibe que su trabajo no es valorado, trabajando de

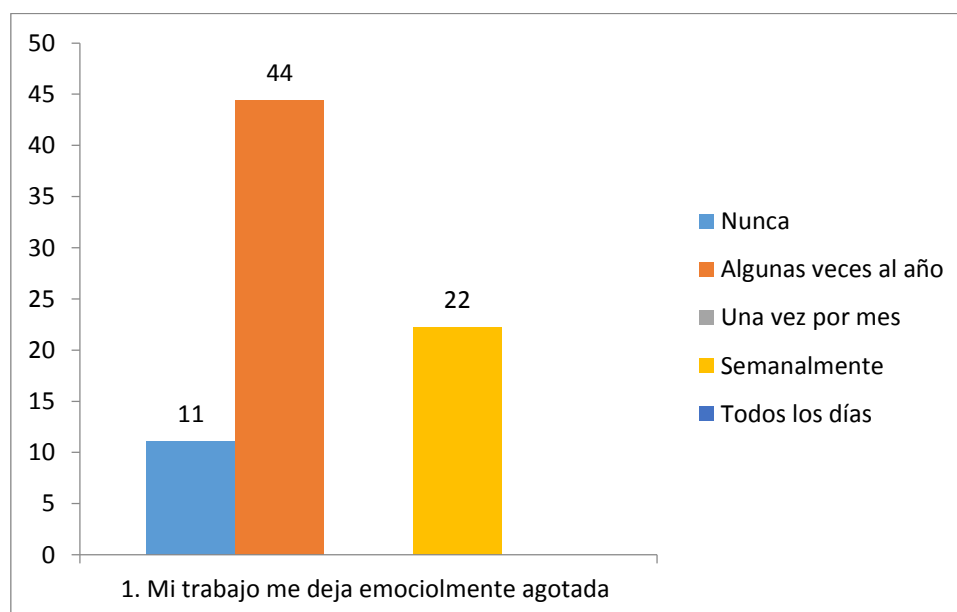
forma mecánica, produciendo desgaste físico y emocional y estimulando sentimientos de miedo y angustia.

Spindola y Rose (2007) señalan que los factores que contribuyen al estrés son la falta de condiciones apropiadas, como espacio físico, personal e insumos, así como la convivencia diaria con la muerte, la enfermedad y el sufrimiento de los pacientes, condiciones insatisfactorias en el trabajo, personal sin calificación, insuficiente cantidad de profesional capacitado, muchos clientes y muchas solicitudes al mismo tiempo.

Después de esta encuesta se aplicó el inventario de Burnout adaptado a la versión de Manita (2003) a partir de Maslach, Jackson & Leiter (1982, 1996). El trabajo fue pautado de acuerdo a cómo vive y siente cada una de las situaciones que se describen a continuación:

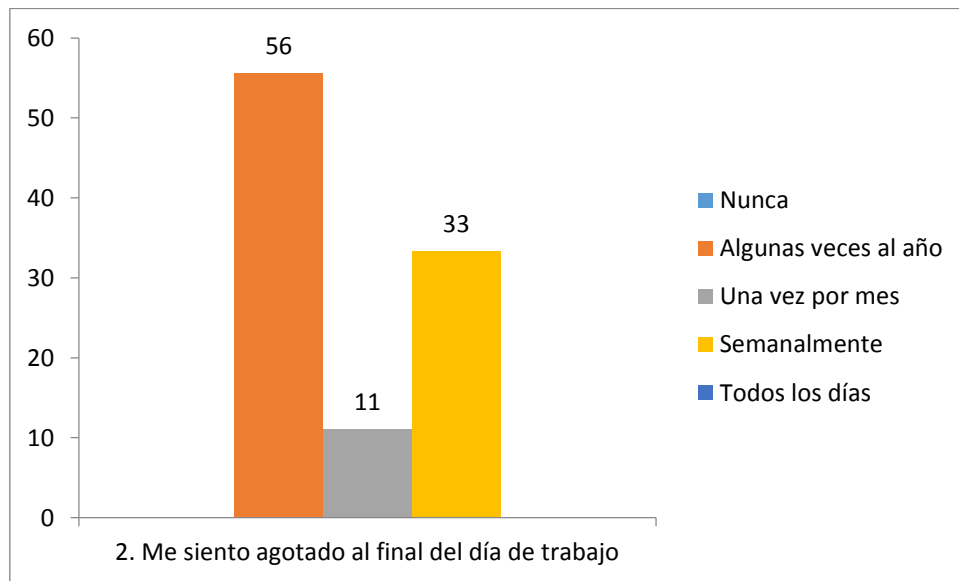
El gráfico abajo muestra que el 44% de las entrevistadas afirma que el agotamiento en el trabajo ocurre “algunas veces al año”; el 22%, afirma que ocurre “semanalmente”, y un 11%, afirma que “nunca” se siente agotado.

Gráfico 20



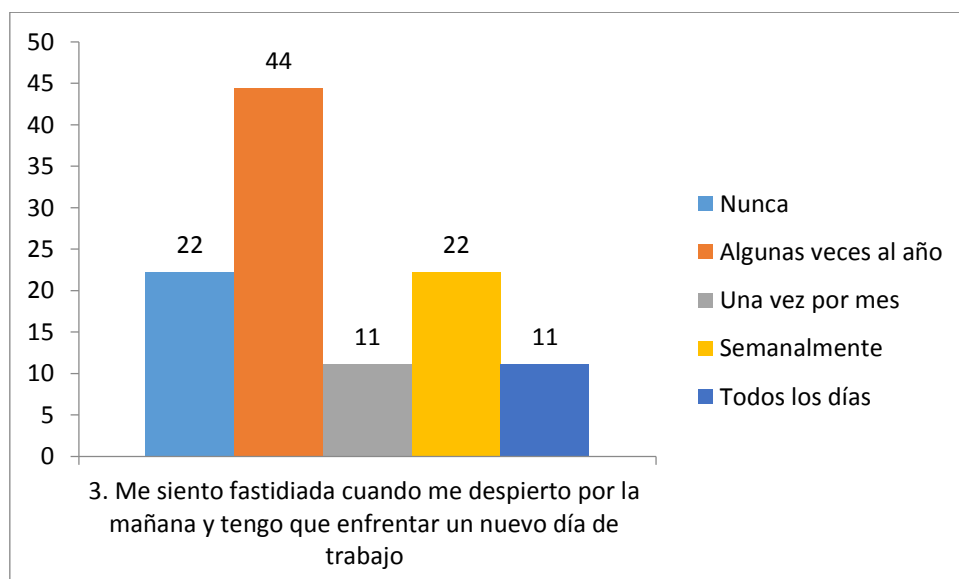
Fuente: Aplicación de investigación

La medición del agotamiento al final de la jornada de trabajo indica que al 56% le ocurre “algunas veces al año”; 33%, “semanalmente”, y 11%, “una vez al mes”.

Gráfico 21

Fuente: Aplicación de investigación

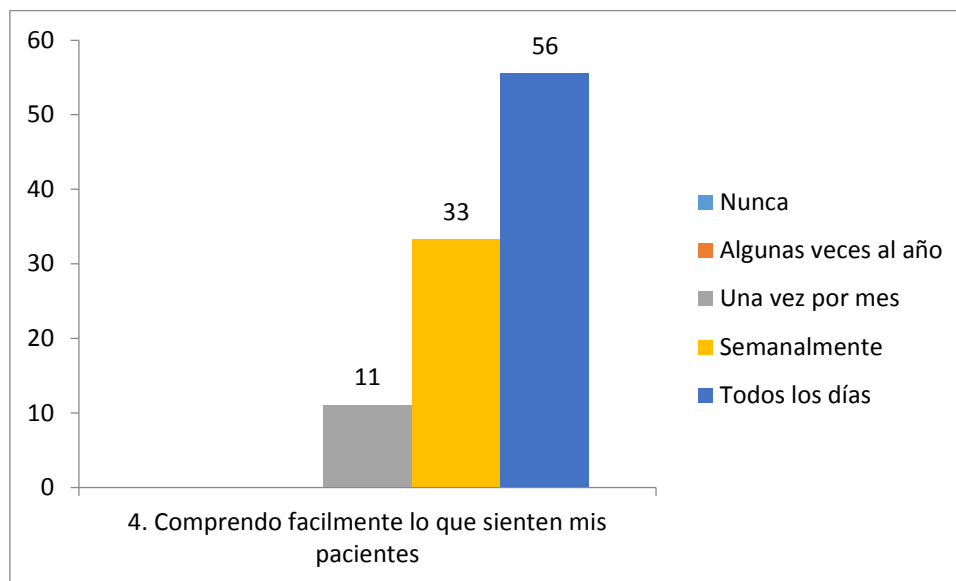
Para retratar el cansancio que sienten cuando se levantan para unirse a la rutina del trabajo, en el gráfico abajo se observa que el 44% de las encuestadas demuestran este agotamiento “algunas veces al año”; un 22% afirmó sentirse agotado “semanalmente”, y otro 22%, afirma que jamás se sintieron cansados. Basado en los datos es posible comprender que el cansancio existe, pero aún no afecta el bienestar físico y mental en el trabajo.

Gráfico 22

Fuente: Aplicación de investigación

Al indagar sobre el contacto con el paciente y la capacidad para entender sus sentimientos, los entrevistados afirmaron que en un 56% comprenden a sus pacientes a diario; un 33%, “semanalmente”, y 11%, entienden a sus pacientes mensualmente.

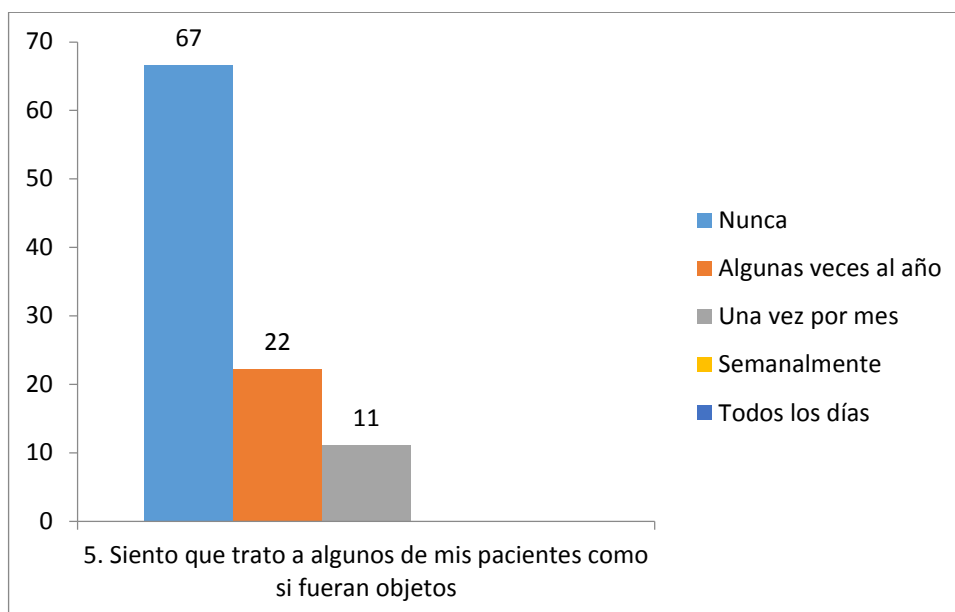
Gráfico 23



Fuente: Aplicación de investigación

Al indagar por sentimientos de haber tratado a su paciente como objeto, un 67% respondió que “nunca” trata a su paciente como un objeto; un 22% cree que “algunas veces al año” puede tratar a sus pacientes como objeto, y un 11%, identifica que “una vez al mes” puede desarrollar este comportamiento. Esta muestra nos remite a una comparación con las afirmaciones de las enfermeras respecto de que la alta demanda de trabajo y la mala distribución del personal, provocan que la asistencia al paciente se convierta en un trabajo mecánico.

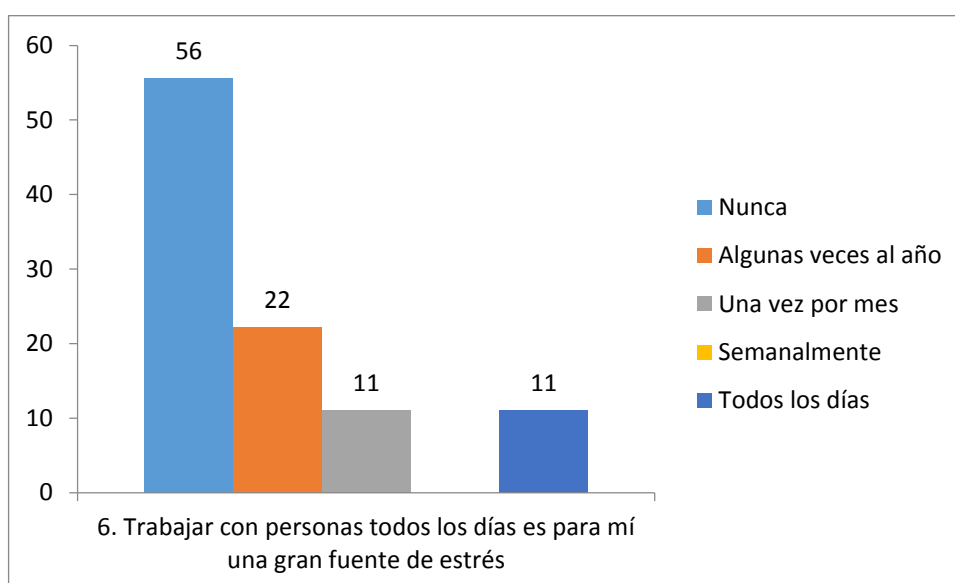
Gráfico 24



Fuente: Aplicación de investigación

Al abordar la convivencia con la gente, el gráfico siguiente expone que el 56% de los encuestados no consideran trabajar con personas todos los días un factor de estrés; el 22% de las personas ya indican que esta convivencia puede tensionarlos “algunas veces al mes”, y el 11%, cree que trabajar con gente diariamente causa estrés.

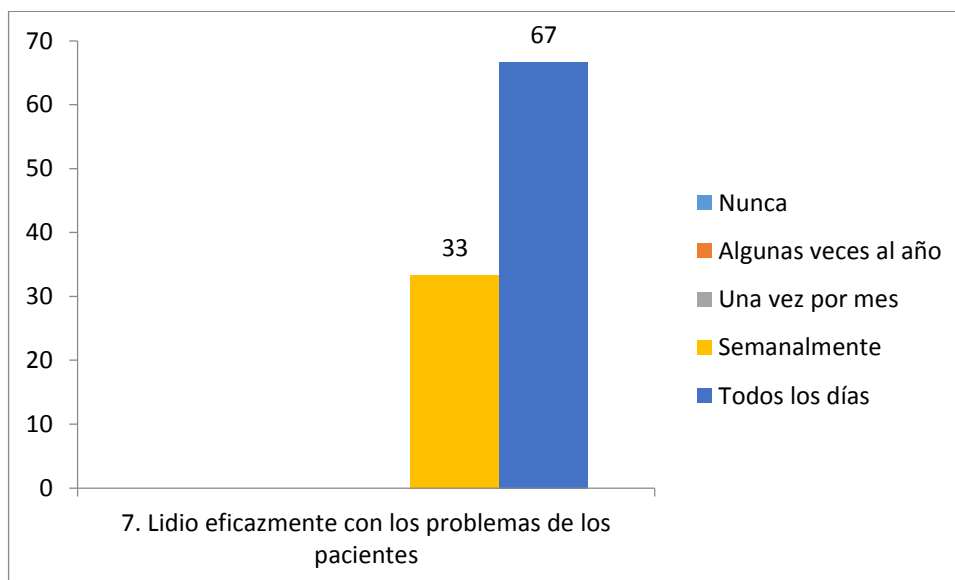
Gráfico 25



Fuente: Aplicación de investigación

En cuanto al factor de lidiar eficazmente con los problemas de los pacientes, se identifica que el 67% de los participantes saben cómo lidiar con estas cuestiones, y un 33% lo hacen con facilidad “semanalmente”. Estos resultados demuestran que el estado de estrés de los encuestados aún no afecta la relación con el paciente.

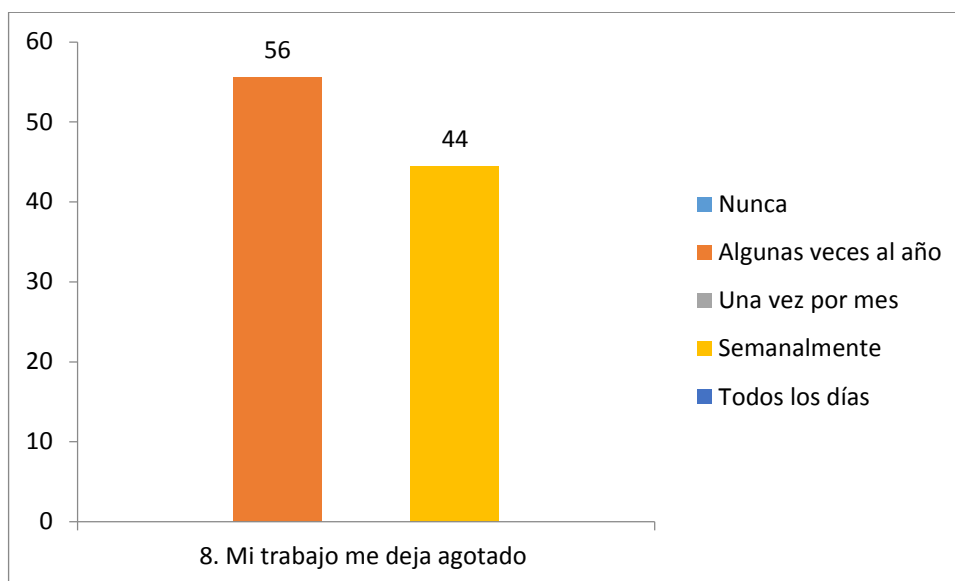
Gráfico 26



Fuente: Aplicación de investigación

En la siguiente pregunta se indagó con qué frecuencia el trabajo les deja exhaustos. El 56% respondió que “algunas veces al año”, y el 44% restante, “semanalmente”. Cuestión relevante al observar que los factores de estrés pueden variar en cuanto a su naturaleza; pueden ser emocionales, tales como frustración, ansiedad, pérdida; hasta ambientales, físicos y/o biológicos, tales como ruido excesivo, problemas de nutrición, variaciones extremas de temperatura, sobrecarga de trabajo, entre otros (Martins, 2006).

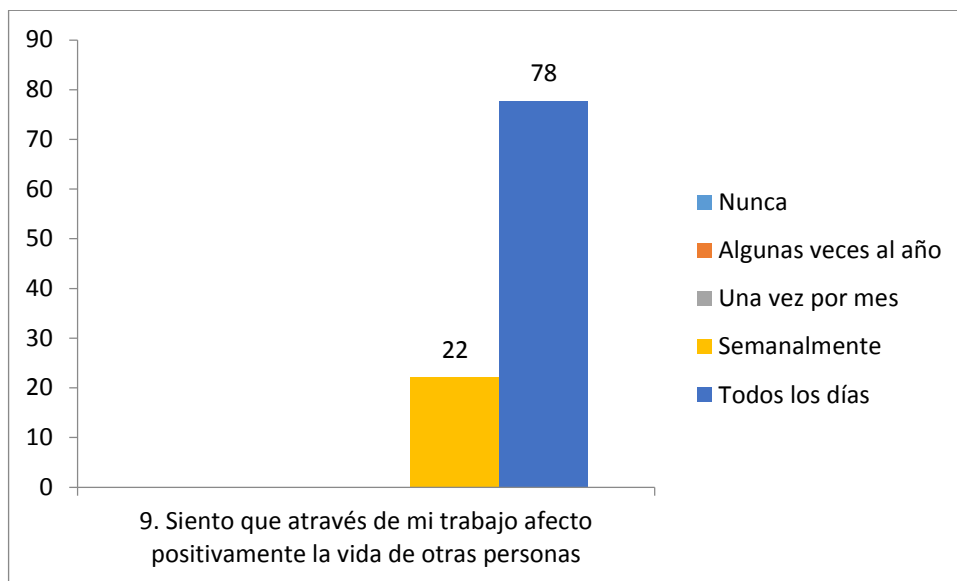
Gráfico 27



Fuente: Aplicación de investigación

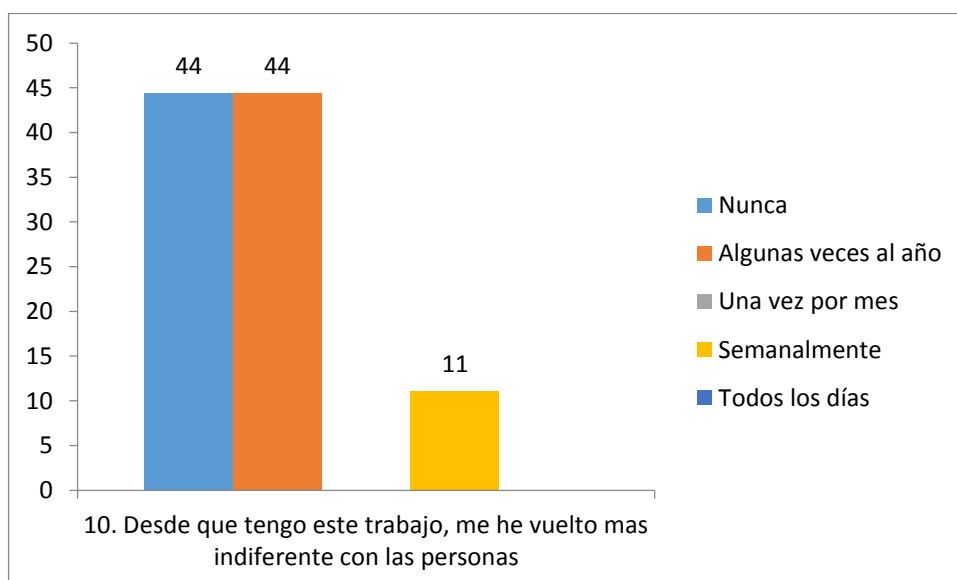
Hay características del entorno de trabajo que constituyen factores de riesgo de estrés, como por ejemplo: aspectos relacionados a la función del trabajo; confusión de roles; funciones atribuidas incorrectamente; responsabilidad con la gente; inseguridad en el empleo; aspectos relacionados con el desarrollo de la carrera, como sensación de injusticia en relación a su propio sueldo y demora promocional; la falta de participación en la toma de decisiones para el trabajo; deficientes relaciones interpersonales con superiores, subalternos o compañeros de trabajo; exposición a la violencia en el trabajo; relación casa y trabajo, trabajo por turnos y turnos nocturnos (Rodrigues y Ferreira, 2011).

En la búsqueda de comprobar la percepción de la influencia positiva de su trabajo en las vidas de otras personas, fue posible mostrar que el 78% de las enfermeras consiguen percibir ese rol “todos los días”, mientras que el 22% ejercen lo perciben “semanalmente”. Como se prueba en el siguiente gráfico:

Gráfico 28

Fuente: Aplicación de investigación

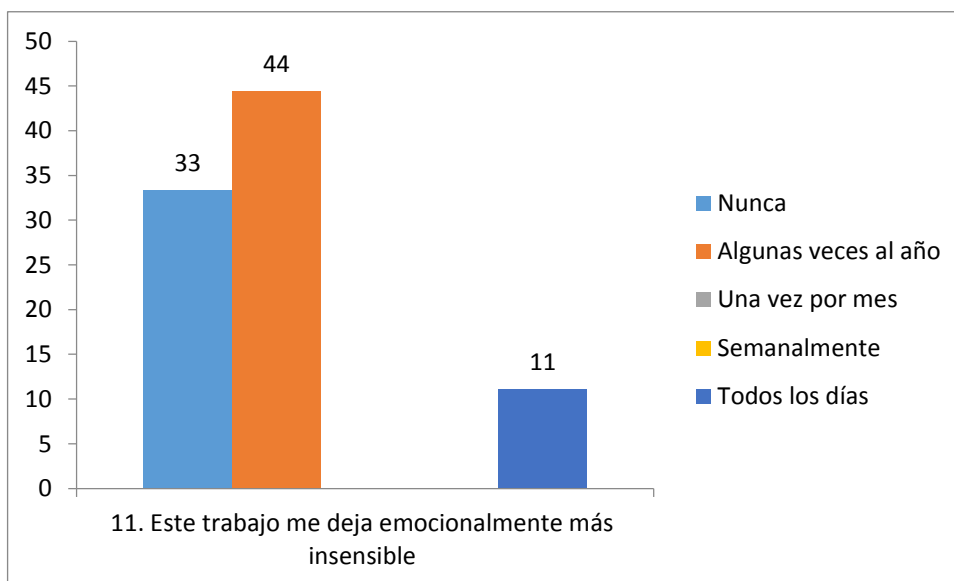
En cuanto al cambio de comportamiento en el área de trabajo, se identifica que el 44% de las entrevistadas solo se sienten indiferentes “algunas veces al año” o “nunca”. Solo un 11% siente que “semanalmente” le son indiferentes las relaciones con la gente.

Gráfico 29

Fuente: Aplicación de investigación

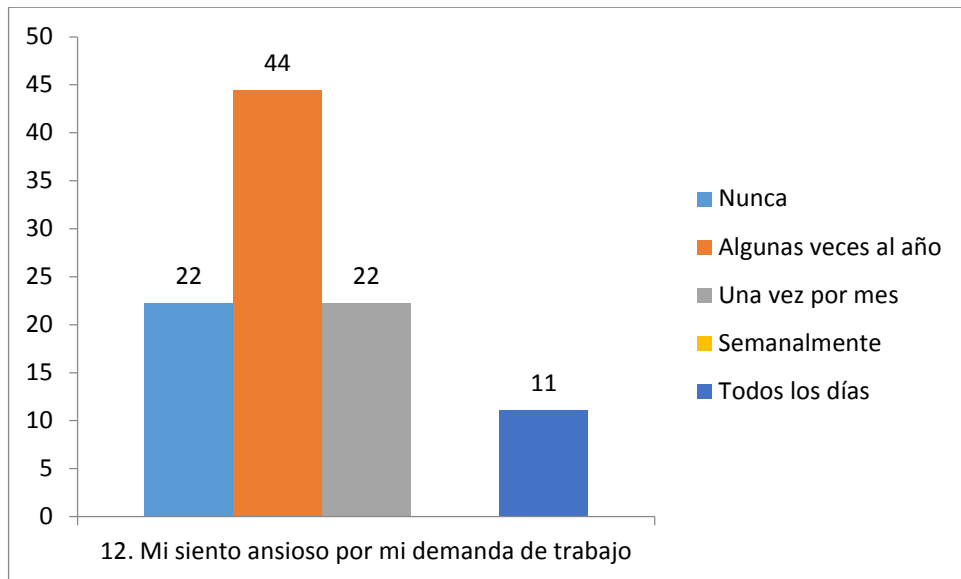
Confirmando el resultado anterior, cuando se interrogó acerca de con qué frecuencia se siente más duro emocionalmente, el 44% de los encuestados creen desarrollar este comportamiento “algunas veces al año”; el 33% consideran que “nunca” desarrollan este comportamiento, y un 11%, se considera cada vez más frío emocionalmente, justificándose en que un vínculo afectivo puede traerle sufrimiento más adelante.

Gráfico 30



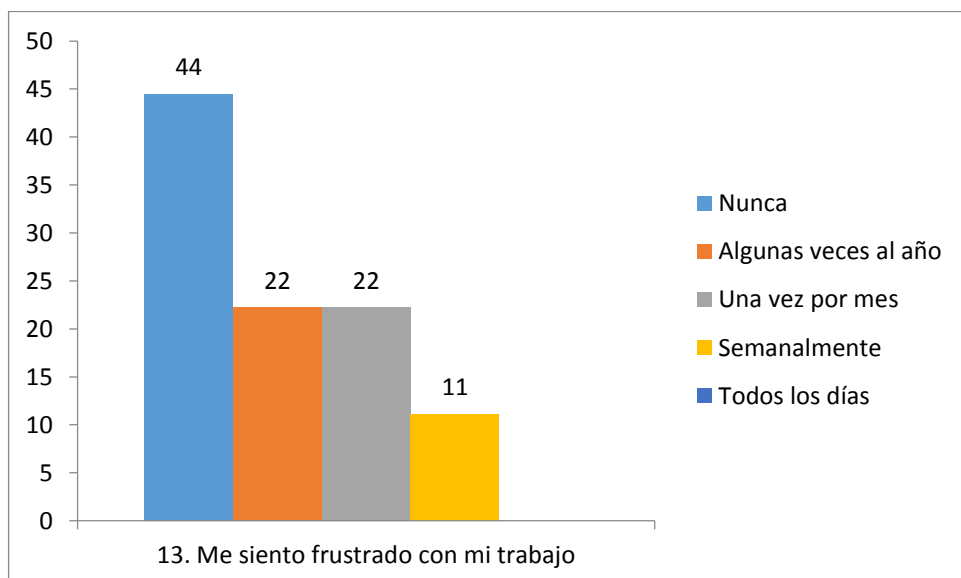
Fuente: Aplicación de investigación

Con respecto a la ansiedad causada por la demanda de trabajo, el 44% de las enfermeras la sienten “algunas veces al año”; el 22% cree que “nunca” o “una vez al mes” pueden sentir ansiedad por la demanda de trabajo, y el 11%, siente ansiedad “todos los días” por influencia de la demanda.

Gráfico 31

Fuente: Aplicación de investigación

Al comprobar la frecuencia con que aparecen sensaciones de frustración en el trabajo, un 44% informan “nunca” sentirse frustrados; el 22% creen que un “algunas veces al año” o “mensualmente” pueden sentirse frustrados, y 11%, “semanalmente” se sienten frustrados.

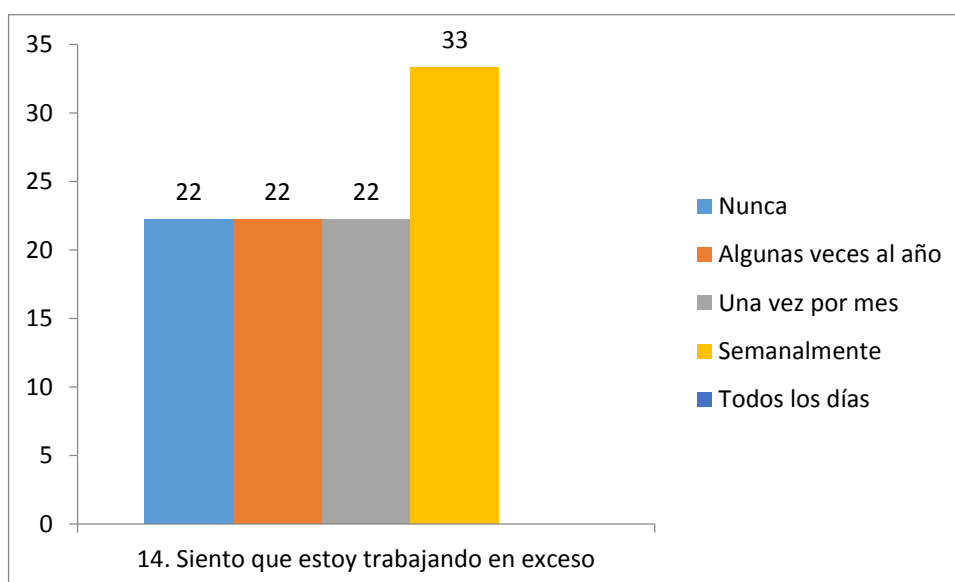
Gráfico 32

Fuente: Aplicación de investigación

Cualquier trabajo requiere de esfuerzo, siendo normal que haya cierto nivel de estrés en el ser humano. Teniendo en cuenta las respuestas, se evidencia que los entrevistados declararon que lidiar directamente con el paciente y el contacto con miembros de la familia, constituyen uno de los factores que causan estrés en la vida diaria. Solamente uno respondió que aún no había percibido las actividades que le causan más desgaste físico y emocional, porque permanece muy poco tiempo en la institución.

Pero cuando son indagadas en cuanto a si perciben que trabajan en exceso, el 33% consideran que lo hace “semanalmente”; mientras que las frecuencias restantes son iguales en “nunca”, “algunas veces al año”, “una vez al mes”.

Gráfico 33

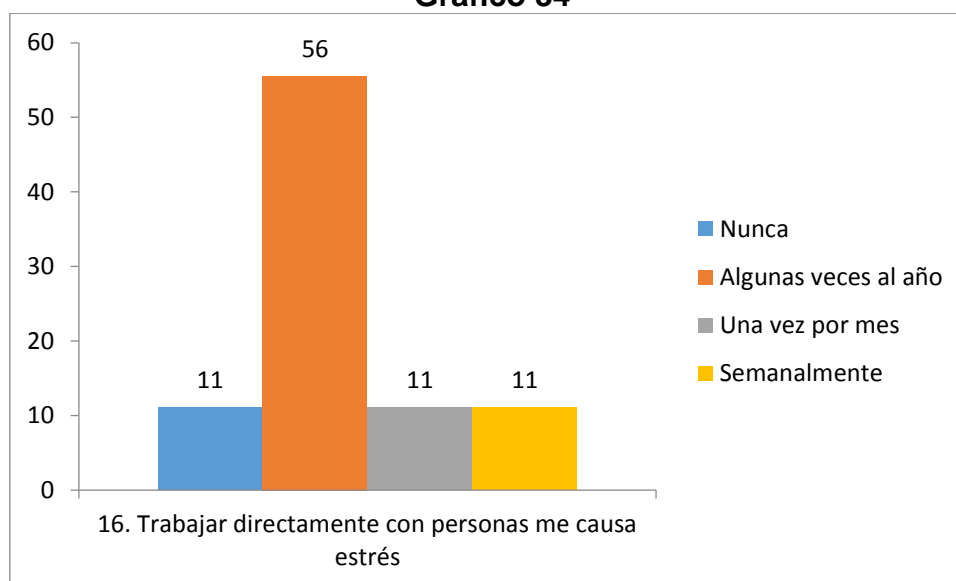


Fuente: Aplicación de investigación

Se observa que el exceso de trabajo puede influir a la hora de cumplir tareas, siendo uno de los principales factores que influyen en las posibilidades del equipo para desarrollar sus actividades con precisión. Con la entrevista individual fue posible afirmar que todas las entrevistadas respondieron que generalmente no hay tiempo necesario para realizar las tareas de trabajo, debido a la falta de recursos humanos y por eso se ven obligadas a dejar de hacer su función para llenar las brechas existentes en la institución.

Al ser consultadas si el hecho de trabajar directamente con las personas puede provocar estrés, el 56% creen que “algunas veces al año” le puede ocurrir; sin embargo, el 11% alternan su percepción de que “nunca”, “una vez al mes” o “semanalmente” trabajar con la gente puede provocarles estrés. Percepción que se confirma con otros factores que pueden desencadenar el estrés laboral.

Gráfico 34

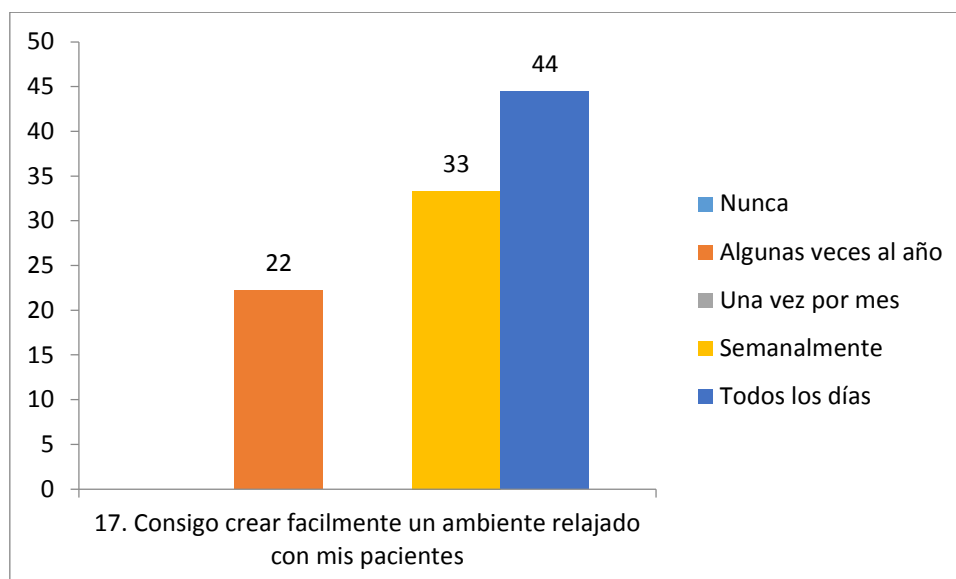


Fuente: Aplicación de investigación

De este modo, se observa en las respuestas que el estrés tiene su origen en diferentes factores, dependiendo de las capacidades de los trabajadores para lidiar con la situación y adaptarse al ambiente. Se destaca que todos los encuestados citaron en otros informes la falta de recursos humanos y materiales como los principales factores que desencadenan el estrés ocupacional en el trabajo.

En cuanto a la posibilidad de crear un ambiente relajado con el paciente, el 44% afirman establecer este clima “todos los días”; un 33%, consideran que “semanalmente” establecen una atmósfera de relajación, y el 22% restante, afirma que “algunas veces al año” consiguen este clima de relajación.

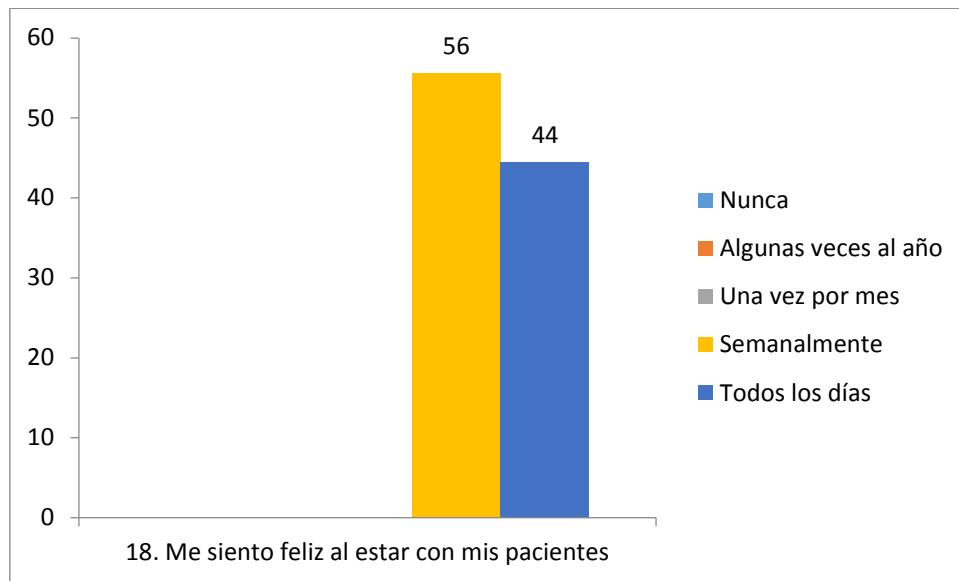
Gráfico 35



Fuente: Aplicación de la investigación

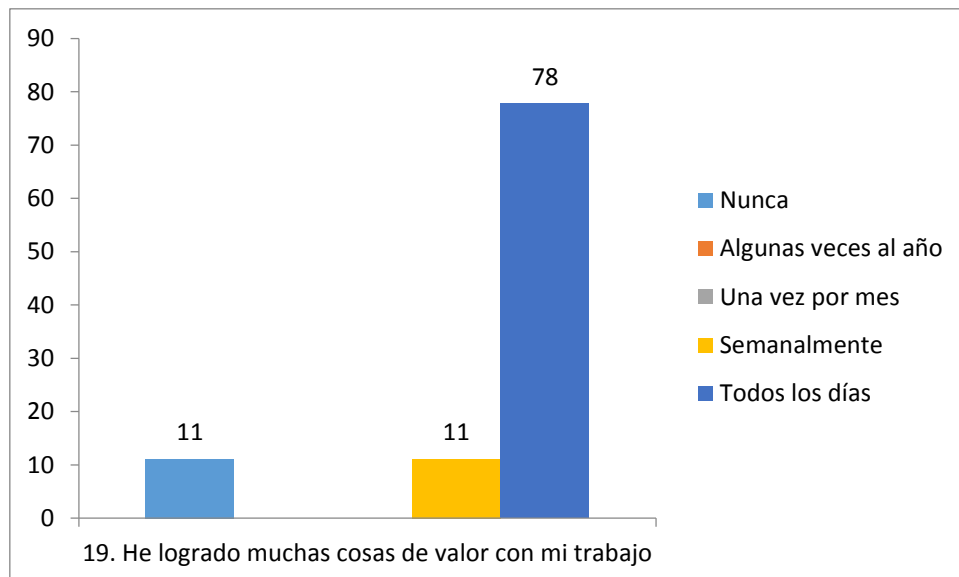
Se constata que el lugar de trabajo en el área de salud es muy estresante debido a las demandas de asistencia, por eso hay una importante necesidad de crear un ambiente tranquilo y agradable, con el objetivo de establecer un clima relajado.

Cuando se trabaja sobre la satisfacción de estar con el paciente, el 56% consideran que “semanalmente” presentan ese sentimiento, y un 44% que están satisfechas diariamente. Este es un factor importante para lidiar con la salud ocupacional del profesional, así como para obtener una buena relación y ofrecer una asistencia de calidad al paciente.

Gráfico 36

Fuente: Aplicación de investigación

En el siguiente gráfico se constata que el 78% de las entrevistadas informan que “todos los días” reconocen que sus conquistas son reflejo de su trabajo, a través de los valores adquiridos.

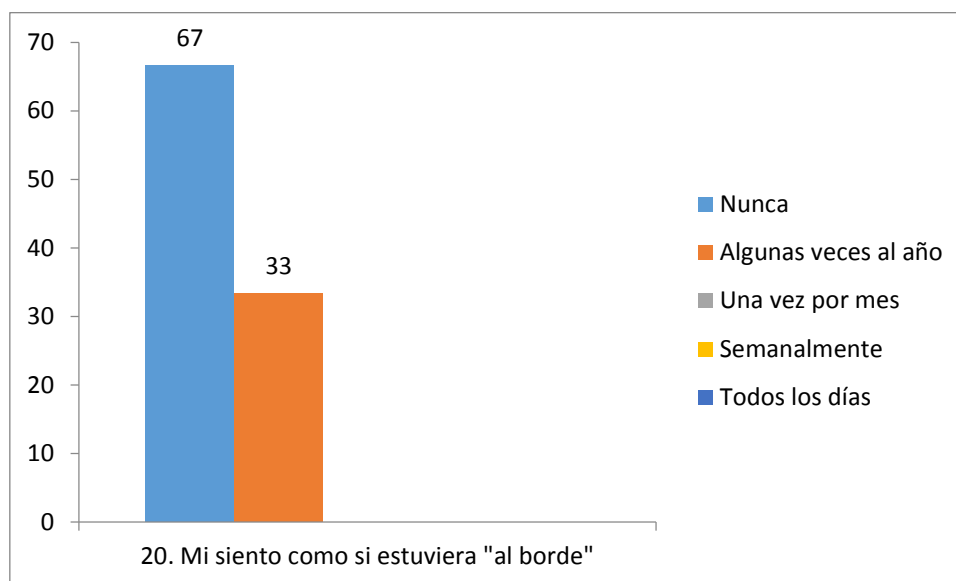
Gráfico 37

Fuente: Aplicación de investigación

Cuestionados en el gráfico siguiente por si las entrevistadas tienen la sensación de estar al borde de un abismo, se observa que la presencia de este sentimiento es mínima. El 33% demuestran tener este sentimiento “algunas

veces al año”, y el 67% restante, informaron “nunca” haber experimentado esta sensación.

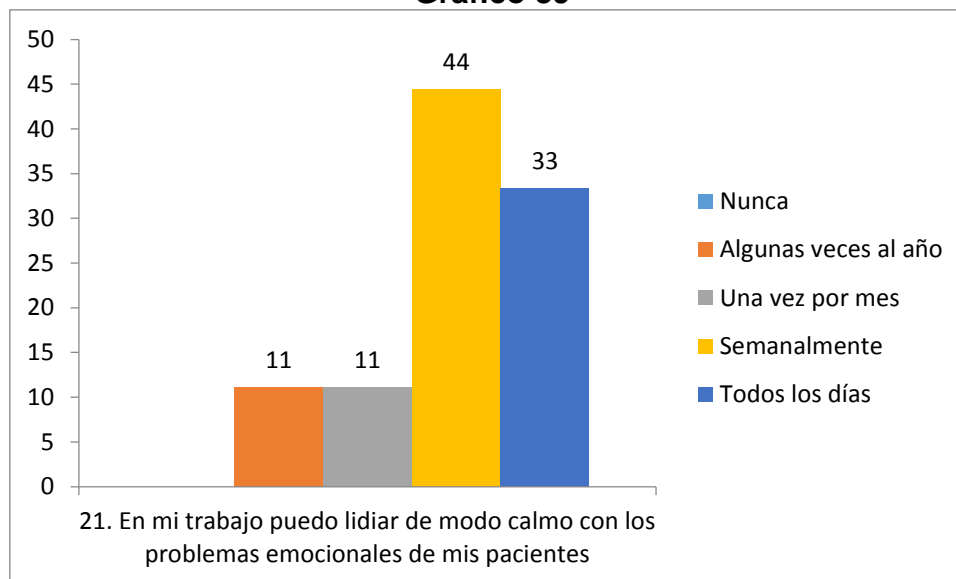
Gráfico 38



Fuente: Aplicación de investigación

Se entiende que el estrés ocupacional está presente en cualquier profesión. Sin embargo la posibilidad de crear y mantener un ambiente tranquilo y agradable que reduzca la presencia de factores de estrés es un requisito cada vez mayor para el bienestar del individuo (Balassiano, Tavares y Pimenta, 2011, p. 754).

Finalmente, para saber si estos profesionales consiguen lidiar con los problemas emocionales de las personas, el siguiente gráfico identifica que el 44% son capaces de hacerlo “semanalmente”; un 33%, administran esas demandas diariamente, y los demás, registran que “algunas veces al año” o “una vez por mes” pueden lidiar con esos aspectos emocionales.

Gráfico 39

Fuente: Aplicación de investigación

Los principales factores de estrés pueden determinarse a partir de los siguientes elementos: reducido número de funcionarios en el equipo de enfermería; falta de apoyo institucional y profesional; sobrecarga de trabajo; necesidad de realización de tareas en un plazo reducido; indefinición de la función de los profesionales; insatisfacción con el trabajo; falta de experiencia por parte de supervisores; falta de comunicación y comprensión por parte de la supervisión del servicio; ambiente físico de la unidad; tecnología del equipo; atención al paciente y relación con miembros de la familia (Batista; Bianchi, 2006).

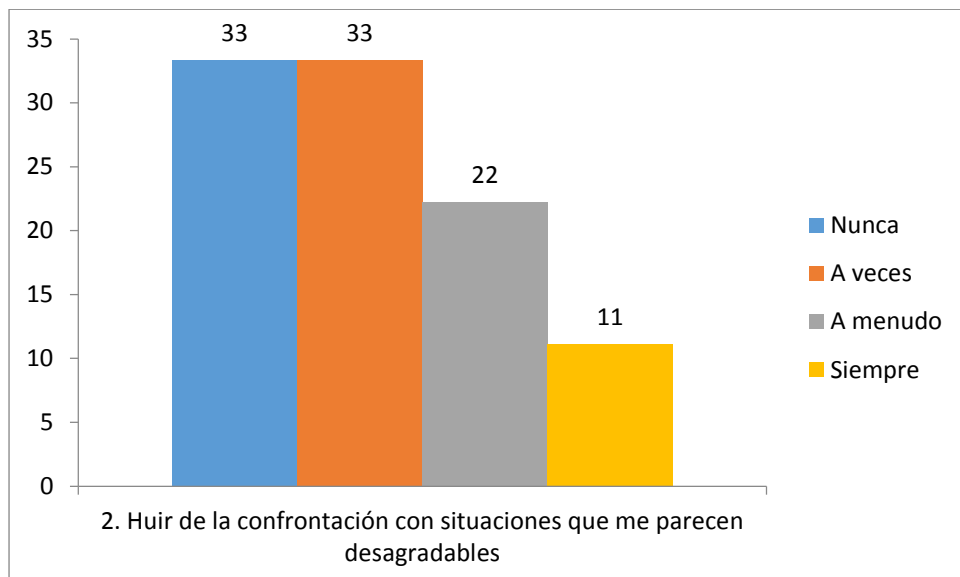
El último paso de la investigación se basa en una situación de inventario que refiere a la forma habitual de reaccionar en situaciones de tensión, los entrevistados marcaron la frecuencia en que estas situaciones afectan a su contexto emocional.

Se observa que por unanimidad 100% de los entrevistados “a veces” piensan continuamente en factores que les preocupan.

Gráfico 40

Fuente: Aplicación de investigación

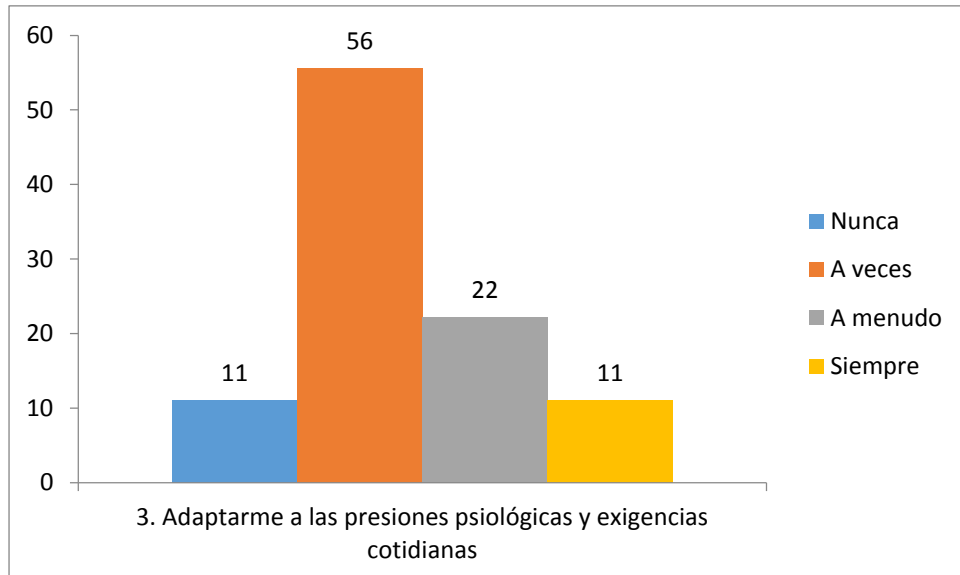
En relación a la renuencia y tensión a partir las situaciones de confrontación, se muestra una diferencia, el 33% “nunca” siente tensión; un 33%, “a veces”; un 22%, “a menudo”, y un 11%, “siempre”.

Gráfico 41

Fuente: Aplicación de investigación

En cuanto a la adaptación a las presiones psicológicas cotidianas, el 56% de los entrevistados “a veces” se siente tenso con estas presiones, y el 22% frecuentemente consiguen esa adaptación.

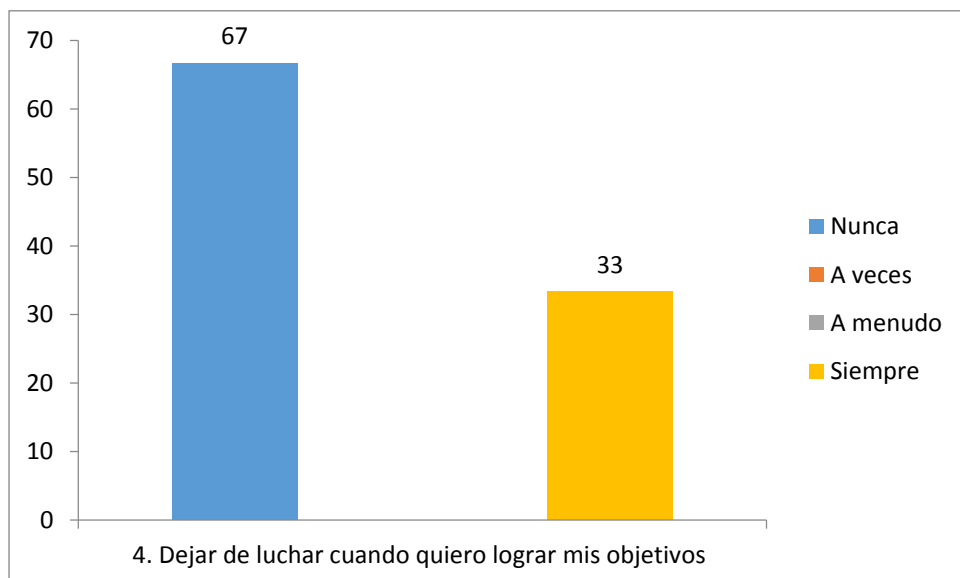
Gráfico 42



Fuente: Aplicación de investigación

Al preguntar si sienten tensión al dejar de luchar por un objetivo a ser alcanzado, el siguiente gráfico muestra que el 67% de los profesionales “nunca”, y un 33% “siempre”.

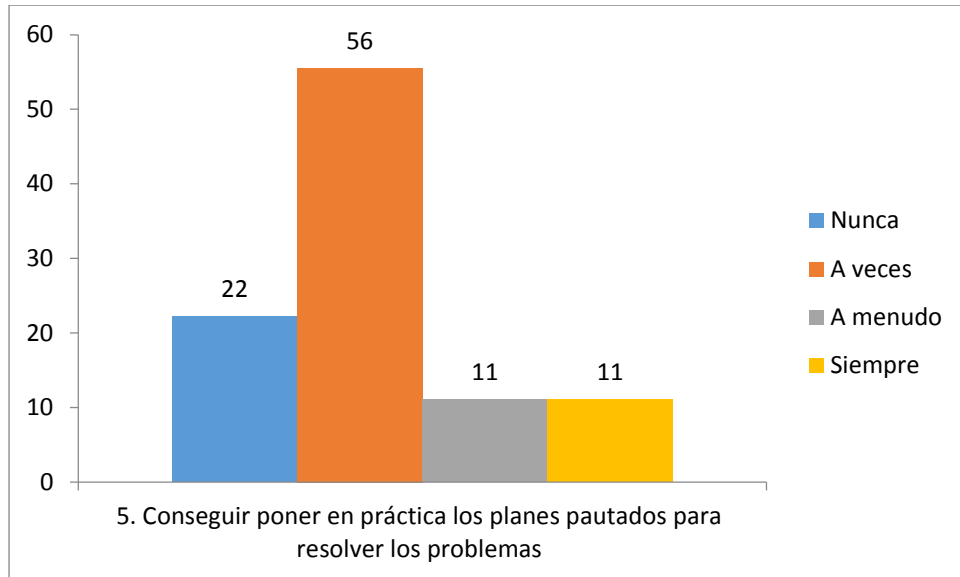
Gráfico 43



Fuente: Aplicación de investigación

Al preguntar si consiguen poner en práctica los planes para resolver los problemas, el 56% de los entrevistados “a veces” lo consiguen; un 22%, “nunca”; y un 11% cree que a menudo o siempre desencadenan una tensión en la búsqueda.

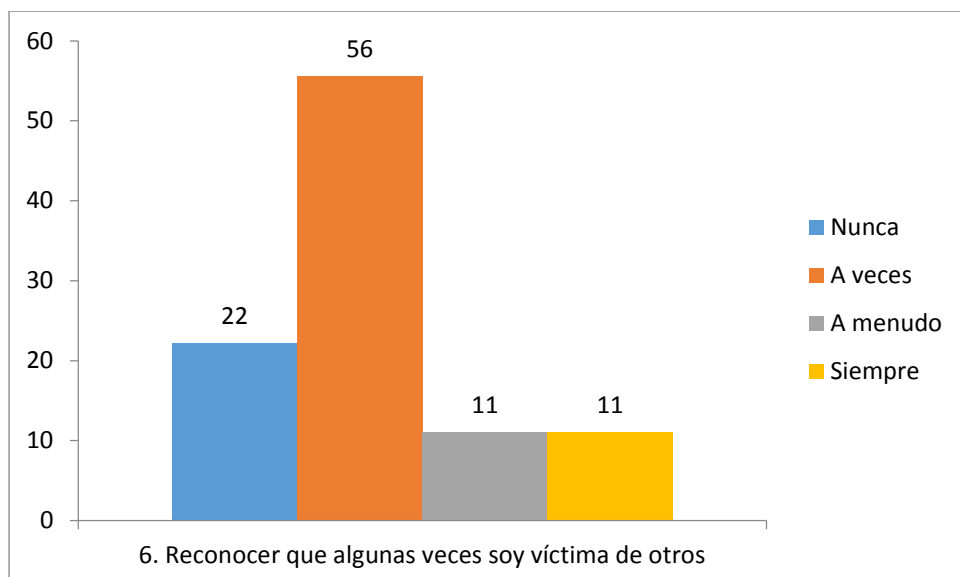
Gráfico 44



Fuente: Aplicación de investigación

Cuestionados por la tensión al reconocer que a veces se convierten en víctima de la gente, se constató que un 56% lo siente “a veces” 56%; aunque un 22% cree que “nunca”, y un 11%, frecuentemente o “siempre”.

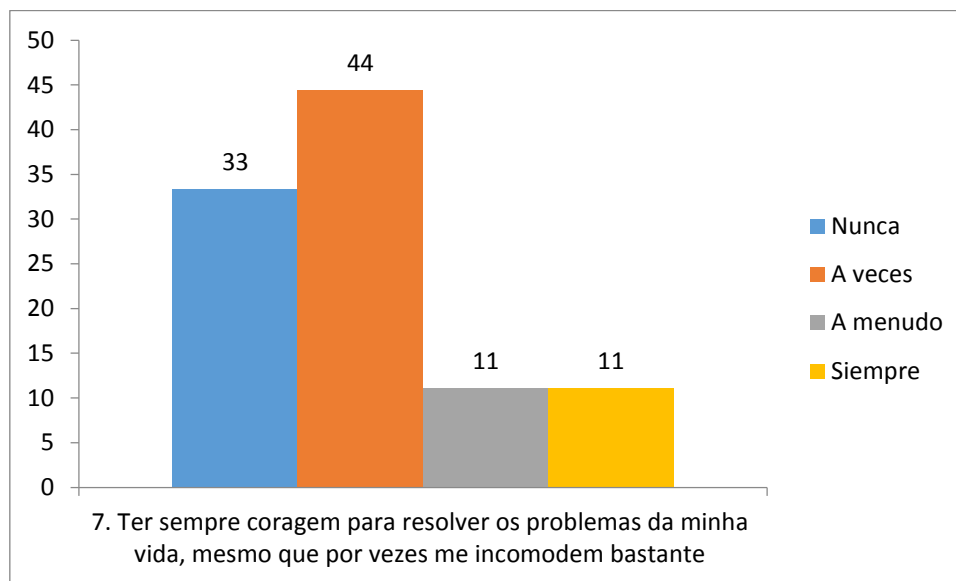
Gráfico 45



Fuente: Aplicación de investigación

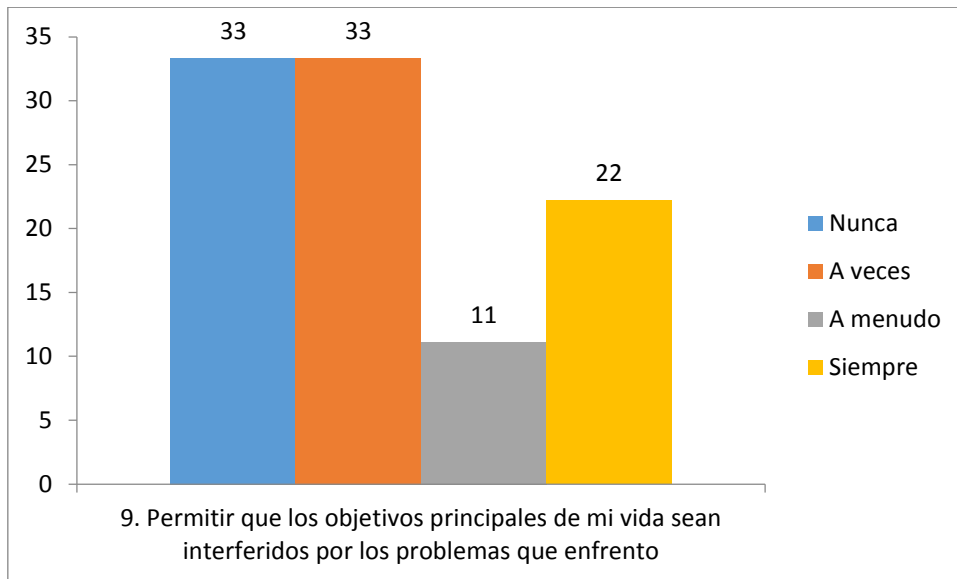
Un 33% respondió que “nunca” se siente tensa al tener que resolver problemas de vida y un 44% solo “a veces”, lo cual resulta positivamente significativo.

Gráfico 46



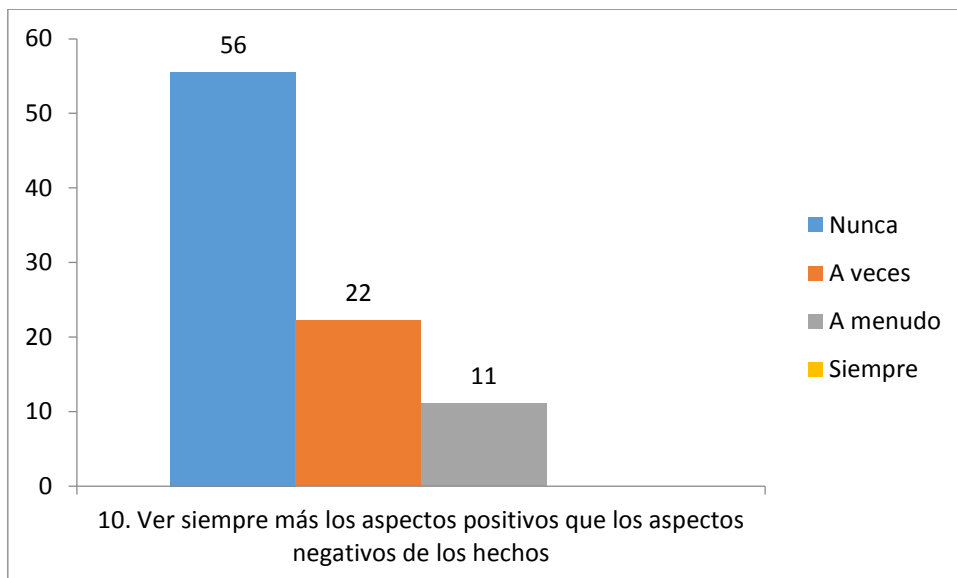
Fuente: Aplicación de investigación

En relación a la interferencia de los problemas con sus objetivos de vida, se constata que para un 33% esto ocurre en pocos momentos o “nunca”; aunque para un 22%, se produce “siempre”. Identificando un porcentaje relevante de interferencia de los problemas en los objetivos y las rutinas de vida de los participantes. Como puede verse en el siguiente gráfico:

Gráfico 47

Fuente: Aplicación de investigación

Analizando el pesimismo en la mirada de los acontecimientos de la vida de la persona, en el 56% de las situaciones la negatividad no aparece o en un 22% aparece solo “a veces”.

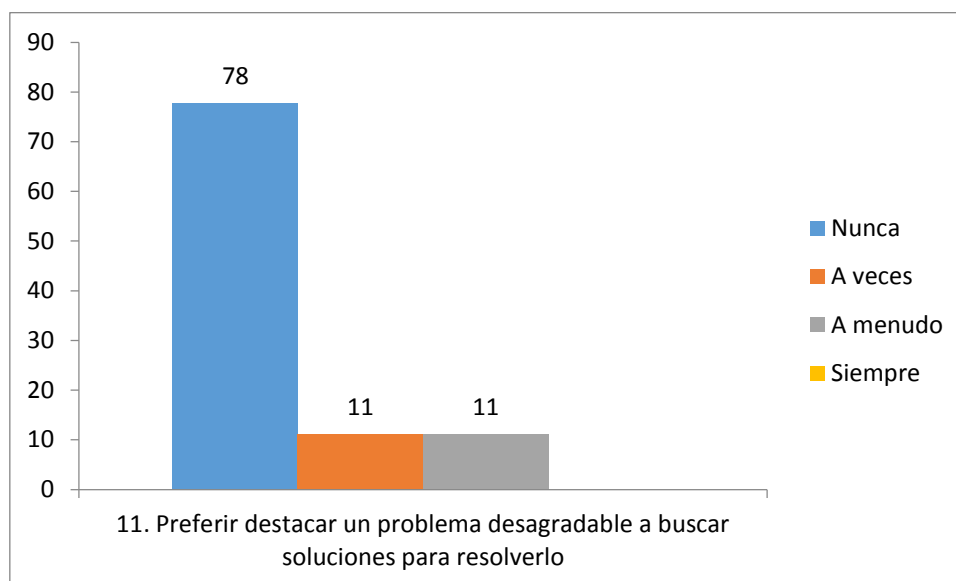
Gráfico 48

Fuente: aplicación de la investigación

Para finalizar la verificación del inventario situacional, se preguntó por la preferencia del entrevistado por poner de relieve un problema desagradable en vez de buscar resolverlo y evitarlo, un 78% indica que “nunca” prefiere

quedarse en las situaciones problemáticas, buscando continuamente resolver estas circunstancias.

Gráfico 49



Fuente: Aplicación de investigación

En el análisis de inventario utilizado se identificó el peso en la producción de estrés de algunas áreas de trabajo, por ejemplo las unidades de urgencias. Se han encontrado algunos individuos que se ven sobrecargados y otros que evalúan su salud más comprometida, sin llegar a representar presencia de Burnout, ni tampoco que esta sobrecarga afectara la atención de sus pacientes.

Spindola y Rose (2007) afirman que los factores que contribuyen a generar estrés son la falta de condiciones apropiadas de espacio físico, personal suficiente y aparatos en buen estado, alta demanda, así como la convivencia diaria con la muerte, la enfermedad y el sufrimiento de otros.

Otra cuestión importante como posible generadora de Burnout son las líneas directivas de la organización. Al respecto, los enfermeros no perciben falta de valoración hacia su trabajo por parte de los directivos y otros profesionales, ni que este se ejecute de forma mecánica y rutinaria. Por lo que no se cumple en esta muestra evaluada lo señalado por Mizobuchi y Cury (2007) respecto a que la carga psíquica generadora de estrés ocurre cuando el empleado describe su trabajo como carente de valoración o ejecutado de manera mecánica, ocasionando sentimientos de miedo y angustia.

Por lo tanto, la presencia de satisfacción de la necesidad de que la tarea desempeñada obtenga la valoración y reconocimiento por parte de pacientes, familiares, colegas y directivos, representa una barrera eficaz y resistente a padecer estrés laboral y Síndrome de Burnout en grados significativos que comprometan la salud y existencia del profesional en sus diversas áreas de funcionamiento.

Por otra parte, la información obtenida en el inventario aplicado identifica en los entrevistados capacidad de innovación y adaptación, lo cual les posibilita lidiar con las situaciones que podrían amenazar sus principios y valores profesionales (May y otros, 2003).

En tal sentido, el contar con indicadores de creatividad en el estilo de desempeño del rol profesional es otro factor saludable y promotor de equilibrio y satisfacción en el enfermero. Ese es otro de los hallazgos de la investigación realizada.

Basándonos en la totalidad de los datos obtenidos, puede advertirse cierto agotamiento y sobrecarga, aunque no ha desencadenado aún un nivel considerable de Burnout, como el que describe Inocente (2007) en la determinación de los trastornos de salud relacionados con el estrés: depresión, ansiedad, pánico y fobias.

A nivel organizacional, si bien se detecta cierta falta de materiales y condiciones inadecuadas de trabajo (como la cantidad y diversidad de tareas) así como una gran responsabilidad en el cuidado del paciente, sumado al hecho de ser el eslabón intermedio en las relaciones entre los médicos, pacientes, familiares, administrativos y asistentes, todos estos factores que crean un cierto grado de agotamiento emocional (AE), este no alcanza a significar presencia de Burnout.

7. CONCLUSIONES

A partir del estudio del rol de RRHH en el enfoque del estrés laboral de los enfermeros y sus repercusiones en el cuidado al paciente, puede verificarse que el estrés es un proceso que afecta la vida cotidiana del individuo. Puede distinguirse como estrés positivo o negativo, dependiendo de la evaluación individual de cada ser humano. Teniendo en cuenta las demandas del mercado de trabajo, se percibe que la institución investigada presenta un ambiente con situaciones que pueden influir en la evaluación del individuo de los factores de estrés presentes en su trabajo; además, la constante necesidad de actualización profesional, exigen al enfermero múltiples adaptaciones.

Al realizar esta investigación, fue posible contestar a la primera pregunta acerca del nivel de estrés laboral que los enfermeros producen en la atención al paciente. Se constató que los enfermeros de la institución producen un bajo nivel de estrés, lo que es visto positivamente, ya que el estrés interfiere en la calidad del cuidado del paciente. Al evaluar el nivel de estrés laboral, en particular con los indicadores de "despersonalización", los enfermeros participantes de la encuesta afirmaron que consiguen conciliar con tranquilidad el acercamiento y la distancia emocional con el paciente, sin desencadenar enfermedades patológicas.

La segunda pregunta de la investigación refiere al estado de salud del enfermero en la atención y el cuidado con el paciente. Según el modelo propuesto por Maslach (1982) y Maslach & Goldberg (1998) es posible identificar en algunas situaciones y relatos de la entrevista semi-dirigida y en el inventario de Burnout, espacios mínimos en que las enfermeras alcanzan el nivel de Agotamiento Emocional.

En cuanto a los factores desencadenantes del estrés laboral en el trabajo cotidiano del enfermero y la identificación de los aspectos del rol que contribuyen con su salud, fue posible constatar una dificultad en conciliar las aptitudes del enfermero con la demanda de atención al paciente; es evidente la escasez cuantitativa de profesionales de enfermería, así como su capacitación y compromiso. Este es un factor que preocupa y requiere de la intervención de

una buena conducción del equipo para sostener una asistencia humanizada al paciente.

Al estudiar el tipo de abordaje que realiza el área de RRHH en relación al estrés laboral, se comprueba que no hay una participación efectiva de RRHH en materia de prevención y monitoreo de salud en el trabajo de los profesionales. Puesto que no hay ayuda de parte de RRHH al proceso de cambio cultural y organizacional para establecer nuevos modelos de comportamiento, la institución cuenta con el área de SESMT, aunque esta tampoco desarrolla una atención basada en la identificación y clasificación de los factores humanos que puedan afectar el trabajo de los profesionales. Con respecto a la implementación de campañas institucionales internas, hay participación efectiva de la CIPA, pero restringida únicamente a riesgos profesionales, sin injerencia en políticas y prácticas de valoración de capital humano.

Por lo tanto, la hipótesis de esta investigación no ha sido confirmada y fue refutada. Fueron identificados algunos factores de los tres niveles de escala MBI, aunque no llegando al punto de diagnosticar la presencia de Burnout. Respecto del Agotamiento Emocional (AE), la sensación de escasez de energía para afrontar el día al día laboral, se registró en las entrevistadas que les sucede varias veces al año. En lo que se refiere a la Despersonalización (DP) o adopción de una actitud de insensibilidad hacia el paciente, se registró que ocurre solo “algunas veces al año”, como una reacción de defensa de los enfermeros para no involucrarse sentimentalmente con el paciente. La pérdida de realización personal no fue identificada en la muestra de la encuesta. A pesar de las dificultades mencionadas, las enfermeras entrevistadas desarrollan su sentido de satisfacción y búsqueda de mejora y crecimiento profesional.

Los factores destacados de protección individual a enfermar de estrés se vinculan con los sentimientos de altruismo y trascendencia de la labor, que aportan una sensación de autorrealización y la percepción de estar realizando un trabajo con sentido, valorado y estimado por pacientes, familiares, colegas y directivos. Asimismo, las capacidades de flexibilidad y creatividad posibilitan una adaptación que contribuyen al buen trato a los pacientes y a la realización de las tareas cotidianas.

A nivel grupal existen ambigüedades en el rol respecto a la toma de decisiones, ya que si bien recae en ocasiones en la persona del enfermero, en otras existe falta de autonomía y conocimientos suficientes, así como una comunicación integral con el equipo de trabajo. No están claras las funciones de cada uno, no existe una distribución equitativa de las cargas de trabajo y hay cierta falta de apoyo de directivos.

Estos factores de riesgo a enfermar (a nivel grupal) no llegan a ser de importancia como para desencadenar sucesos de estrés laboral, pero sí deberían ser considerados desde el área de RRHH para proporcionar acciones preventivas, como talleres de capacitación sobre trabajo en equipo.

Asimismo a nivel de la organización debería considerarse el contar con recursos físicos, humanos y tecnológicos suficientes para desarrollar la atención sin carencias significativas. Resultaría ser un factor de riesgo a padecer Burnout la persistencia de esta situación. Se observa que la cultura de las organizaciones hospitalarias en el Brasil acentúa la exigencia y competitividad, siendo el rol del área de RRHH predominantemente de tipo burocrático, sin atender suficientemente las cuestiones señaladas. En síntesis, una de las funciones de los RRHH es prevenir el problema del estrés laboral como una acción de cuidado del personal y también de los destinatarios que concurren a ser atendidos.

En la presente investigación se evidencia una presencia no significativa de los indicadores de Burnout en los enfermeros, sin ser afectada la calidad de atención al paciente y su familia, resguardándose la capacidad de empatía y comprensión, fundamental en su rol.

Analizando las acciones del área hospitalaria orientada específicamente al cuidado del personal (SESMT) se encontró que no adoptaron iniciativas para identificar y clasificar los factores humanos que pueden afectar el trabajo de los profesionales. Esta sería otra de las consideraciones que RRHH podría plantearse como útil.

Como mencionamos más arriba, la Comisión Interna de Prevención de Accidentes (CIPA) participa implementando campañas institucionales internas vinculadas solamente a los riesgos profesionales, sin intervención en las políticas y prácticas de valoración del capital humano.

Respecto a la presencia de indicadores de Burnout se han encontrado los siguientes resultados:

1. Escala Agotamiento Emocional y Psicofísico (AE): Nivel bajo (puntaje inferior a 21). Pero merece consignarse que en las entrevistas los enfermeros aclaran que durante ciertos momentos del año, los más críticos en la demanda de atención, este nivel crece.
2. Escala de Despersonalización (DP) referida a conductas de insensibilidad, indiferencia o agresividad hacia el paciente y/o familia: Nivel bajo (puntaje inferior a 6). Aunque los enfermeros advierten que en algunas situaciones más críticas y angustiantes puede haber algún indicador de este factor presente como defensa consciente para poder seguir actuando de modo eficiente.
3. Escala de Pérdida del sentimiento de realización personal (RP): Se evidenció un puntaje mayor a 36. A pesar de la presencia de las dificultades ya mencionadas, los enfermeros entrevistados desarrollan un sentido de autorrealización laboral y satisfacción. Asimismo señalan la búsqueda de la mejora y crecimiento profesional. Se destacan las respuestas vinculadas al compromiso en la atención al paciente.

Por lo tanto, en esta muestra estudiada se ha hallado un bajo nivel de estrés laboral (Síndrome de Burnout) sin estar perjudicada la calidad de atención y cuidado del paciente y/o familiares.

El área de RRH podría contribuir en el proceso de prevención de salud y trabajo profesional, afirmando los factores de protección de salud de los profesionales y trabajando en la atención y prevención de los factores de riesgo.

En tal sentido podría recomendarse:

1. La institución hospitalaria es responsable de la evaluación y abordaje de los factores de riesgo buscando alternativas que minimicen el desgaste del enfermero en el trabajo, desarrollando ambientes adecuados para la práctica de la profesión. En este sentido el área de Recursos Humanos podría iniciar su participación activa junto a la

comisión de enfermería, en un estudio de evaluación del personal, correlacionando los indicadores de la demanda y el servicio. Así, la falta de personal podría abordarse con mayor seguridad, canalizando la solicitud de mejora profesional con una distribución equitativa de las cargas del rol.

2. Se hace necesaria una revisión de las tareas de cada rol del área de enfermería, identificando con precisión las habilidades que deben existir y aquellas que deben ser desarrolladas y mejoradas por los profesionales. Con respecto a la institución, se sabe que cuando las organizaciones invierten en el crecimiento y desarrollo profesional de los individuos, en la mejora de las condiciones de trabajo, se refuerzan los factores “protectores” de salud y se minimizan los de “amenaza” de estrés. En tal sentido, cabe resaltar la importancia de la formación crítica y reflexiva de los enfermeros a través de cursos y talleres de especialización en las temáticas en las que se requiere mayor dedicación y conocimiento.

3. Dentro de esta formación específica de competencias profesionales del enfermero, serían importantes las vinculadas al conocimiento e implementación de las estrategias de construcción de respuestas saludables y adecuadas a las circunstancias que provocan el estrés, afirmando una adaptación creativa a las mismas.

Este plan de mejoramiento permitiría al enfermero tener una mejor orientación acerca de las acciones que le posibiliten involucrar y comprometer al equipo a partir de metodologías participativas, aplicando la información obtenida en la investigación realizada.

8. REFERENCIAS

Almeida, M. C. P., Rocha, S, M. M (org.) (1997). *O trabalho de enfermagem*. São Paulo/Brasil: Cortez.

Amestoy, S. C., Schwartz, E., Thofehrn, M. B. (2006). A humanização do trabalho para os profissionais de enfermagem. Pelotas RS/ Brasil: *Acta Paul. Enferm.* V.19, n.4, p.444-9. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v19n4/v19n4a13>

Arantes Maria, A. A. C., Vieira Maria, J. F. (2002). *Estresse ou stress?* São Paulo/ Brasil: Casa do Psicólogo.

Araújo, T. M., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C., O. Aguiar, L. (Agosto 2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. Feira de Santana BA/ Brasil: *Revista de Saúde Publica*. V 37.

Anrique, G. Z., Et Al (Dezembro 2006). Proyecto de Control de Calidad de Atención de los servicios de internación. *Revista de Enfermaria del Hospital Italiano*. Ano 10 número 29.

Arruda, E.M., Marcelino, S. R. (1997). *Cuidando e confortando*. In: Schulze CMN. *Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde*. São Paulo/ Brasil: Editora Robe p. 157-89.

Balassiano M., Tavares, E., Pimenta, R. C. (Maio/ Junho 2013). Estresse ocupacional na administração pública brasileira: quais os fatores impactantes. Rio de Janeiro/ Brasil: *Revista de administração publica*. V. 45, n. 3. Recuperado de www.scielo.br/pdf/rap/v45n3/09.pdf.

Barboza, D. B; Soler, Z. A. (Março 2003). Afastamentos do trabalho na enfermagem: ocorrências com trabalhadores de um hospital de ensino.

Ribeirão Preto SP/ Brasil: *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. V. 11, n. 2, p. 177-183. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n2/v11n2a06.pdf>.

Benevides, A. M. T P., Org. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo/ Brasil: Casa do Psicólogo.

Bessa, M. E. P., Almeida, M. I. A., Araújo, M. F. M., Silva, M. J. (Outubro/Dezembro 2010). Riscos ocupacionais do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. Rio de Janeiro/Brasil: *Revista de Enfermagem UERJ*. V 18(4). Recuperado de: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a24.pdf>

Bianchi, F. J; Tanno, A. P; Marcondes, F. K. (Setembro/ Dezembro 2001). Relação entre Nível de Estresse e supersensibilidade a norepinefrina em ratas no Proestro. *Revista Brasileira de Ciências Farmacêuticas*. Piracicaba SP/ Brasil: 37, n. 3. Recuperado de: <http://www.rbcf.usp.br/edicoes/volumes/v37n3/pdf/v37n3p391-398.pdf>

Bianchini, M. C. (1999). *Saude Mental e o Trabalho do Enfermeiro*. (Tese de mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirao Preto. São Paulo./ Brasil.

Bittar, D. B., Pereir, L.V., Lemos, R.C.A. (Out/Dez 2006). Sistematização da assistência de enfermagem ao paciente crítico: Proposta de instrumento de coleta de dados. Ribeirão Preto SP/ Brasil: *Texto Contexto Enfermagem*. N 15(4). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n4/v15n4a10.pdf>

Blikstein, P (Setembro 2011). Uma nova concepção para ensinar exatas. São Paulo/ Brasil: *Folha de São Paulo*. P.3, N25.

Brasil, Ministério da Saúde. (2001). Doenças relacionadas ao trabalho: manual de

procedimentos para os serviços de saúde. Brasília DF/ Brasil: *Série A Normas e Manuais Técnicos*. N 14. Recuperado de: http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/instrumento/arquivo/16_Doencas_Trabalho.pdf

Camon, V. A. A. (2009). *Psicologia da Saúde: Um novo significado para a prática clínica*. Sao Paulo/Brasil: Cengage Learning. 1ª ed.

Capes (2010). Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. *Plano nacional de pós-graduação (PNPG)*. Brasília/ Brasil: V. 1. Recuperado de: <https://www.capes.gov.br/images/stories/download/Livros-PNPG-Volume-I-Mont.pdf>

Campos, R. G. (2005). *Burnout: uma revisão integrativa na enfermagem oncológica*. (Tese de Mestrado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. São Paulo/ Brasil. 158f.

Carlotto, M. S., Câmara, S. G. (Abril/Junho 2008). Análise da produção científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *ULBRA/Canoas/Brasil: Psico*. V. 39, N. 2, P. 152-158.

Caregnato, R. C. A., Lauter, L. (Setembro/Outubro 2005).. O estresse da equipe multiprofissional na sala de cirurgia. *Revista Brasileira de Enfermagem*. V 58, n. 5. Recuperado de www.scielo.br/pdf/reben/v58n5/a09v58n5.pdf.

Castro, J. A., Paredes, M., & Vilorio, H. (2004). Definición del Síndrome del *Burnout*. *Resumos do 5o Congresso Nacional de Psicologia da Saude" A Psicologia da Saude num Mundo em Mudanca"*. Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saude.

Chiavenato, A. (2010). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. Rio de Janeiro/ Brasil: Elsevier. 3ed.

- Cohn, A. (1998). *Os desafios da gestão municipal democrática*. São Paulo/Brasil: Cortez. b
- Cova, R. P., Martino, M. F. M (2004). Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. São Paulo: *Rev Esc Enfermagem USP*. V. 32, n. 2. Recuperado de: www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/05.pdf.
- Deslandes, S. F. (2004). Análise do Discurso Oficial Sobre Humanização da Assistência Hospitalar. Rio de Janeiro/Brasil: *Revista Ciências. Saúde Coletiva*. V 9(1). ISSN 1413-8123. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232004000100002&script=sci_arttext
- Dejours, C. et al (Maio/ Junho1993). Por um trabalho, fator de equilíbrio. São Paulo/ Brasil: *Revista de Administração de Empresas*. V. 33, N. 3, P. 98-104
- Detoni, D, J (2001). *Estratégia de avaliação da qualidade de vida no trabalho: estudos de caso em agroindústria*. (Tese de Mestrado). Florianópolis/Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina.
- Ferreira; ABH (1999). *Novo Aurélio Século XXI: o dicionário da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 3ª ed. 2128p.
- Ferreira, V. A., Ramos, R, S., Gomes, A. M., Oliveira, O. V. da S., Maciel, R. E. O. (Maio 2001). A representação social da equipe de enfermagem sobre a prescrição de enfermagem. Rio de Janeiro/Brasil: *Revista Hopsital universitário Pedro Ernertos* .V. 10 (Supl.1). Recuperado de: http://revista.hupe.uerj.br/detalhe_artigo.asp?id=130
- Ferreira, M. C., Pacheco, S., Pinto, N. M., Fernandes, H. A., Silva, A. P. C. (2007) O bem-estar no trabalho e a predição da exaustão emocional. *In:*

Encontro Anual da Associação Nacional dos Cursos de Pós-Graduação em Administração e Pesquisa – Enanpad. Rio de Janeiro/ Brasil: Anais ANPAD. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000173&pid=S1984-9230201200020000400013&lng=en

Figueiredo, N. M. A., Carvalho, V (1999). *O Corpo da Enfermeira como Instrumento de Cuidado*. Rio de Janeiro/Brasil: Revinter.

França, A. C. L., Rodrigues, A. L. (2007). *Stress e Trabalho: Uma Abordagem Psicossomática*. São Paulo/Brasil: Atlas. 3 ed.

França, A. C. L., Rodrigues, A. L. (2007). *Stress e Trabalho uma Abordagem Psicossomática: Significado do stress*. São Paulo/Brasil: Atlas. 4 ed.

Freitas, F, C, T. (2010). *A Ginástica laboral na redução de queixas de estresse ocupacional e dor osteomuscular em funcionários administrativos de uma universidade pública*. (Tese de Mestrado). São Paulo/Brasil: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Fortes, P.A.C. (Setembro/Dezembro 2004). Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde. *Saúde e Sociedade*. V 13(3): 30-35. Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/sausoc/article/viewFile/7123/8597>

Gaidzinski, R, R (1998). *O dimensionamento de pessoal de enfermagem em instituições hospitalares* (Tese de Mestrado). São Paulo/Brasil: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Gallardo, M. del S (Abril 2006). Evaluación de resultados en salud. *Revista de enfermaria del hospital italiano*. A 9. N 27.

Geovanini, T. (2005). *Historia da Enfermagem: Versões e interpretações*. Rio de Janeiro/Brasil: Revinter. 2ª ed.

- Gil, M, P, R; Peiró, J, M (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Sínteses.
- Gomes, E.L.R. Anselmi, M.I.L., Mishima, S. M. et al. *Dimensão Histórica da Gênese e Incorporação do Saber Administrativo na enfermagem*. In: Almeida, M. C. P., Rocha, S. M. M. (Org). (1997). *O Trabalho de Enfermagem*. São Paulo/Brasil: Cortez, 1997.
- Guimarães, L. A., M; Siegrist, J. Martins, D. A. (2004). *Modelo teórico de estresse ocupacional: Desequilíbrio entre esforço e recompensa no trabalho (ERI)*. In: Guimarães, L, A; Grubits, S. São Paulo/Brasil: Série saúde mental e trabalho. Casa do Psicólogo v. 2.
- Guimarães, R. Tavares, R. (1994). *Saúde e Sociedade no Brasil: anos 80*. Rio de Janeiro/Brasil: Relume Dumará.
- Greenberg, L.S. (2002). *Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Harrison, B. J. (1999). Are you to burn out? *Fund Raising Management*, 30, 3, 25-28. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000129&pid=S1413-7372200200010000500023&lng=en
- Ibege (2010) Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Recuperado de: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/>
- Inocente, N, J. (2007). *Gestão e Comportamento Humano nas Organizações: Estresse Ocupacional: origem, conceitos, relações e aplicações no trabalho*. Rio de Janeiro/Brasil: Brasport.

- Inoue, K, C. (2008). *Análise do dimensionamento de pessoal de enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva para Adultos*. (Tese de Mestrado). Maringá PR/ Brasil: Departamento de Enfermagem/UEM.
- Jacques, M. G., Codo, W (2007). *Saúde mental & Trabalho: Leituras*. Petrópolis, Rio de Janeiro/Brasil: Vozes. 3 ed.
- Kanaane, R. (1995). *Comportamento Humano nas Organizações: O Homem Rumo ao Século XXI*. São Paulo/Brasil: Atlas.
- Karasek, R, A (1979). Job Demand, job decision latitude , and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*. V 24.
- Karasek, R, A. Et Al (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: a prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*. V71, n 7.
- Karasek, R, A (1985). *Job Content Questionnaire and User's Guide*. University of Massachusetts. Mar.
- Karasek, R ,A; Theorell, T (1990). *Healthy work-stress, productivity, and the reconstruction of working life*. Basic Books.
- Kirchhof, A, L, C., Bosi, S. M., Camponogara, S., Harter, G. R., Petri, T. J., Cassol, P. F., Gama, P. L. (Abril/ Junho 2009). Condições de trabalho e características sócio demográficas relacionadas à presença de distúrbios psíquicos menores em enfermagem. Santa Catarina/Brasil: *Texto Contexto Enferm, Florianópolis*. V18, N.2, p.215-223. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/714/71411706003.pdf>
- Kornfield, D. (2008). *Introdução a Restauração da Alma: Entendendo a Força do Estresse*. São Paulo/Brasil: Mundo Cristão. 2º ed.

- Langona, L. M., Santos, D. M. T., Ribeiro, G. O. (Setembro/ Outubro 2006). Estresse: fatores de risco no trabalho do enfermeiro hospitalar. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Uberaba MG/Brasil: V. 59, N. 5, Recuperado de www.scielo.br/pdf/reben/v59n5/v59n5a13.pdf.
- Landeiro, E. (Novembro 2011). Viagem pelo mundo da ansiedade, Burnout e Perturbação Depressiva. Portugal: *Psicologia. PT. O Portal dos Psicólogos*. Recuperado de: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0592.pdf>
- Levy, E., Monte, T. (2008). *Os 10 Mandamentos do Sistema imunológico: o estresse bom e o estresse ruim*. São Paulo/Brasil: Ground. 2. ed.
- Lima, M. J. (2005). *O que é enfermagem*. São Paulo/Brasil: Brasiliense. 3 ed.
- Limongi, F, A. C., Rodrigues, A. L. (2009). *Stress e Trabalho: uma abordagem psicossomática*. São Paulo/Brasil: Atlas. 4 ed.
- Lipp, M. (2003). *Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress: Teoria e aplicações clínicas*. São Paulo/Brasil: Casa do Psicólogo.
- Machado, L. M., Colomé, J. S.; Beck, C. L. C. (Janeiro/Abril 2011). Estratégia de Saúde da Família e o Sistema de Referência e de Contra Referência: um desafio a ser enfrentado. Cascavel RS/Brasil: *Revista de Enfermagem UFSM*. V 1. N 1. P 31-40. Recuperado de: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2337>
- Magalhães, A. M., Dall'agnol, C. M., Marck, P. B. (Janeiro/Fevereiro 2013). Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. São Paulo/Brasil: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf

Malagris, L. E., Fiorito, A. C. C. (Outubro/Dezembro 2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. Campinas SP/Brasil: *Estud. psicol. (Campinas)*. V. 23, N. 4. Recuperado de:

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-166X2006000400007&script=sci_arttext.

Manita, C. (2003). *Quando escutar faz mal: Prevenção do burnout num grupo de profissionais de atendimento a vítimas de violência doméstica (projeto de investigação ação)*. Porto: FPCEUP

Margis, R., Picon, P. Cosner, A. F., Silveira, R. O. (Abril 2003) Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista Psiquiatria do Rio Grande do Sul*. N 25 (1). P 65-74. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rprs/v25s1/a08v25s1>

MARTINS, M. M. (2002). *Qualidade de vida e capacidade para o trabalho dos profissionais de enfermagem no trabalho em turnos*. 2002. (Tese de Mestrado). Florianópolis SC/ Brasil: Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Maslach, C; Jackson, S, E (1982). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*. V 2, 99-113. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/full>

_____ (1986). Maslach Burnout Inventory. CA: *Consulting Psychologist Press*. Palo Alto. 2 ed. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/full>

_____ (1996). The Maslach Burnout Inventory: Test manual. *Consulting Psychologist Press*. Palo Alto 3 ed. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/full>

Maslach, C., & Goldberg, J. 1998. Prevention of burnout: A new perspective. *Applied Preventative Psychology*, 7: 63–74. Recuperado de: <http://cdp.sagepub.com/content/12/5/189.short>

- Maslach, C; Schaufeli, W, B; LEITER, M. P (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*. V. 52. Recuperado de: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/job.4030020205/full>
- Matsumoto, K. S. (2010) *A formação do enfermeiro para atuação na Atenção Básica: uma análise segundo as diretrizes do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde)*. Rio de Janeiro/Brasil: (Tese de Mestrado). Recuperado de: http://www.obsnetims.org.br/uploaded/2_5_2013_0_A_formacao_do_enfemeiro.pdf
- May, D. R. et al. (2003). Developing the moral component of authentic leadership. *Organizational Dynamics*, v. 32, p. 247-260.
- Mc Ewen, B. S., Lasley, E, N. (2003). *O fim do estresse como nós o conhecemos*. Tradução Laura Coimbra. Rio de Janeiro/Brasil: Nova Fronteira.
- Meeker, M. H., Rothrock, J. C., Alexander. (1997). *Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. Rio de Janeiro/ Brasil: Ganabara Koogan. 10ª ed.
- Meirelles, N. F., Zeitoune, R. C. G (Abril 2003). Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro cirúrgico oncológico. Rio de Janeiro/Brasil: *Escola Ana Nery Revista de Enfermagem*. V 7, N 1. Recuperado de: http://revistaenfermagem.eean.edu.br/detalhe_artigo.asp?id=1121
- Melchiori, L. E., Martins, T. G. (2010). *Saúde e Desenvolvimento Humano: Pacientes com líquen plano oral: Avaliação de Eficácia Adaptativa em Estudo Longitudinal*. São Paulo/Brasil: UNESP.
- Mizobuchi, L. E. C., Cury, C. F. M. R. (2007). Estresse na enfermagem: mensuração das situações geradoras em um hospital geral. São Paulo/Brasil: *Rev Inst Ciênc Saúde*. V 25 N 4 p 349-356. Recuperado de:

http://www.unip.br/comunicacao/publicacoes/ics/edicoes/2007/04_out_no_v/V25_N4_2007_p349-356.pdf

Moreira, D. S., Magnago, R. F., Sakae, T. M., Magajewski, F. R. L. (Julho 2009). Prevalência da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. Rio de Janeiro: *Cadernos de Saúde Pública*. V 25. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n7/14.pdf>

Muntaner C; O'Campo, P, J (1993). A critical appraisal of the demand-control model of the psychosocial work environment: epistemological, social, behavioral and class considerations. *Social Science & Medicine*. V 36 (11) INSS 1.509-1.517. recovered: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000156&pid=S1413-8123200300040002100023&lng=pt

Murta, S. G., Tróccoli, B. T. (Janeiro/Abril 2004). Avaliação de Intervenção em Estresse Ocupacional. Goiania GO/Brasil: *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. V 20 N 1. P 039-47. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n1/a06v20n1.pdf>

Nogueira M, L. A. (2002). *Saúde Mental dos Profissionais de Saúde*. In: BOTEGA, N. J. *Prática Psiquiátrica no Hospital Geral: Interconsulta e Emergência*. Porto Alegre/Brasil: Artmed Editora.

Novaes, E. M. L., Tanganelli, M. S. (2002). Stress e Qualidade de Vida em Magistrados da Justiça do Trabalho: Diferenças entre Homens e Mulheres. Campinas SP/Brasil: *Psicologia: Reflexão e Crítica*. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. V 15(3), pp. 537-548. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/prc/v15n3/a08v15n3.pdf>.

OMS (Organização Mundial Da Saúde). (2001). Organização Pan Americana de saúde. *Relatório sobre a saúde no mundo*. Saúde Mental: Nova Conceção, Nova esperança. OPAS/OMS.

- Pafaro, R. C., Martino, M. M. F. (Junho 2004). Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica de Campinas. São Paulo/Brasil: *Rev. esc. Enferm. USP*. V 38. N. 2. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342004000200005&script=sci_arttext
- Paiva, K. C. M., Couto, J. H. (Novembro/Dezembro 2008). Qualidade de vida e estresse gerencial “pós-choque de gestão”: o caso da Copasa-MG. Rio de Janeiro/Brasil: *Revista de Administração Pública*. V 42(6) INSS1189-211. Recuperado de: <http://www.spell.org.br/documentos/ver/2309/qualidade-de-vida-e-estresse-gerencial----pos-choque-de-gestao-----o-caso-da-copasa-mg>
- Paschoa, T., Tamayo, A. (2004). Validação da escala de estresse no trabalho. Brasília/Brasil: *Estudos de Psicologia*. V 9. N 1. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v9n1/22380.pdf>
- Pereira, L, Z., Braga, C, D., Marques, A, L. (2008). Estresse no trabalho: estudo de caso com gerentes que atuam em uma instituição financeira nacional de grande porte. Belo Horizonte/ Brasil: *Revista de Ciências da Administração*. V 10. N. 21. P. 175-196. Recuperado de <http://www.spell.org.br/documentos/ver/4732/estresse-no-trabalho--estudo-de-caso-com-gerent---/i/pt-br>
- Pereira C, A., Miranda, L, C, S., Passos. J.P. (2009). O estresse ocupacional da equipe de enfermagem em setor fechado. Brasil: *Revista de pesquisa: cuidado é fundamental On Line*. Set/Dez. ISSN 2175-5361 Recuperado de www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/346/331.
- Pérez, Jáuregui. M. I., Benasayag León. (Diciembre2001). “Estrés Laboral: Estrategias de afrontamiento ante situaciones limites.” Buenos Aires: *Revista de enfermería del hospital italiano*. Año 5. Número 14.

- Pérez, Jáuregui. M. I (2005). *Burn-out y estrés laboral: Sufrimiento y sinsentido en el trabajo. Estrategias para abordarlos*. Buenos Aires: Psicoteca Editorial.
- Potter, P. A. (2005). *Fundamentos de Enfermagem: Estresse e adaptação*. Rio de Janeiro/Brasil: Elsevier.
- Queirós, C. D. S., Carlotto, M. S. (2010). Burnout, hardiness e satisfação com o trabalho: um estudo comparativo entre profissionais da área da saúde portugueses e brasileiros. *Saúde e Qualidade de Vida: Uma meta para atingir*.
- Ratey, J., Johnson, C. (2006). *Síndromes Sentenciosas: O Horizonte Restrito*. Rio de Janeiro/Brasil: Objetiva LTDA.
- Ribeiro, E. J. G., Shimizu, H. E. (Setembro/Outubro 2007). Acidentes de trabalho com trabalhadores de enfermagem. Brasília/Brasil: *Rev Bras Enferm.* V 60(5). Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/reben/v60n5/v60n5a10.pdf>.
- Robbins, S. P. (2005). *Comportamento Organizacional*. São Paulo/Brasil: Editora Pearson Prentice Halls, 11 ed.
- Rocha, L. E. Glina, D. M. R. (2000). *Trastornos psíquicos relacionados com trabalho* In: Saúde do Trabalho. São Paulo SP/Brasil: Roca.
- Rocha, S.M.M., Almeida, M.C.P. (Dezembro 2000). O processo de trabalho da enfermagem em saúde coletiva e a interdisciplinaridade. **Rev.latino am.enfermagem**, Ribeirão Preto/Brasil: V. 8. N. 6. P 96-101.
- Rodrigues, V. M. C., Ferreira, A. S. S. (2011). Fatores geradores de estresse em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. São Paulo/Brasil: *Revista Latino Americana. de Enfermagem*. V. 19. N 04. Recuperado de: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/4410>

Romana Albaladejo, Rosa Villanueva, Paloma Ortega, P Astasio, ME Calle y V Domínguez (2004). Síndrome de burnout en el personal de enfermería de un hospital de Madrid. *Revista Española de Salud Pública*. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad España. V. 78. N 4. P 505-516. INS 78: 505-516.

Sabetti, S. (2002). *Principio da Totalidade: Uma Analise do Processo da Energia Vital*. São Paulo/Brasil.

Santos, O. A. F., Cardoso, C. L. (Abril/Junho 2010) Profissionais de saúde mental: estresse e estressores ocupacionais stress e estressores ocupacionais em saúde mental. Maringá PR/Brasil: *Revista: Psicologia em estudo*. V15 (2) ISSN 1413-7372 Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722010000200003

Scalco, S. V., Lacerda, J. T., Calvo, M. C. M. (Março 2010) Modelo para avaliação da gestão de recursos humanos em saúde. Rio de Janeiro: *Cad. Saúde Pública*. V 26. N.3. ISSN 0102-311X. Recuperado de: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S0102-311X2010000300017&script=sci_arttext

Schnall, P., Landsbergis, P., Baker, D. (1994). *Job strain and cardiovascular disease*. *Nual Review of Public Health*.

Schulze, C. M. N. (1997). *Dimensões da dor no câncer: reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma de saúde*. São Paulo/Brasil: Robe.

Schmidt, D. R. C. (2009). *Qualidade de vida no trabalho e sua associação com o estresse ocupacional, a saúde física e mental e o senso de coerência entre profissionais de enfermagem do bloco cirúrgico*. (Tese de

Doutorado). Ribeirão Preto SP/Brasil: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

Seyle, H (1995) *Stress: a tensão da vida*. Tradução de Frederico Branco. São Paulo/Brasil: Ibrasa. 2 ed.

Seligmann, S. E (1994). *Desgaste Mental no Trabalho Dominado*. Rio de Janeiro/Brasil: UFRJ/Cortez.

Siegrist, J (2001). Adverse health effects of high-effort/low-reward imbalance at work: theory, empirical support, and implications for preventions. In: COOPER. C. L. *Theories of organizational stress*. Oxford: Oxford University Press.

Siegrist, J. Et Al (2004). The measurement of effort-reward imbalance at work: European comparisons. *Social Science & Medicine*. V 58. N 8. P 1.483-1.499.

Silva, F. P. P. (2000). Burnout: Um Desafio À Saúde do Trabalhador. Londrina PR/Brasil: *Revista de Psicologia Social e Institucional*, Universidade Estadual de Londrina. V 2(1). Recuperado de: <http://www2.uel.br/ccb/psicologia/revista/textov2n15.htm>

Silva, M. K. D., Zeitoune, R. C. G. (Abril/Junho 2009). Riscos ocupacionais em um setor de hemodiálise na perspectiva dos trabalhadores da equipe de enfermagem. Rio de Janeiro/Brasil: *Escola Anna Nery Rev Enferm*. V.13. N 2. P.279-286.

Silva, L. J. L., Melo, C. E. P. (2006). Estresse e implicações para o trabalhador de enfermagem. São Paulo/Brasil: *Informe-se em promoção da saúde*. V 2. N 2. P.16-18. Recuperado de www.uff.br/promocaodasaude/estr.trab.pdf.

- Silva, E. L. Menezes, E. M. (2000). Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação. Florianópolis/Brasil: Universidade Federal de Santa Catarina. PPGED/LED.
- Soares, L. A. B., Mota. H. G. (2009). Estresse ocupacional e enfermagem: abordagem em unidade de atenção a saúde mental. Minas Gerais/Brasil: *Revista online Centro Universitário do Leste de Minas Gerais (Unileste)*. V02 N17. Recuperado de www.unilestemg.br/revistaonline/volumes/02/downloads/artigo_17.pdf
- Smeltzer, S, C; Bare, B, G (2005). *Brunner e Suddarth: Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro/Brasil: Guanabara Koogan. 10. ed.
- Spindola, T., Martins, R E. R. C. (Outubro 2007). Estresse e Enfermagem: A Percepção das Auxiliares de Enfermagem de uma Instituição Pública. Rio de Janeiro/Brasil: Escola Anna Nery Enferm V 11 (2). Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n2/v11n2a05.pdf>.
- Stein Backes, D., Pereira Esperança, M., Madruga Amaro, A., et al. (2005). *Sistematização da Assistência de Enfermagem: Percepção dos Enfermeiros de um Hospital Filantrópico*. Maringá PR/ Brasil: Acta Sci, Health Sci., v.2, n. 1, p. 25-29. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/3072/307223942004.pdf>
- Stédile, N. L. R. (1996). *Prevenção em Saúde: comportamentos profissionais a desenvolver na formação do Enfermeiro*. (Tese de Mestrado). São Carlos SP/Brsail: Universidade Federal de São Carlos.
- Stacciarini, J. M., Tróccoli B, T (Março/ Abril 2001). O estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. Ribeirão Preto SP/ Brasil: *Revista Latino Americana de Enfermagem*. V 9(2). ISSN 1518-8345 Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v9n2/11510.pdf>.

- Strauss, A., Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o desenvolvimento da pesquisa fundamentada*. Porto Alegre/Brasil: 2 ed. Artmed.
- Taylor, C., Lillis, C., Lemone, P. (2007). *Fundamentos de enfermagem: Estresse e adaptação*. São Paulo/Brasil. 5. ed.
- Theörell. T. (2001). Job characteristics in a theoretical and practical health context. In: Cooper, C. L. *Theories of organizational stress*. Oxford: Oxford University Press. cap. 9.
- Timby, B. K., Smith, N. E. (2005). *Enfermagem Médico-Cirúrgica: Aprendizado*. São Paulo/Brasil: Manole Ltda. 8 ed.
- Vasconcelos, E. F., Guimarães, L. A. M. (Janeiro 2009). Esforço e recompensa no trabalho de uma amostra de profissionais de enfermagem. *Psicólogo in Formação*. A 13. N 3. Recuperado de: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/PINFOR/article/viewFile/2075/2040>.
- Vaz-Serra, A. (1987). Um estudo sobre coping: O Inventário de Resolução de Problemas. *Psiquiatria Clínica*. V 9(4), 301-316.
- Waldow, V. R. (1999). *Cuidado Humano: O resgate necessário*. Porto alegre/Brasil: Sagra Luzzatto. 2 ed.
- Yamamoto, K., Irie, M., Sakamoto, Y., Ohmoriand, S., Yoshinari, M. (2007). The Relationship between IMPS-measured Stress Score and Biomedical Parameters Regarding Health Status among Public School Workers. *J Physiol Anthropol*. V 26: 149-158.
- Zimpel, R. R. (2005). *Aprendendo a Lidar com o Estresse: Burnout*. São Leopoldo/Brasil: Sinodal.

9. ANEXOS

9.1 Recolección de datos

El cuestionario será aplicado una semana antes de la entrevista semi-dirigida. El mismo fue extraído a partir de veinte frases asertivas con el objetivo de evaluar el nivel de interacción entre las personas del grupo y algunos aspectos de la comunicación entre ellos.

Nota: En este primer momento no serán medidas habilidades, sólo relevados veredictos/percepciones particulares de cada participante en relación a los artículos mencionados.

Leyenda:

1- Totalmente en desacuerdo **2-** Parcialmente en desacuerdo **3 -** Indiferente
4- Parcialmente de acuerdo **5-** Totalmente de acuerdo

Temas	1	2	3	4	5
1. Tengo las informaciones necesarias para la realización de mi trabajo.					
2. Conozco las directrices y políticas del Hospital Municipal.					
3. Conozco las directrices y políticas del área de enfermería.					
4. Tengo claridad de los objetivos a alcanzar en el área de enfermería.					
5. Percibo por parte de la mayoría de los miembros del equipo de área de enfermería una actitud comprometida.					
6. Los recursos de comunicación son suficientes y están debidamente administrados para promover un buen intercambio de información entre servidores.					
7. Hay intercambio de información entre el equipo					

de trabajo de RRHH/SESMT.					
8. Es fácil obtener informaciones necesarias para mis actividades diarias en mi trabajo.					
9. Tengo buena relación con todos mis compañeros de equipo.					
10. Los eventos fuera de horario de trabajo se dan en un clima relajado.					
11. La transferencia de conocimiento e información es un valor importante en mi entorno laboral.					
12. Recibo feedback de mis colegas y mi superior jerárquico.					
13. Estoy listo para ofrecer información sobre mis servicios y mi área de especialización.					
14. Me siento comprometido a ofrecer lo necesario a mis compañeros de trabajo.					
15. Mi superior jerárquico informa de las directrices y metas a alcanzar.					
16. Me gusta asistir a eventos con el equipo de enfermería fuera de mis horas de trabajo.					
17. Las reuniones son trabajo productivo con intercambio de información entre los participantes.					
18. Percibo que la gestión del área de enfermería invierte tiempo y recursos en la mejora de la comunicación interna.					
19. Considero el clima del área de enfermería relajado y colaborativo.					

9.2 Cuestionario de investigación del impacto del estrés laboral del enfermero en la asistencia al paciente.

9.2.1 Inventario de datos sociodemográficos

Marque con una cruz (x) la respuesta adecuada o completa; toda la información es de carácter confidencial.

Datos personales

1- Género:

Femenino () Masculino ()

2- Edad: ____ años (especificar)

3- Estado civil: soltero (); casado (); divorciado (); viudo ().

4- Hijos: No () Sí () cuántos: _____

5- Práctica religiosa: No () Sí ()Cuál: _____

6- Hobbies: No () Sí () especificar _____

7- Participación en conferencias/entrenamientos:

No () Sí () Cuántas veces al año: _____

8- Actividad profesional (cargo) _____

9- Área de actuación: _____

10- Área de más experiencia _____

11- Tiempo de graduación: _____

12- ¿En cuántas instituciones actúa como enfermera? _____

13- ¿Cuántas horas pagas trabaja a la semana? _____

14- Está trabajando en turnos: () día () noche () noche/día

9.2.2 Inventario de Burnout

Marca en cada cuestión la frecuencia con la que vive o siente cada una de las situaciones descritas a continuación. Marca con una cruz (x) único valor para la pregunta y su respuesta aquí como referencia a su actividad profesional.

Situaciones	Nunca	Algunas veces al año	Una vez al mes	Semanalmente	Todos los días
1. Mi trabajo me agota emocionalmente.					
2. Me siento exhausto al final del día de trabajo.					
3. Me siento cansado cuando me levanto por la mañana y tengo que enfrentar un nuevo día de trabajo.					
4. Comprendo fácilmente cómo se sienten mis pacientes.					
5. Siento que asisto a algunos de mis pacientes como si fueran objetos.					
6. Trabajar con la gente cada día es una gran fuente de					

estrés					
7. Lidio con eficacia con los problemas de los pacientes					
8. Mi trabajo me deja agotado					
9. Siento que a través de mi trabajo influyo positivamente en las vidas de otras personas					
10. Me he vuelto indiferente en las relaciones con la gente desde que tengo este trabajo					
11. Este trabajo me hace más severo emocionalmente					
12. Siento ansiedad por mi demanda laboral					
13. Me siento frustrado con el trabajo					
14. Siento que estoy trabajando en exceso					
15. No me importa lo que le pasa a algunos de mis pacientes					
16. Trabajar directamente con personas me causa estrés					
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes					
18. Me siento feliz de estar con mis pacientes					
19. He conquistado muchas cosas que valoro con mi trabajo					
20. Me siento como si estuviera "al borde del abismo"					
21. En mi trabajo trato con calma los problemas emocionales de las personas					
22. Siento que mis pacientes me culpan por algunos de sus problemas					

Versión adaptada por c. Manita (2003) de Maslach, Jackson & Leiter (1982, 1996).

9.3 inventario situacional

Ponga una cruz (x) en el cuadro que mejor expone su manera habitual de reaccionar. No te detengas demasiado en cualquiera de los temas e incluso si parece difícil tomar una decisión, no omita ninguna respuesta.

Me siento tenso, cuando tengo que:

Situación	Nunca	A veces	A menudo	Siempre
1. Pensar continuamente en todos los factores que me preocupan				
2. Huir de la confrontación con situaciones que son desagradables				
3. Adaptarme a las presiones psicológicas y las demandas del día				
4. Dejar de luchar cuando quiero lograr mis metas				
5. Ser capaz de poner en práctica los planes hechos para resolver mis problemas				
6. Reconocer que a veces soy víctima de otros				
7. Tener siempre valentía para resolver los problemas de mi vida, aunque a veces me molestan bastante				
8. Involucrarme en acciones que seguramente me dejarán ansioso				
9. Permitir que los objetivos principales de mi vida sean interferidos por problemas en mi entorno				
10. Ver siempre los aspectos negativos más que los aspectos positivos de eventos				
11. Preferir un problema desagradable en lugar de buscar información para solucionarlo y evitarlo				

Versión adaptada por Vaz Serra (1987).

9.4 Entrevista semi-dirigida

Preguntas a ser registradas con el fin de verificar la opinión y la interacción entre los enfermeros, para determinar la relación entre la comunicación grupal en el campo de la enfermería con el estrés laboral en la atención al paciente, así como para obtener más información acerca de los puntos más relevantes de la investigación.

Las respuestas de la entrevista

Pregunta 1-

¿Cómo explicarías a alguien lo que es trabajar en el área de enfermería del Hospital Municipal de Unai/MG?

ENFERMERA 1	Trabajar en el área de enfermería, primero es gustar de lo que haces, es un don. Así que prestamos total dedicación al paciente. En realidad nos dedicamos y donamos lo que tenemos a ese paciente.
ENFERMERA 2	Atender a la población, hacer mi trabajo y volver a casa.
ENFERMERA 3	Bien, el servicio de enfermería del Hospital Municipal es bastante complejo. Hoy creo que el problema es la subestimación de las enfermeras. Tienes un equipo sobrecargado hoy día, tanto en el aspecto físico como en el emocional. Sobrecarga de trabajo, tiempo con el paciente. No puedes desarrollar una dinámica para dimensionar el número de profesionales necesarios para el número de pacientes, de acuerdo al tiempo invertido en cada paciente.
ENFERMERA 4	Trabajar en enfermería del Hospital Municipal yo diría que es una gimnasia, tienes que convertirte en diez personas para resolver las dificultades. Necesitas del sector de ambulancia y no hay ambulancia disponible; necesitas lugar en la clínica y no hay ninguna plaza; buscas el experto neurólogo, cardiólogo, traumatólogo y el cirujano, ni pensar. Además de eso para mí es una experiencia inolvidable. Debido a

	<p>las áreas en que he trabajado en las cuales había recursos, aquí no, se carece de todo, desde el especialista a la medicina.</p>
ENFERMERA 5	<p>Es un trabajo un poco complicado porque es un servicio público y hay un gran número de pacientes a atender y un número insuficiente de empleados, eso se convierte en estresante, agotador. Igual, considero que es un buen servicio para personas que les gusta lo que hacen y se sentirse satisfechos. Al final de todo, es bueno trabajar aquí, aun con las dificultades diarias.</p>
ENFERMERA 6	<p>En realidad era un sueño para mí trabajar en el Hospital Municipal. Hoy lo considero un trabajo bastante estresante, pues hay una demanda muy alta y pocos profesionales. Es un trabajo difícil de manejar. Como Unaí es un municipio del noroeste de Minas Gerais, tenemos muchas personas que vienen de otros municipios. Entonces hay pocos trabajadores y algunos de ellos descontentos.</p>
ENFERMERA 7	<p>Quiero estar aquí, porque tengo una relación afectiva con la institución, este es mi trabajo. Aprendí mucho aquí, he hecho cursos en el hospital, mi posgrado fue por aquí. Es una historia de 7 años. Trabajar aquí en este momento me gusta, pero ha sido muy difícil. Porque estamos luchando con la falta de recursos humanos. Estar en condición de liderazgo y no ser capaz de ofrecer un servicio de calidad, por falta de personal, es un poco difícil. Enfermería se realiza con los recursos humanos y con la idealización de calidad de servicios. Tenemos un déficit de 17 técnicos en enfermería y de 12 enfermeros. Por este lado me quedo frustrada, tengo ganas de ver resultados positivos y no sucede.</p>
ENFERMERA 8	<p>Es cuidar y ayudar, porque el paciente ingresa con un dolor que requiere atención. Luego lo ves saliendo</p>

	contento y te das cuenta que puedes ayudar, es muy bueno. Yo, como profesional, me dedico al paciente.
ENFERMERA 9	Era una expectativa para mí, porque trabajaba en PSF (Programa de Salud Familiar) y eso es muy diferente. Aquí aprendimos mucho con la asistencia y con las emergencias. Tengo especialización en urgencia y emergencia, pongo en práctica todo que aprendí en la teoría.

Pregunta 2)

¿Cómo se siente al ser empleado del área de enfermería del Hospital Municipal de Unai/MG?

ENFERMERA 1	Me gusta mucho. Estoy feliz, es un área que me gusta mucho.
ENFERMERA 2	Mira, me gusta ayudar a la gente, cuidar del paciente, ayudar al equipo de trabajo, siempre buscando hacerlo de la mejor manera.
ENFERMERA 3	Estoy aquí desde hace 20 años. He pasado por varias gestiones del Hospital Municipal desde su creación y fui RT (Responsable Técnica) durante 15 años. Hoy en día (y antes también) trabajamos con muchas dificultades, eso es algo que pasa desde hace muchos años. Pero yo percibo que anteriormente los empleados tenían más compromiso con las actividades, con la institución y con los pacientes. Ahora, con el pasar de los años, me doy cuenta que aunque cambie la gestión, no hay compromiso por parte de los profesionales, lo que genera impacto en la atención al paciente. Así que es muy desmotivador, cada uno haciendo su parte, es un trabajo en equipo desmembrado. Pero me di cuenta de que es en todos los ámbitos: enfermería, servicios complementarios. Así que no veo integración.
ENFERMERA 4	Trabajar en enfermería es un regalo, porque sigues una curva de aprendizaje, aunque al final del día estás muy cansada. Pues tú tienes

	que hacer el servicio de otros. Como enfermera, jamás estás en un solo sector. A veces, estás integrada en la enfermería, pero luego tienes que “apagar el fuego” en la clínica de pediatría. Así que nos sentimos muy sobrecargadas. A veces, habría que tener una enfermera en cada sector, aunque en realidad, solo hay una enfermera para atender a todo el hospital y termina siendo un desgaste muy grande.
ENFERMERA 5	Me siento bien, me parece interesante a pesar de tener otro trabajo. El servicio es bueno. Podemos dar un buen apoyo a nuestros pacientes, así como una atención de calidad; pero nos encontramos con circunstancias que a veces son muy difíciles debido a la falta de personal. Digo eso para mí y por las personas que trabajan aquí.
ENFERMERA 6	Me siento afortunada por haber logrado un sueño. Aunque hoy no estoy contenta, a pesar de tener un horario fijo y un sueldo diferenciado, solo un poco satisfecha por esto.
ENFERMERA 7	Respuesta complementada en la cuestión 1
ENFERMERA 8	Me siento muy bien, porque no estaba trabajando en mi área y me dieron una oportunidad y lo acepté con todo entusiasmo. He trabajado en mi ciudad, por eso aquí es una experiencia única. Aquí ves todo y en mi trabajo anterior era solamente la atención básica, porque todo lo que es más complicado lo mandan para acá. Aunque falta apoyo de personal como gestores y doctores, no están presentes.
ENFERMERA 9	Enfermería aquí en el hospital municipal para mí es un logro profesional. Siempre hay desafíos, porque, todo el tiempo el equipo te pone a prueba. Tienes que tener mucha paciencia con el equipo y los pacientes.

Pregunta 3)

¿Cuál es, en su opinión, la personalidad y la cultura del área de enfermería del Hospital Municipal de Unai/MG?

ENFERMERA 1	Es buena gente, son personas tranquilas y abiertas al diálogo. Yo personalmente no tengo ningún problema. Con respecto a la cultura de la institución, sus valores y misión propuesta se practican. Encuentro que es una cultura paternalista. Está abierto el diálogo con la directora, con el RT (Responsable Técnico) y con los otros empleados. Entonces, creo que tendría que ser un poco más autoritaria esta cultura.
ENFERMERA 2	En general, he tenido elogios y quejas. Me han dicho que el personal es amable y educado, que está listo para servir. Así como también recibí informaciones respecto que el empleado es ignorante, que está en la profesión equivocada, que maltrata.
ENFERMERA 3	La personalidad del área de enfermería ha cambiado demasiado. Yo soy muy crítica con la apertura de escuelas y cursos, han creado posibilidades, pero al mismo tiempo no se puede definir un perfil profesional. En una ciudad como Unai ¿Por qué las personas optan por la enfermería? Es por falta de opciones. Luego tú ves los becarios aquí y ya se percibe esa falta de compromiso, producto de su educación. Esto genera profesionales no comprometidos. Creo que la parte académica debe ser el pulso profesional, si no tengo compromiso, la parte académica me va a enseñar los procesos éticos de la profesión. Porque cuando separas ética de enfermería es muy complejo. Hay personas que no tienen idea de las cuestiones éticas y hace el curso. Por eso no tienen placer ni sienten responsabilidad por la profesión.
ENFERMERA 4	Como he trabajado mucho en servicio privado, entiendo esa preocupación y empatía del personal con el paciente; en algunos momentos el profesional

	<p>de enfermería de aquí no lo tiene. Porque además de trabajar con la rutina, siempre nos ponemos en el lugar del otro, pero aquí no, el servicio está robotizado. El paciente llega y el profesional pregunta: ¿Es alérgico a algún medicamento? Aquí no, el profesional dice: “Es sólo este medicamento”, y el paciente ya es liberado o: “es sólo esta medicación, espera en la habitación contigua”. Entonces me di cuenta de que la asistencia es muy robótica. En la enfermería hay que tener compromiso, no se tiene esa empatía aquí.</p>
ENFERMERA 5	<p>La cultura de la enfermería aquí es realmente diferente de otros hospitales. La gente practica una cultura en que todo debe hacerse conforme a su voluntad. En el trabajo en sí: “Oh, quiero un día libre”, “Oh, no puedo trabajar ese día”, “Oh, no quiero ir a trabajar ese día”. Aquí en Unai, una ciudad pequeña, tiene una cultura que si no resuelve aquí, se resolverá en otra ciudad. Porque yo tengo alcaldes e intendentes, que yo conozco, entonces ellos van a conseguir algo mejor. Ellos creen que pueden hacer lo que quieran. Es difícil coordinar el equipo de esa manera, puesto que las reglas no son seguidas. Las reglas están documentadas, pero el equipo no sigue las reglas. Lo veo en términos generales y en todos los sectores. Si no es de su forma es porque el jefe no es un buen jefe o no es un compañero. Por supuesto, pueden haber algunas excepciones, pero si hay reglas tendrían que ser seguidas.</p>
ENFERMERA 6	<p>Somos pocos profesionales y muy diferentes unos de otros. Entonces, la enfermería tiene profesionales muy antiguos y también otros con muy poca experiencia o algunos que son contratados sin concurso. Incluso en conocimientos científicos y técnicos, te das cuenta de esta diferencia, así</p>

	<p>como en la cuestión del trato con los pacientes. Como somos un enfermero para todo el hospital, hemos perdido mucha esencia del papel de la enfermera en la atención al paciente y se trata más con rutinas administrativas. Así que nos frustra un poco no estar involucrados en el cuidado del paciente.</p>
ENFERMERA 7	<p>Es una cultura heterogénea, hay sectores como Centro Quirúrgico y CME que tienen una cultura que hace que todo lo que proponemos de mejoras, ellos lo facilitan. La cultura de la enfermería quiero enaltecerla, porque el equipo de enfermería tiene que funcionar de acuerdo con la gerencia de enfermería, y ahora, desde hace dos meses, tengo un enfermero específicamente para ese lugar. Hemos pasado 1 año y medio sin enfermero específico allá y el equipo aseguró el sector. Algunos profesionales de la sala de emergencias también están comprometidos con su trabajo, pero como es un sector muy estresante, las relaciones de trabajo son también complejas. A veces, las exigencias son tan fuertes que terminan en cuestiones de mejoras salariales y condiciones de remuneración y olvidan algunos de sus deberes. Cuando uno les va exigir, ya no le gusta. Esta cultura también está influenciada por la cuestión regional, porque muchos trabajan en Brasilia, pues allí tienen mejores salarios, pero Unai es otra realidad que no puede seguir al día las condiciones de Brasilia, esto termina generando frustración en los equipos. Cuando estás en una posición de liderazgo, hay cosas que no dependen de uno sino de la Municipalidad y la gente no entiende eso.</p>
ENFERMERA 8	<p>Cuando llegás a un nuevo ambiente, las personas se ponen inseguras, andan con mala cara, principalmente las que tienen más tiempo, pero</p>

	<p>hacemos un buen equipo, no tengo problemas con ella. La realidad es que hay una diferencia entre el compromiso del equipo, las que son concursadas no se preocupan tanto con la calidad del servicio, pues saben que no pueden ser despedidas; mientras que las contratadas, quieren realizar un buen servicio para continuar en la institución.</p>
ENFERMERA 9	<p>La cosa no ha evolucionado mucho. Aún tienes esa cultura de querer desbancar al colega, criticar al colega. Así que, aquí como en otras partes el personal de enfermería está desunido. Creo que se tienen algunas dificultades para dar una mejor atención a los pacientes. Hay quejas de que los pacientes están siempre reclamando, irritados, que sienten demasiado dolor. En realidad hay una barrera entre los pacientes y los profesionales.</p>

Pregunta 4)

¿-Qué crees que piensa el personal (de todas las áreas) del área de enfermería?

ENFERMERA 1	<p>Bueno, la gente de afuera no tiene muy buena visión, porque ven el retraso en la atención, no podemos atender al cliente como a ellos les gustaría. Así que habla bien 2 y 10 hablan mal.</p>
ENFERMERA 2	<p>Mira, el equipo generalmente sabe cómo trabajar, conoce el servicio y a veces busca retardar la atención. Dificultar es no seguir lo que debe ser seguido, de la forma que esta pauta. A veces hacen las cosas del modo difícil. No sé lo que pasa en la cabeza de esas personas. Sabe servir, sabe trabajar; sin embargo, no acciona de la forma que debería. Por ejemplo, se vuelve todo repetitivo, siempre tenemos que poner una etiqueta al suero, debe etiquetarse, una sola mirada de la temperatura del refrigerador. La gente sabe, pero cree que trabajan muy duro y termina diciendo: - por Dios, pero no tenemos tiempo para estar mirando la nevera.</p>

	<p>Es una cosa simple, pero una simpleza que puede llevar a varios problemas. Esas situaciones estresan al enfermero, al equipo, al asistente, por tener que estar siempre en actitudes de jefe. Es que no tiene necesidad de hacerlo todos los días. Terminé de optar por hacer una nota en el libro de guardia con las obligaciones de cada turno. Pero no es solo eso, hay varias otras cosas.</p>
<p>ENFERMERA 3</p>	<p>Estas cuestiones de falta de compromiso profesional se transmiten afuera. Creo que así es el servicio público, he trabajado en un servicio privado y tiene buenos profesionales, quienes no son tan buenos se marchan, no aceptan la filosofía del hospital y así se puede emparejar el profesional al perfil de la institución. El servicio público es muy exigente, están los buenos profesionales, los no tan buenos y los malos, y todos se mezclan. El bueno no aparece, porque se diluye en los no tan buenos. Estábamos discutiendo eso ahora en enfermería. Puedes hacer un buen trabajo, pero tienes una retaguardia que deshace el trabajo. Por ejemplo, tenemos la recepción y la portería aquí, cuando la persona llega a enfermería, después de eso ya está tan negativa que cuando llega a nuestro servicio está incrédula. Ejemplo, la recepción de emergencias no es de responsabilidad de los enfermeros o de los médicos; pero la recepción de emergencias tiene una puerta de entrada, una recepción de enfermería, un médico. La puerta de entrada es un problema del hospital si se la toma por separado. Cuando la gente llega a enfermería se tranquiliza, los problemas se resuelven con mayor calma. Hoy, nuestro principal problema no es enfermería sino urgencias. Normalmente, yo voy a penalizarte por no ser bueno y voy a ponerte en la sala de emergencias. Es</p>

	<p>la cultura que marca que el profesional que se porta mal, como castigo es enviado a trabajar en emergencias y entonces ahí se generan desórdenes en la atención. El equipo es reflejo de quien lo coordina. Puedo decir que en mi trabajo no tengo ningún problema con el equipo, porque si ellos ven que el enfermero está comprometido, caminan juntos. Pero esto no es permanente, es un reflejo del enfermero que está a cargo de la coordinación. El día de que la enfermera de guardia es más rígida, todo el mundo pone tenso y no debería ser así, debería ser algo ya incorporado. Si saben que una enfermera es más atenta, se ponen más atentos también. Creo que son buenas personas, buscan dar lo mejor de sí. Entraron enfermeras nuevas y vemos que se han comprometido, pero cambiar esa visión es para el largo plazo. A veces tenemos 13 enfermeras, a veces 5 y entonces no puedes hacer planes, proyectos. Como Unai es cercano a Brasilia perdemos a muchas enfermeras que van a trabajar allá. Cuando las cosas empiezan a andar bien, se cae todo y tienes que volver al principio.</p>
ENFERMERA 4	<p>Mira, en relación a la enfermería la gente agradece mucho. Quién se preocupa en verdad con el paciente es solamente el equipo de enfermería. A pesar de ser robotizada, sin mucha empatía, la enfermería está más preocupada con el paciente. Porque si el doctor llega, solo prescribe la medicina y es la enfermería que estará allí para dar apoyo y cuidado. No todos son así, pero gracias a Dios mi equipo es muy atento en el sentido de que, si no veo algo importante, me pasan un informe, me avisan si puedo verlo, entonces yo las oriento. La mayoría ven la enfermería con buenos ojos. Creo que del mismo modo,</p>

	<p>enfermería aquí, para la mayoría de los profesionales, es el verdadero ángel de la guardia de los pacientes.</p>
<p>ENFERMERA 5</p>	<p>Piensan que no es bueno, pero en realidad hay una diferencia. Incluso hemos hecho una búsqueda. A quién es atendido por el Hospital Municipal en la enfermería, clínica, cirugía, maternidad, pediatría, le encanta el servicio y el personal. Pero son los pacientes en la sala de emergencias quienes ven con ojos diferentes. Les parece que nadie trabaja de forma satisfactoria, que la atención es un desorden. Ya en la atención a los internados, muchos de los que pasaron por el servicio comentan que no sabían que había un servicio tan bueno en Unai. Pero eso es porque la hospitalización es un servicio de rutina, programado según la agenda de ese paciente, donde cada uno tiene su paciente para satisfacer la demanda. Aunque tenga que andar corriendo, al hacer un baño en la cama, una curación, pasar una sonda, terminas por tener un contacto directo con el paciente. Ocurre esta interacción. En la sala de emergencia es diferente, es un promedio de 300 llamadas por día, es un montón de gente pasando por allí y que quieren ser atendidos rápidamente. Como el número de médicos es insuficiente cuando llegan al área de enfermería ya están estresados y hablan de forma descortés con el equipo. Mientras, el equipo tiene que desempeñar la atención a varias personas al mismo tiempo. En mi experiencia, estás haciendo un procedimiento, luego tienes que ir allí a cerrar un suero, y terminas olvidando que tienes que volver con el procedimiento anterior. Sumado a los acompañantes del paciente que están reclamando por tu atención. A veces las personas no entienden que el Hospital Municipal tiene otras áreas y que PA (Pronta Atención) es sólo una</p>

	<p>de ellas. Ahora estando aquí dentro, los empleados pueden ver que es un servicio de buena calidad. Pero la falta de enfermeras complica un poco las cosas. Aunque ahora hubo contratación de algunos enfermeros sin concurso para abastecer la demanda. Mejoró un poco el trabajo de enfermería y el de los técnicos. Todo el mundo intenta proporcionar un servicio de calidad y constantemente participan en cursos y entrenamientos. Muchos tienen buena voluntad en el servicio de calidad. Si tiene la impresión que la enfermería trabaja mucho y que el servicio funciona.</p>
ENFERMERA 6	<p>Creo que somos mal vistos afuera, porque cuando comenzó, el Hospital tenía esta misma cantidad de empleados, y hoy somos referencia de 12 ciudades y a Unai con 100.000 habitantes y continuamos del mismo modo. Así que esta cuestión de insatisfacción del empleado es alta y se refleja en la comunidad. Porque la comunidad termina no siendo bien tratada y quienes lo sufren son los usuarios. Creo que esta insatisfacción es general, por los 5 años que estoy aquí las otras áreas ven a la enfermería de la misma manera que yo. Frustrados, con alta demanda de trabajo y descontentos.</p>
ENFERMERA 7	<p>Creo que hay una opinión heterogénea. Ya se han hecho algunas investigaciones donde aparece gente exaltando el trabajo de enfermería y otros sectores más críticos. Lo que estamos planeando ahora es tratar de cuantificar y calificar esas opiniones y eso es lo que el Hospital iniciará con el área de Escucha. Pero de una manera general, aún ven la enfermería de manera positiva. Gracias a Dios somos capaces de desarrollar el trabajo sin grandes problemas, sin</p>

	errores graves que repercutirían en la salud del paciente.
ENFERMERA 8	<p>Algunos elogian y otros se quejan mucho. Usted asiste a 90, pero si no lo has hecho como 1 paciente quería, ya eres un mal profesional. Pero muchos entienden nuestro lado, porque ven la demanda y no es fácil aquí.</p> <p>En cuanto a los otros sectores, acá dentro cada uno está en su cuadrado. Si cada uno cuida de su sector y se centra en él, disminuirá la cantidad de problemas. Por la noche, que es mi turno, veo una gran diferencia en el equipo. Por la noche los profesionales son buenos, cuando vengo de día por haber cambiado el turno, veo que los compañeros están desunidos y son difíciles. Doy gracias a Dios por trabajar de noche, aunque el cuerpo a veces sufre.</p>
ENFERMERA 9	<p>Es relativo, hay personas que piensan que fueron bien atendidos y otros que no, y hablan muy mal del Hospital. Como todavía tengo poco tiempo en el Hospital, no he tenido tiempo para percibir la opinión de otras áreas con respecto a la enfermería.</p>

Pregunta 5)

Si el área de enfermería fuera una persona, ¿cómo sería esa persona?

ENFERMERA 1	<p>La enfermería como persona sería como un hijo mío, porque es un don y es algo que te gusta como si fuera tu hijo. Al tratar con gente siempre me pongo en su lugar, luego podría ser yo misma, porque tienes que ponerte en el lugar del paciente. Estamos aquí para donar, cuidar, así que tienes que hacer tu mejor intento con la visión de que vas a tratar a alguien que de verdad quieres mucho.</p>
ENFERMERA 2	<p>Una persona que necesita saber trabajar en equipo, ayudar al prójimo y buscar hacer las cosas correctamente y seguir, obedecer la jerarquía, porque debemos seguir esa jerarquía. Pensar primero en el paciente. Mirar al paciente y pensar... ¿y si yo</p>

	estuviera allí?
ENFERMERA 3	Una persona loca... (risas). Una persona insegura, que necesita de alguien.
ENFERMERA 4	El área de enfermería sería una persona lista para recibir, prestar atención cuando la gente más lo necesita. Enfermería es eso, con los brazos abiertos, listos para mirar la persona socio-culturalmente, para recibirlo con los brazos abiertos.
ENFERMERA 5	Esa persona no será joven, será vieja. Es un servicio muy exigente y agotador. Un poco agotada, pero es aún capaz de hacer las cosas.
ENFERMERA 6	Creo que hay que ser una persona que nace para eso, que le gusta ayudar. Porque mi teléfono no deja de sonar afuera, ayudo a la gente las 24 horas del día. En primer lugar, amar lo que hace y haber nacido para ello. Eso es dedicación no sólo aquí, siempre que la gente precisa su ayuda, sus cuidados.
ENFERMERA 7	Ella es una persona que está trabajando demasiado... (risas). Está cansada, ha buscado también, luchó, buscó mejoras profesionales. Es muy bonita, sabes aquella persona que está abatida y le hace falta una renovación grande. Pero ella es una persona con mucho potencial, hermosa, con un montón de cosas buenas.
ENFERMERA 8	Sería hermosa y maravillosa según las teorías, pero en la práctica sería una persona razonable, tratando de hacer muchas cosas, pero lo poco que le ofrecen a cambio se agota, porque no hay instalaciones adecuadas y la asistencia necesaria.
ENFERMERA 9	Es una persona muy fuerte porque la enfermería es el soporte del hospital. Triunfante y físicamente fuerte e inteligente para saber resolver asuntos.

Pregunta 6)

¿Cómo es la actuación del área de RRHH y SESMT en el soporte de la salud ocupacional de los servidores de la institución?

ENFERMERA 1	Yo creo que hay apoyo de SESMT, a través de charlas, orientación sobre el uso de EPIS, cuidados con la tarjeta de vacunación y con la salud del trabajador.
ENFERMERA 2	Me parece muy pobre su participación. Como soy la más nueva no tengo una respuesta cierta para eso, pero veo poca participación, interacción, reuniones de RRHH y SESMT para dar orientaciones de salud ocupacional del empleado.
ENFERMERA 3	Desde hace 6 años, instalaron el área de RRHH dentro del hospital para ayudar en la comunicación. Actualmente, RRHH está desmembrado, sus integrantes fueron direccionados a otras funciones. En el momento que empezó realmente ayudó mucho. Hubo mejora en la comunicación entre los profesionales y la administración del hospital. Hoy solo trabaja para resolver nuestros problemas administrativos. Ya la SESMT ha mejorado mucho, hoy tenemos el técnico de seguridad en el trabajo, que desarrolla proyectos, campañas, cursos de capacitación, vestimenta, control y atención de accidentes de trabajo. Tiene un trabajo activo. Y para el trabajador es fantástico.
ENFERMERA 4	Yo estoy hace poco tiempo aquí y no sé, no conozco como es la participación de RRHH y SESMT. Pero lo que veo, creo que es muy poco, es solo pedir la tarjeta de vacunas. Yo vengo de un servicio privado donde hacíamos una integración y una admisión completa, con serología para todos, y cuando me fui también realicé sorología. Luego, yo entré sin ninguna enfermedad relacionada con el material biológico y salí de la misma manera. Creo que lo que han hecho es muy poco, porque he estado aquí

	durante tres meses y nada me fue solicitado.
ENFERMERA 5	Hay buena interacción. Seguridad y medicina ocupacional ha ofrecido entrenamientos, la SIPAT una semana de accidentes de trabajo. Hay una distribución de EPI'S, aunque nos estamos en falta respecto de inspecciones periódicas aquí, siempre nos perjudica la falta de recursos humanos. No hay médico laboral para hacer las pruebas y por eso, estamos hace más de un año sin hacernos exámenes periódicos. Creo que debería mejorar el rendimiento de RRHH y SESMT.
ENFERMERA 6	Creo que el RRHH y SESMT han desarrollado algunos trabajos con nosotros que han producido efectos. Hoy tenemos más precauciones y rutinas que no teníamos antes. Por lo menos con el personal de enfermería, ha tenido una influencia.
ENFERMERA 7	Existe, la interacción es en el sentido de la supervisión y asistencia cuando hay un accidente biológico. Tenemos la CIPA (Comisión Interna para la Prevención de Accidentes) que participa y da sugerencias. Es un nuevo servicio, tendrá cinco años, y creo que lograron muchas cosas. Respecto a RRHH, como es una sola persona es difícil hacer un trabajo de interacción y control. Ahora, SESMT, por el hecho de conseguir que los propios empleados participen en el trabajo que proponen, puede ser más exitoso.
ENFERMERA 8	Tenemos poco contacto, porque yo trabajo por la noche y ellos de día. El contacto que tuve fue sólo la entrega de documentos, aunque puedo decir que son educados y están disponibles cuando los necesitamos.
ENFERMERA 9	Como tengo poco de tiempo en el hospital todavía no tuve ninguna interacción con el RRHH y SESMT

ⁱ Balassiano M., Tavares, E., Pimenta, R. C. (Maio/ Junho 2013). Estresse ocupacional na administração pública brasileira: quais os fatores impactantes. Rio de Janeiro/ Brasil: *Revista de administração pública*. V. 45, n. 3. Recuperado de www.scielo.br/pdf/rap/v45n3/09.pdf. “O estresse ocupacional está presente em qualquer profissão ou nível hierárquico. A aptidão de criar e manter um ambiente com presença reduzida de estressores organizacionais é uma exigência crescente e todo administrador deve estar capacitado para gerir e reduzir o próprio estresse e para auxiliar na diminuição das tensões de seus subordinados. Além disto, é necessário admitir que haja estressores inerentes à natureza da atividade, à cultura organizacional e às interações humanas. Ainda assim, a identificação dos estressores é essencial para que se possa adequar o perfil dos cargos à convivência com estes estressores” Traducción del autor de Tesis.

ⁱⁱ Benevides, A. M. T P., Org. (2002). *Burnout: quando o trabalho ameaça o bem estar do trabalhador*. São Paulo/ Brasil: Casa do Psicólogo. “ao choque entre uma história individual, portadora de projetos, de esperanças e de desejos, e uma organização do trabalho que os ignora”. Traducción ídem.

ⁱⁱⁱ Gomes, E.L.R. Anselmi, M.I.L., Mishima, S. M. et al. *Dimensão Histórica da Gênese e Incorporação do Saber Administrativo na enfermagem*. In: Almeida, M. C. P., Rocha, S. M. M. (Org). (1997). *O Trabalho de Enfermagem*. São Paulo/Brasil: Cortez, 1997. “Nos primeiros dez ou quinze anos, após a sua fundação, a Escola Nightingale recebia dos hospitais do mundo inteiro pedidos de enfermeiras diplomadas para fundarem novas escolas. Isso atendia plenamente às necessidades da época e percebeu-se que Florence, desde o princípio, incutira nas alunas a máxima de que eram treinadas para treinar, portanto, deviam sair como pioneiras e superintendentes [...]” Traducción ídem.

^{iv} Gomes, E.L.R. Anselmi, M.I.L., Mishima, S. M. et al. *Dimensão Histórica da Gênese e Incorporação do Saber Administrativo na enfermagem*. In: Almeida, M. C. P., Rocha, S. M. M. (Org). (1997). *O Trabalho de Enfermagem*. São Paulo/Brasil: Cortez, 1997. “[...] La escuela admitía dos tipos de enfermeras: las destinadas a tareas de supervisión y enseñanza, llamadas *lady-nurses*, por poseer alta posición social y las que prestaban atención directa, las *nurses*, de nivel social inferior. El curso tenía una duración de un año y la enseñanza era hecha por médicos y por las hermanas del hospital, en clases de anatomía, química, gastronomía, abreviaturas latinas y enfermería. Con motivo de la aparición de la enfermería moderna, este saber se formalizó en Inglaterra alrededor de 1900, cuando se modificó la duración del curso, se agregó el requisito de un año de instrucción para estudiantes especiales (*lady-nurses*), incluyendo clases de gestión, liderazgo y dos años de práctica. A las estudiantes comunes (*nurses*) no se las formaba en administración y su curso consistió en un año de instrucción, además de tres años de práctica supervisada” Traducción ídem.

^v Bessa, M. E. P., Almeida, M. I. A., Araújo, M. F. M., Silva, M. J. (Outubro/Dezembro 2010). Riscos ocupacionais do enfermeiro atuante na estratégia saúde da família. Rio de Janeiro/Brasil: *Revista de Enfermagem UERJ*. V 18(4). Recuperado de: <http://www.facenf.uerj.br/v18n4/v18n4a24.pdf>. “Portanto é necessário que o enfermeiro conheça o processo de trabalho e os riscos potenciais a que está sujeito, para assim, garantir a sua segurança e a da equipe, durante o atendimento” Traducción mía.

^{vi} Strauss, A., Corbin, J. (2008). *Pesquisa Qualitativa: Técnicas e Procedimentos para o desenvolvimento da pesquisa fundamentada*. Porto Alegre/Brasil: 2 ed. Artmed. “Qualquer tipo de pesquisa que produz descobertas não obtidas por procedimentos estatísticos ou outros meios de quantificação. Pode se referir à pesquisa sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções, sentimentos, assim como funcionamento organizacional, fenômenos culturais e interações entre as nações e a parte principal da análise são interpretativos” Traducción ídem.

^{vii} Magalhães, A. M., Dall’agnol, C. M., Marck, P. B. (Janeiro/Fevereiro 2013). Carga de trabalho da equipe de enfermagem e segurança do paciente - estudo com método misto na abordagem ecológica restaurativa. São Paulo/Brasil: *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. Recuperado de: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21nspe/pt_19.pdf. “No mundo todo, as áreas da saúde e de enfermagem são prejudicadas por problemas sérios relacionados à mão de obra escassa, falta de qualificação, carga de trabalho excessiva, ao absenteísmo e à evasão da profissão. O cenário da saúde no Brasil não é exceção à regra, onde a complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), financiado com recursos públicos, é agravada por uma série de questões estruturais, políticas, econômicas e culturais que devem ser superadas para sustentar e melhorar os ambientes de cuidado. Os meios de comunicação constantemente relatam as más condições de trabalho, recursos limitados, superlotação e longas esperas nos serviços de emergência de hospitais públicos, expondo erros médicos e falhas na assistência ao paciente, que têm se tornado cada vez mais frequentes.” Traducción ídem.