

Estrés ocupacional y autoevaluación de salud entre profesionales de enfermería

Mariza Miranda Theme Filha¹
Maria Aparecida de Souza Costa²
Maria Cristina Rodrigues Guilam¹

Objetivo: Analizar la asociación del estrés en el trabajo con la autoevaluación de la salud entre los trabajadores de enfermería en las unidades de emergencia de hospitales públicos. Métodos: Se trata de un estudio seccional con aplicación de cuestionario autollenado en una muestra de 134 profesionales, utilizando la versión resumida del *Job Stress Scale*. Fueron realizados análisis descriptivos de las características sociodemográficas, de salud y relacionadas al trabajo, y análisis multivariado por medio de regresión logística no condicional para ajuste de la asociación entre estrés en el trabajo y autoevaluación de salud negativa, según potenciales variables de confusión, con nivel de significación de 5%. Resultados: 70% de los entrevistados fueron clasificados como trabajadores pasivos o con alto desgaste. La autoevaluación de salud negativa fue significativamente mayor entre los profesionales con alta demanda y bajo control cuando comparada con aquellos con bajo desgaste, después de ajuste para covariables. Conclusiones: el bajo control aliado a la baja demanda puede servir como factor de disuasión, contribuyendo para el aumento de la insatisfacción profesional. Se recomienda que las instituciones adopten una política de planificación y administración de recursos humanos con estímulo a la participación de los profesionales en las decisiones, objetivando reducción del estrés en el trabajo entre los trabajadores de enfermería.

Descriptorios: Estado de Salud; Agotamiento Profesional; Salud Laboral; Enfermería

¹ PhD, Investigador, Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

² MSc, Veterinaria, Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande, Campo Grande, MS, Brasil.

Correspondencia:

Mariza Miranda Theme Filha
Escola Nacional de Saúde Pública
Rua Leopoldo Bulhões, 1480, sala 813
Bairro Manguinhos
CEP: 21041-210, Rio de Janeiro, RJ, Brasil
E-mail: marizatheme@hotmail.com

Introducción

El trabajo desempeña papel importante en la vida social de los individuos, proveyendo aporte de renta regular, oportunidades y crecimiento personal, identidad social y autoestima, pero puede tener consecuencias sobre la salud del trabajador.

Varios abordajes han sido desarrollados para evaluar el impacto del estrés en el trabajo sobre la salud⁽¹⁻²⁾, entre ellas el modelo demanda/control, enfatizando que el desequilibrio entre la demanda psicológica y el control sobre el proceso productivo resulta en desgaste, pérdida de habilidades y del interés, afectando la salud del trabajador⁽³⁾.

La autoevaluación de la salud es un indicador cada vez más utilizado en estudios epidemiológicos nacionales e internacionales como *proxy* del estado "real" u "objetivo" de salud, prediciendo con consistencia la mortalidad y el declino de la salud funcional del individuo. Varios estudios han mostrado la asociación de la condición socioeconómica y presencia de enfermedades crónicas con la autoevaluación de la salud, pero pocos han considerado las condiciones de trabajo en esta relación⁽⁴⁻⁷⁾. Es necesario, entonces, conocer como las relaciones de trabajo influyen en el proceso salud-enfermedad, incorporando el punto de vista del trabajador.

El objetivo de este estudio es analizar la asociación del estrés en el trabajo utilizando la *Job Stress Scale* con la autoevaluación de la salud entre los trabajadores de enfermería en las unidades de emergencias de hospitales públicos.

Métodos

Se trata de un estudio seccional desarrollado en 2010, en la ciudad de Campo Grande, capital del estado de Mato Grosso del Sur, Brasil. La población objeto del estudio fue compuesta por 169 profesionales del equipo de enfermería (enfermeros, técnicos y auxiliares de enfermería), de ambos sexos, pertenecientes al cuadro efectivo de las nueve unidades públicas de salud que atienden casos de emergencia 24h/día. Fueron excluidos los funcionarios cedidos para otras instituciones, los que tenían licencias no relacionadas a la salud o por problemas de salud por más de seis meses. La población final del estudio fue compuesta por 134 profesionales de enfermería.

Se utilizó un cuestionario autollenado, disponible en sobres individualizados y lacrados, llenados durante las horas laborales en el local de trabajo, después de la firma del Término de Consentimiento Libre e Informado, abordando preguntas sociodemográficas, de salud y trabajo, incluyendo preguntas sobre estrés en el trabajo, basado en el concepto de demanda/control de la *Job*

Stress Scale, versión resumida, ya traducida y validada en Brasil⁽⁴⁾.

Los puntajes del *JSS* fueron obtenidos sumando los puntos atribuidos a cada una de las preguntas de cada dimensión (5 preguntas para la dimensión demanda y 6 preguntas para dimensión control). Para la definición del cuadrante de exposición al estrés (la variable de exposición) según las cuatro dimensiones establecidas por el modelo demanda/control se utilizó la mediana de los puntajes, formando dos dimensiones para demanda y dos para control (alta/baja demanda y alto/bajo control) conforme los siguientes valores:

- Mediana de la dimensión demanda: 16, siendo considerado puntaje bajo los valores de 5 a 16, y puntaje alto de 17 a 20;
- Mediana de la dimensión control: 17, siendo considerado puntaje bajo los valores de 6 a 17, y puntaje alto de 18 a 24;

La clasificación resultante de la combinación de esas cuatro dimensiones formaron los cuatro cuadrantes a seguir: alto desgaste (alta demanda/bajo control); trabajo activo (alta demanda/alto control); trabajo pasivo (bajo control/baja demanda); y bajo desgaste (alto control/baja demanda).

La variable dependiente autoevaluación de salud fue obtenida con la pregunta "¿De un modo general, en comparación a personas de su edad, como usted considera su propio estado de salud?" con cinco opciones de respuesta: muy buena, buena, moderada, mala o muy mala. En el análisis, las respuestas fueron agrupadas en dos categorías, positiva (muy buena y buena) y negativa (regular, mala, muy mala).

Las selección de las covariables para el estudio se basó en la revisión de la literatura sobre la asociación entre estrés en el trabajo y autoevaluación de salud, considerándose potenciales factores de confusión. Ellas fueron agrupadas según las características sociodemográficas, de salud y ocupacionales. El cálculo del puntaje apoyo social fue obtenido por la suma de los seis ítems, pudiendo variar de 6 a 24; cuanto mayor el puntaje, mayor el apoyo social del trabajador en su ambiente de trabajo. La mediana de la dimensión social fue 17, siendo considerado puntaje bajo los valores hasta 17 y puntaje alto cuando mayor o igual a 18.

Inicialmente, se procedió al análisis descriptivo de las características sociodemográficas, de salud y relacionadas al trabajo. En seguida, se analizó la homogeneidad de la distribución de las proporciones de las covariables con los cuadrantes del modelo demanda/control y autoevaluación de salud, a través de la prueba de chi-cuadrado. En el análisis multivariado, fueron seleccionadas como variables

de ajuste aquellas asociadas tanto a la exposición como al desenlace en un nivel de significación de hasta 10% y/o por mostrarse fuertemente asociadas conforme descrito en la literatura. Se utilizó el procedimiento de regresión logística multivariado para ajuste de la asociación entre estrés en el trabajo y autoevaluación de salud negativa, según las variables de confusión potenciales. La medida de asociación utilizada fue el *odds ratio* y respectivos intervalos de confianza de 95%. Las variables fueron inseridas una a una, observándose la variación de la medida de efecto y su significación estadística. Se utilizó el software estadístico SPSS® versión 13.0 (*Statistical Package for Social Sciences* – Chicago, IL, USA) para análisis de los datos.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Escuela Nacional de Salud Pública (ENSP/FIOCRUZ) bajo el protocolo n° 16/10 y CAAE 0030.0.031.000-10 y los funcionarios que presentaron mayor exposición al estrés ocupacional fueron individualmente comunicados.

Resultados

La distribución de los 134 participantes según la categoría profesional reveló que 12 (9,0%) eran auxiliares de enfermería, 21 (15,7%) enfermeros y 101 (75,4%) técnicos de enfermería. En relación a las características de la población de estudio (Tabla 1), prevaleció el sexo femenino (69,9%), el intervalo de edad con menos de 35 años (40,2%), la raza blanca (61,2) y aquellos con renta familiar per capita menor que 1,5 salarios mínimos (53,9%). Se observó predominio de los trabajadores con hasta segundo grado completo (71,6%), resultado de la propia composición de la población en estudio, y entre los técnicos y auxiliares de enfermería 66,7% poseía 3° grado completo (datos no mostrados).

En cuanto a las características relacionadas a la salud, poco más de la mitad de los trabajadores (55,2%) mencionó no poseer diagnóstico médico de enfermedad crónica y la autoevaluación del estado de salud positiva predominó (77,6%) entre los entrevistados.

Tabla 1 - Características sociodemográficas, de salud y trabajo de los profesionales de enfermería de las unidades de emergencia – Campo Grande, MS, Brasil, 2010

Variable/Categoría	n	%
Sexo		
Femenino	93	69,9
Masculino	40	30,1

(continúa...)

Tabla 1 - continuación

Variable/Categoría	n	%
Intervalo de edad (años)		
< 35	53	40,2
35 a 44	41	31,1
≥ 45	38	28,8
Raza		
Blanca	82	61,2
Marrón/Negra	52	38,8
Grado de instrucción		
Hasta 2° grado completo	96	71,6
3° grado completo	18	13,4
Posgraduación	20	15,0
Renta per capita (SM)		
< 1,5	69	53,9
1,5 a 3,4	43	33,6
≥ 3,5	16	12,5
Situación conyugal		
Casado	88	65,7
Soltero	24	17,9
Divorciado/separado/viudo	22	16,4
Diagnóstico de enfermedad crónica		
Si	60	44,8
No	74	55,2
Autoevaluación del estado de salud		
Positiva	104	77,6
Negativa	30	22,4
Tiempo en la institución		
< 5 años	56	42,7
5 a 10 años	26	19,8
> 10 años	49	37,4
Años que realiza turnos nocturnos		
< 5 años	38	30,2
≥ 5 años	88	69,8
Horas extras en turnos/semana		
< 12 h	12	9,3
12 a 36 h	100	77,5
>36 h	17	13,2
Satisfacción con el trabajo		
Satisfecho	98	74,8
Insatisfecho	33	25,2
Satisfacción con la vida		
Satisfecho	115	88,5
Insatisfecho	15	11,5
Apoyo social		
Alto	65	48,9
Bajo	68	51,1
Puntaje demanda		
Alto	57	42,5
Bajo	77	57,5
Puntaje control		
Alto	40	29,9
Bajo	94	70,1
Estrés en el trabajo		
Bajo desgaste	26	19,4
Trabajo activo	14	10,4
Trabajo pasivo	51	38,1
Alto desgaste	43	32,1

La mayoría de los entrevistados estaba hace menos de cinco años en la institución (42,7%) y casi la totalidad (96,3%) hizo referencia a la realización de turno nocturno, de los cuales 69,8% por un período superior a cinco años, haciendo una jornada de trabajo extra en turnos por semana de 12 a 36 horas en 77,5% de los casos. Se percibe que la gran mayoría está satisfecha con el trabajo (74,8%) y con la vida (88,5%); entretanto mitad de ellos mencionó bajo apoyo social (51,1%). En relación a las características relacionadas a las dimensiones demanda y control prevalecieron los trabajadores que poseían baja demanda en el trabajo (57,5%) y bajo control (70,1%), constituyendo la mayor parte de trabajadores pasivos (38,1%).

La Tabla 2 muestra el predominio del trabajo pasivo entre las mujeres (43,0%) y el alto desgaste entre los hombres (32,5%). Entre los más jóvenes (menos de 35 años) predominan trabajos con alto desgaste (43,4%) y en los demás intervalos de edad el trabajo pasivo ($p =$

0,005). La combinación de baja demanda y bajo control fue más frecuente entre los trabajadores con renta familiar hasta 3,4 salarios mínimos, con 3° grado completo y portadores de enfermedad crónica. Ya el trabajo con alto desgaste ocurrió entre aquellos con mayor renta, mayor escolaridad y solteros, no siendo, sin embargo, percibidas diferencias estadísticas significantes en ninguna de las variables citadas.

El análisis de las variables de trabajo mostró que el alto desgaste fue mayor entre aquellos con menos tiempo en la institución. Por otro lado, entre los que mencionaron más tiempo de realización de turno nocturno y de horas extras de turno semanal, independiente de la carga horaria, hubo asociación significativa con el trabajo pasivo. La insatisfacción con el trabajo y bajo apoyo social se asoció con el alto desgaste en el trabajo pero no fueron observadas diferencias significativas en lo que se refiere a la satisfacción con la vida entre las categorías de estrés ocupacional.

Tabla 2 - Características sociodemográficas, de salud y de trabajo de los profesionales de enfermería de las unidades de emergencia según cuadrantes de estrés de Karasek – Campo Grande, MS, Brasil, 2010

Variables/Categorías	Bajo desgaste		Trabajo activo		Trabajo pasivo		Alto desgaste		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Sexo									
Femenino	18	19,4	6	6,5	40	43,0	29	31,2	0,084
Masculino	8	20,0	8	20,0	11	27,5	13	32,5	
Intervalo de edad(años)									
< 35	10	18,9	6	11,3	14	26,4	23	43,4	0,005
35 a 44	9	22,0	8	19,5	14	34,1	10	24,4	
≥ 45	7	18,4	0	0,0	23	60,5	8	21,1	
Raza									
Blanca	19	23,2	7	8,5	30	36,6	26	31,7	0,491
Marrón/negra	7	13,5	7	13,5	21	40,4	17	32,7	
Grado de instrucción									
Hasta 2° grado completo	17	17,7	8	8,3	41	42,7	30	31,3	0,182
3° grado completo	4	22,2	1	5,6	7	38,9	6	33,3	
Posgraduación	5	25,0	5	25,0	3	15,0	7	35,0	
Renta per capita (SM)									
< 1,5	13	18,8	8	11,6	27	39,1	21	30,4	0,267
1,5 a 3,4	6	14,0	4	9,3	21	48,8	12	27,9	
≥ 3,5	3	18,8	2	12,5	2	12,5	9	56,3	
Situación conyugal									
Casado	18	20,5	11	12,5	39	44,3	20	22,7	0,077
Soltero	4	16,7	1	4,2	6	25,0	13	54,2	
Divorciado/separado/ viudo	4	18,2	2	9,1	6	27,3	10	45,5	
Diagnóstico de enfermedad crónica									
No	18	24,3	12	16,2	19	25,7	25	33,8	0,003
Si	8	13,3	2	3,3	32	53,3	18	30,0	
Tiempo en la institución									
< 5 años	13	23,2	10	17,9	16	28,6	17	30,4	0,136
5 a 10 años	4	15,4	3	11,5	10	38,5	9	34,6	
> 10 años	9	18,4	1	2,0	24	49,0	15	30,6	

(continúa...)

Tabla 2 - *continuación*

Variables/Categorías	Bajo desgaste		Trabajo activo		Trabajo pasivo		Alto desgaste		p
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Años que realiza turnos nocturnos									
< 5 años	10	26,3	7	18,4	9	23,7	12	31,6	0,044
≥ 5 años	16	18,2	5	5,6	38	43,2	29	33,0	
Horas extras en turnos/semana									
< 12h	4	33,3	2	16,7	4	33,3	2	16,7	0,783
12 a 36 h	18	18,0	11	11,0	37	37,0	34	34,0	
> 36 h	4	23,5	1	5,9	6	35,3	6	35,3	
Satisfacción con el trabajo									
Satisfecho	23	23,5	11	11,2	37	37,8	27	27,6	0,029
Insatisfecho	1	3,0	3	9,1	13	39,4	16	48,5	
Satisfacción con la vida									
Satisfecho	21	18,3	13	11,3	47	40,9	34	29,6	0,129
Insatisfecho	2	13,3	1	6,7	3	20,0	9	60,0	
Apoyo social									
Alto	18	27,7	6	9,2	27	41,5	14	21,5	0,022
Bajo	8	11,8	8	11,8	23	33,8	29	42,6	

La Tabla 3 muestra que no fueron observadas diferencias estadísticamente significativas entre las variables sociodemográficas y la autoevaluación de la salud. Entre tanto, ella es peor entre los portadores de enfermedades crónicas ($p=0,000$). En relación a las variables de trabajo, el comportamiento fue bastante semejante entre las diversas categorías, sea de tiempo en la institución, años de turno nocturno y horas extras de turnos semanales, prevaleciendo la autoevaluación positiva. Entre tanto, los trabajadores satisfechos con el trabajo y con la vida y con alto apoyo social

presentaron significativamente mejor evaluación de la propia salud.

Las variables diagnóstico de enfermedad crónica, satisfacción con el trabajo y apoyo social se asociaron tanto a la exposición (estrés en el trabajo) como al desenlace (autoevaluación de la salud) con significación menor que 10% en el análisis bivariado y fueron seleccionadas para el ajuste del modelo multivariado. La variable edad fue incluida, inclusive no presentando significación estadística, debido a su relación con ambos eventos estudiados descritos en la literatura.

Tabla 3 - Características sociodemográficas, de salud y de trabajo de los profesionales de enfermería de las unidades de emergencia según autoevaluación de salud - Campo Grande, MS, Brasil, 2010

Variables/Categorías	Autoevaluación				p
	Positiva		Negativa		
	n	%	n	%	
Sexo					
Femenino	72	77,4	21	22,6	0,741
Masculino	32	80,0	8	20,0	
Intervalo de edad(años)					
< 35	41	77,4	12	22,6	0,604
35 a 44	34	82,9	7	17,1	
≥ 45	28	73,7	10	26,3	
Raza					
Blanca	68	82,9	14	17,1	0,063
Marrón/negra	36	69,2	16	30,8	
Grado de instrucción					
Hasta 2° grado completo	73	76,0	23	24,0	0,682
3° grado completo	14	77,8	4	22,2	
Posgraduación	17	85,0	3	15,0	

(continúa...)

Tabla 3 - *continuación*

Variables/Categorías	Autoevaluación				p
	Positiva		Negativa		
	n	%	n	%	
Renta per capita (SM)					
< 1,5	55	79,7	14	20,3	0,643
1,5 a 3,4	31	72,1	12	27,9	
≥ 3,5	12	75,0	4	25,0	
Situación conyugal					
Casado	70	79,5	18	20,5	0,355
Soltero	16	66,7	8	33,3	
Divorciado/separado/viudo	18	81,8	4	18,2	
Diagnóstico de enfermedad crónica					
No	82	86,3	13	13,7	0,000
Si	22	57,9	16	42,1	
Tiempo en la institución					
< 5 años	43	76,8	13	23,2	0,934
5 a 10 años	20	76,9	6	23,1	
>10 años	39	79,6	10	20,4	
Años que realiza turnos nocturnos					
< 5 años	30	78,9	8	21,1	0,730
≥ 5 años	67	76,1	21	23,9	
Horas extras en turnos/semana					
< 12 h	8	66,7	4	33,3	0,622
12 a 36 h	79	79,0	21	21,0	
> 36 h	13	76,5	4	23,5	
Satisfacción con el trabajo					
Satisfecho	80	81,6	18	18,4	0,033
Insatisfecho	21	63,6	12	36,4	
Satisfacción con la vida					
Satisfecho	94	81,7	21	18,3	0,002
Insatisfecho	7	46,7	8	53,3	
Apoyo social					
Alto	57	87,7	8	12,3	0,009
Bajo	47	69,1	21	30,9	

En los diversos modelos multivariados analizados, no ajustado y controlando las variables de confundimiento, se observó, sistemáticamente, que los trabajadores sometidos a todos los tipos de estrés en el trabajo, cuando comparados con aquellos con bajo desgaste o "relajados", presentaron mayores chances de autoevaluación de salud mala (Tabla 4). A pesar de la fuerza de la asociación positiva encontrada entre desenlace y exposición en los cuatro modelos analizados, solamente aquellos sometidos a alto desgaste presentaron valores estadísticamente significativos. Se observa una reducción de la fuerza de la asociación

con la introducción de las variables de control, entre tanto, ella todavía se mantuvo significativa hasta la introducción de la variable satisfacción en el trabajo (Modelo 3). Trabajadores sometidos a trabajos con alta demanda y bajo control presentaron 5,3 veces la chance de autoevaluarse negativamente cuando comparados con los clasificados con trabajos con alto control y baja demanda. El control por la variable apoyo social redujo la fuerza de la asociación para todas las categorías de exposición, y a pesar de mantener fuerte asociación (OR=4,303) con trabajos con alto desgaste, perdió la significación estadística.

Tabla 4 - Asociación entre autoevaluación de salud negativa y estrés en el trabajo entre los profesionales de enfermería de las unidades de emergencia – Campo Grande, MS, Brasil, 2010

Modelo	Cuadrantes demanda-control	OR	IC 95%
Modelo 1 – No ajustado	Bajo desgaste	1	-
	Trabajo activo	2,000	0,250 – 15,991
	Trabajo pasivo	2,571	0,513 – 12,892
	Alto desgaste	7,846	1,638 – 37,589
Modelo 2 = Modelo 1 + Edad + Enfermedad crónica	Bajo desgaste	1	-
	Trabajo activo	2,366	0,286 – 19,584
	Trabajo pasivo	2,038	0,391 – 10,630
	Alto desgaste	7,119	1,439 – 35,213
Modelo 3 = Modelo 2 + Satisfacción en el trabajo	Bajo desgaste	1	-
	Trabajo activo	2,034	0,241 – 17,192
	Trabajo pasivo	1,517	0,279 – 8,232
	Alto desgaste	5,297	1,028 – 27,299
Modelo 4 = Modelo 3 + Apoyo social	Bajo desgaste	1	-
	Trabajo activo	1,713	0,199 – 14,772
	Trabajo pasivo	1,271	0,225 – 7,177
	Alto desgaste	4,303	0,814 – 22,734

Discusión

La influencia de los factores psicosociales y de la organización de trabajo sobre la salud han sido objeto de estudio creciente, debido al reconocimiento de sus relaciones con el bienestar y calidad de vida de los trabajadores. Estudios realizados con abordajes metodológicos distintos y entre las más diferentes ocupaciones han revelado, consistentemente, una asociación de peores condiciones de trabajo con síntomas físicos, emocionales y salud en general⁽⁸⁻¹¹⁾.

Particularmente, entre los profesionales de enfermería, diferentes factores están relacionados al estrés ocupacional, incluyendo sobrecarga de trabajo, conflictos en el ambiente de trabajo, ambigüedad en el desarrollo de sus tareas, no reconocimiento de sus habilidades y experiencias de agresión, con efectos directos sobre la salud física y mental⁽¹²⁾.

Varias escalas son utilizadas actualmente para evaluación del estrés ocupacional, destacándose la basada en el modelo demanda-control⁽¹⁾ y en el modelo esfuerzo-recompensa⁽¹³⁾. A pesar de haber utilizando diferentes abordajes, ambas muestran asociación positiva del estrés ocupacional con varios eventos de salud, particularmente entre los profesionales de enfermería⁽¹⁴⁻¹⁵⁾.

En este estudio utilizamos la metodología demanda-control⁽¹⁾, que tiene como presupuesto teórico que el trabajo realizado en condiciones de bajo control y alta demanda (alto desgaste) y bajo control y baja demanda (trabajo pasivo) es perjudicial a la salud. Concordando con esa teoría, nuestros resultados indicaron asociación positiva entre trabajo con alta exigencia y peor evaluación

de la salud, mismo después de los ajustes por las variables de confusión.

Un estudio realizado entre enfermeros en la ciudad de Rio de Janeiro comprobó los dos modelos para medir el estrés ocupacional y sus resultados revelaron que, independientemente del modelo utilizado, fue observada fuerte asociación entre la autoevaluación de salud y el estrés en el trabajo⁽¹⁵⁾. De forma similar, una investigación realizada con enfermeros de una gran ciudad de China mostró fuerte poder de predicción de ambos modelos con altos niveles de *burnout*⁽¹⁶⁾.

La exposición a los intervalos más nocivos de estrés, con mayor proporción de alto desgaste y trabajos pasivos, indica que la mayoría de los profesionales investigados estaba bajo riesgo de enfermarse como resultado de su situación ocupacional.

En este estudio, las variables relacionadas más directamente con las características del trabajo como tiempo en la institución o realización de turnos, no se asociaron con estrés laboral ni con peor evaluación de la salud, hecho también relatado en un estudio entre enfermeros en Grecia⁽¹⁷⁾. Los factores más importantes en la explicación de la asociación de interés fueron la insatisfacción con el trabajo y el bajo apoyo social. El impacto del bajo apoyo social en el desencadenamiento de estrés en el trabajo y su repercusión sobre la salud ya había sido demostrado en un estudio entre enfermeros en un hospital en el sur del país, apuntando para la importancia del ambiente de trabajo armonioso en la prevención del estrés ocupacional⁽¹⁸⁾.

La satisfacción con el trabajo está entre los factores apuntados como reductores del estrés ocupacional,

siendo determinante para la permanencia del trabajador en el empleo, menor rotación de personal, menos gastos institucionales, garantizando, también, mejor desempeño en las actividades⁽¹⁹⁾. Un estudio sobre estrés en el trabajo entre enfermeros de unidades de emergencia en un hospital en España también observó que cuanto mayor es la satisfacción en el trabajo mejor es la percepción de la propia salud⁽²⁰⁾.

Entre los principales factores de incentivo en el trabajo del enfermero se destacan gustar de lo que se hace, ofrecer cuidado de calidad, tener buena relación multiprofesional, la posibilidad de crecimiento profesional, el poder de solubilidad y las condiciones de trabajo⁽²¹⁻²²⁾. Así, en situaciones de baja autonomía y de respaldo delante de las decisiones tomadas, el impacto de los factores estresantes sobre la salud pasa a ser alto. El aumento del control sobre el trabajo tiene efectos positivos directos e indirectos sobre la salud del trabajador, asociándose a mejor evaluación de la salud y menores niveles de estrés⁽²³⁾.

Pensamos que la contribución de este trabajo es reforzar los hallazgos de otras investigaciones citadas anteriormente⁽¹⁸⁻²⁰⁾ sobre la importancia de la satisfacción en el trabajo y del apoyo social en la prevención del estrés ocupacional. Los resultados encontrados muestran que el modelo de gestión del trabajo desarrollado en las instituciones estudiadas puede estar asumiendo un papel determinante en los elevados niveles de estrés detectados y que estos hallazgos pueden ser extrapolados para otras instituciones públicas de salud con el mismo tipo de atención. Así, es necesario debatir sobre las condiciones de trabajo del equipo de enfermería de las unidades de atención de emergencia con objetivo de implementar acciones que tengan por objetivo prevenir o minimizar los problemas encontrados. Creemos que las medidas efectivas deben incluir, no solo estrategias individuales de cambios de comportamiento, pero también, y principalmente, cambios organizacionales, orientados a proporcionar mayor satisfacción en el ambiente de trabajo. De esta forma, vislumbramos la necesidad de intervención en tres áreas distintas: entrenamiento profesional, renovación de los modelos organizacionales y monitorización permanente de la satisfacción en el trabajo.

Finalmente, destacamos algunas limitaciones de esta investigación. Por tratarse de un estudio seccional esta muestra una imagen momentánea tanto de la exposición como del desenlace, situación especialmente relevante en el caso de estudios ocupacionales, en consecuencia del efecto trabajador saludable, pudiendo revelar una imagen más favorable en relación a la realidad. Se buscó minimizar los errores sistemáticos de selección con la

inclusión de todos los profesionales de enfermería de las unidades de emergencia en actividad y de los trabajadores no presentes por enfermedad hace menos de seis meses. Otro factor que debe ser llevado en consideración es que la variable desenlace autoevaluación de salud puede ser influenciada por sesgos de memoria o por la expectativa de respuestas socialmente aceptables. En relación a esta última situación, la realización de cuestionario autollenado fue escogida con la intención de minimizar esos efectos. A pesar de las limitaciones impuestas por el diseño del estudio, los resultados se muestran coherentes con la literatura, revelando la importancia de las condiciones de trabajo sobre la situación de salud de los profesionales de enfermería.

Conclusiones

Este estudio demostró la importancia de factores relacionados al ambiente laboral como potencialmente productores de estrés en el trabajo entre los profesionales de enfermería. Las características individuales fueron menos expresivas en la explicación del fenómeno. Se concluye que el bajo control aliado a la baja demanda puede servir como factor disuasivo, contribuyendo para la insatisfacción profesional. El desarrollo de una política efectiva de planificación y administración de recursos humanos, con estímulo a la participación de los profesionales en las decisiones pueden contribuir para la reducción del estrés en el trabajo, con aumento de la efectividad del sistema de salud de forma general y mejora de los resultados tanto para los proveedores de la asistencia como para los usuarios.

Referencias


1. Karasek RA. Job demands, job decision latitude, and mental strain: implications for job redesign. *Adm Sci Q.* 1979;24:285-308.
2. Araújo TM, Aquino E, Menezes G, Santos CO, Aguiar L. Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadores de enfermagem. *Rev Saúde Pública.* 2003;37:424-33.
3. Alves MGM, Chor D, Faerstein E, Werneck GL, Lopes CS. Estresse no trabalho e hipertensão arterial em mulheres no Estudo Pró-Saúde. *Rev Saúde Pública.* 2009;43(5):893-96.
4. Bauer GF, Huber CA, Jenny GJ, Müller F, Hämmig O. Socioeconomic status, working conditions and self-rated health in Switzerland: explain the gradient in men and women. *Int J Public Health.* 2009;54:23-30.
5. Hofelmann DA, Blank N. Auto-avaliação de saúde entre trabalhadores de uma indústria no sul do Brasil. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(5):777-87.

6. Theme-Filha MM, Szwarcwald CL, Souza-Junior PRB. Medidas de morbidade referida e inter-relações com dimensões de saúde. *Rev Saúde Pública*. 2008;42(1):73-81.
7. Holmgren K, Dahlin-Ivanoff S, Bjorkelund C, Hensing G. The prevalence of work-related stress and its association with self-perceived health and sick-leave, in a population of employed Swedish women. *BMC Public Health*. 2009;9:73.
8. Gholamzadeh S, Sharif F, Rad FD. Sources of occupational stress and coping strategies among nurses who are working in Admission and Emergency Department in Hospitals affiliated to Shiraz University of Medical Sciences, Iran. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2011;16(1):42-7.
9. Hämmig O & Bauer G. Work-life imbalance and mental health among male and female employees in Switzerland. *Int Public Health*. 2009;54:88-95.
10. Laaksonem M, Rahkonen, Martikainen P, Lahelma E. Associations of psychosocial working conditions with self-rated general health and mental health among municipal employees. *Int Arch Occup Environ Health*. 2006;79:205-12.
11. Shimizu T, Nagata S. Relationship between job stress and self-rated health among Japanese full-time occupational physicians. *Environ Health Preven Med*. 2005;10:227-32.
12. Lim J, Bogossian F, Ahern K. Stress and coping in Australian nurses: a systematic review. *Int Nurs Rev*. 2010;57:22-31.
13. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort – low reward conditions at work. *J Occup Health Psychol*. 1996;1(1):27-41.
14. Pisanti R, Doef M, Maes S, Lazzari D, Bertini M. Job characteristics, organizational conditions, and distress/well-being among Italian and Dutch nurses: a cross-national comparison. *Int J Nurs Studies*. 2011;48:829-37.
15. Griep RH, Rotenberg L, Landsbergis P, Vasconcellos-Silva PR. Estresse no trabalho e a saúde auto-referida. *Rev Saúde Pública*. 2011;45(1):145-52.
16. Xie Z, Wang A, Chen B. Nurse burnout and its association with occupational stress in a cross-sectional study in Shanghai. *J Adv Nurs*. 2011;67(7):1537-46.
17. Pappas NA, Alamanos Y, Dimoliatis IDK. Self-rated health, work characteristics and health related behaviours among nurses in Greece: a cross sectional study. *BMC Nurs*. 2008;4:8.
18. Urbanetto JS, Silva PC, Hoffmeister E, Negri BS, Pinheiro da Costa BE, Poli de Figueiredo CE. Workplace stress in nursing workers from an emergency hospital: Job Stress Scale analysis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. [periódico na Internet]. 2011; [acesso 13 fev 2012];19(5):1122-31. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692011000500009&lng=en&nrm=iso ISSN 0104-1169. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692011000500009>.
19. Smith P, Frank J, Bondy S, Mustard C. Do changes in job control predict differences in health status? Results from a longitudinal National Survey of Canadians. *Psychosom Med*. 2008;70:85-91.
20. Ríos-Risquez MI, Godoy-Fernández C. Association between occupational satisfaction and perceived general health in emergency nurses. *Enferm Clin*. 2008;18(3):134-41.
21. Batista AAV, Vieira MJ, Cardoso NCS, Carvalho GRP. Fatores de motivação e insatisfação no trabalho do enfermeiro. *Rev Esc Enferm USP*. 2005;39(1):85-91.
22. McGillis Hall L, Doran D. Nurses's perceptions of hospital work environments. *J Nurs Manage*. 2007;15:264-73.
23. McCarthy VJC, Power S, Greiner BA. Perceived occupational stress in nurses working in Ireland. *Occup Medicine*. 2010;60:604-10.

Recibido: 1.7.2012

Aceptado: 4.2.2013

Como citar este artículo:

Theme Filha MM, Costa MAS, Guilam MCR. Estrés ocupacional y autoevaluación de salud entre profesionales de enfermería. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. mar-abr. 2013 [acceso: ];21(2):[09 pantallas]. Disponible en: _____

URL

día | mes abreviado con punto | año