

ISSN 2301-0371

Revista Uruguaya de Enfermería

Universidad de la República



Volumen 15

Num,1 2020

Revista uruguaya de enfermería

Universidad de la República RUE

Facultad de Enfermería, Universidad de la República, Uruguay
Dirección: Jaime Cibils 2810, CP: 11600, Montevideo
Teléfono: (+598) 2487 0044

eISSN: 2301-0371 - ISSN: 0797-6194
Contacto: rue@fenf.edu.uy
URL: <http://rue.fenf.edu.uy/>

Equipo editor

Dirección de la Revista

Decana Prof. Lic. Mercedes Pérez

Editor Asociado

Prof. Agdo Dr. Alvaro Díaz (PhD)

Equipo editorial

Lic. Bibliotecología Beatriz Celiberti

Lic. Comunicación Stella Pereyra

Asist. Bbca. Valeria Silveira

Adm. Exp. Raquel Pereyra

Asist. Unidad Informática Alejandro Ceresa

Asist. Unidad Informática Guillermo Reisch

Comité Científico Internacional

Dr. Raúl Mercer (Argentina)

Prof. Mg. Mario Siede (Argentina)

Dra. María Luisa Vázquez (España)

Dr. Francisco Mercado (México)

Dra. Leticia Robles (México)

Dra. Isabella Samico (Brasil)

Dra. Blanca Díaz (México)

Dra. Denise Guerreiro (Brasil)

Dra. Dora Celton (Argentina)

Dra. Judith Gallarza (Cuba)

Dra. Edit Rodríguez Romero (México)

Dra. María Paz Mompert (España)

Dra. Zoila Leitón (Perú)

Dra. Silvana Martins Mishima (Brasil)

Lic. Mg. Beatriz Morrone (Argentina)

Dra. Isabella Samico (Brasil)

Dra. María Assumpta Rigol (España)

Mg. Ana Rivadeneyra (Francia)

Dra. Cristina Cometto (Argentina)

Dra. Edith Rivas Riveros (Chile)

Consejo Editorial

Integrantes Institucionales

Mg. Mariela Balbuena

Prof. Adj. Esp. Mariana Mugico

Prof. Mg. Fernando Bertolotto

Prof. Mg. Josefina Verde

Integrantes Externos Nacionales

Lic. Esp. Cristina Barrenechea

Dra. Zoraida Fort (PhD)

Lic. Mg. Pilar González

Integrantes Externos Extranjeros

Dra. Nelcy Martínez (Cuba)

Dra. Nalú Kerber (Brasil)

Prof. Mg. Verónica Behn (Chile)

Dra. Silvana Martins Mishima (Brasil)

Comité Científico Nacional

Prof. Mg. Miriam Costabel

Prof. Agda. Dra. Graciela Umpiérrez (PhD)

Prof. Agda. Mg. Annalet Viera

Prof. Mg. Teresita Ghizzoni

Prof. Mg. Josefina Verde

Prof. Adj. Mg. Claudia Morosi

Prof. Agda. Mg. Carolina Rodríguez

Prof. Adj. Mg. Lourdes Balado

Prof. Esp. Margarita Garay Albarracín

Prof. Agda. Esp. Esther Lacava

Prof. Mg. Inés Umpiérrez

Prof. Agdo. Dr. Milton Sbarbaro (PhD)

Prof. Agda. Esp. Verónica Sánchez

Prof. Agda. Mg. Isabel Silva

Prof. Mg. Fernando Bertolotto

Prof. Adj. Mg. Andrea Lucas

Tabla de Contenidos

Editorial

Gran pérdida para la enfermería uruguaya.....7

Artículos originales

Las Redes Comunitarias y Familiares en el tránsito hacia la externación sustentable en el contexto de la reforma del Modelo de Atención de Salud Mental en Uruguay

Claudia Morosi, Álvaro Díaz y Laura Martínez.....8

El cuidador en el ambiente hospitalario: una revisión integrativa

Berlanny Christina de Carvalho Bezerra, Stefanie Griebeler Oliveira y Letícia Valente Dias.....19

Cuidado al cuidador profesional de salud: revisión integrativa

Diana Carolina Cristiano Castelblanco, Fernanda Lise, Eda Schwartz, Juliana Graciela Vestena Zillmer y Stefanie Griebeler Oliveira.....36

Satisfacción Laboral de Enfermeros de un Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales

Carolina Cañarte Colombo.....50

Gestión de recursos materiales: “Guía para la aproximación diagnóstica de una unidad hospitalaria”

Serrana Elizabeth Ostolaza Oroná y María Inés Umpiérrez Perciante..... 59

Importancia de la enseñanza de bioseguridad en entrenamiento técnico de enfermería: informe de experiencia

Thainan Alves Silva, Stela Almeida Aragão, Miriane Bispo de Andrade y Bárbara Santos Ribeiro.....76

Reflexión

Enfermería, patriarcado y sociedad: la lucha público-privada que es ahora

Ricardo Ayala.....86

Noticias destacadas del primer semestre



Table of Contents

Editorial

Great loss for Uruguayan nursing.....7

Research

Community and Family Networks in the transition to sustainable externalization in the context of the reform of the Mental Health Care Model in Uruguay
Claudia Morosi, Álvaro Díaz & Laura Martínez.....8

The caregiver in the hospital environment: an integrative review
Berlanny Christina de Carvalho Bezerra, Stefanie Griebeler Oliveira & Leticia Valente Dias.....19

Healthcare professional caregiver care: integrative review
Diana Carolina Cristiano Castelblanco, Fernanda Lise, Eda Schwartz, Juliana Graciela Vestena Zillmer & Stefanie Griebeler Oliveira.....36

Job Satisfaction of Nurses in a Pediatric and Neonatal Intensive Care Service
Carolina Cañarte Colombo.....50

Management of material resources: "Guide for the diagnostic approach of a hospital unit"
Serrana Elizabeth Ostolaza Oroná & María Inés Umpiérrez Perciante.....59

Importance of biosafety teaching in technical nursing training: experience report
Thainan Alves Silva, Stela Almeida Aragão, Miriane Bispo de Andrade & Bárbara Santos Ribeiro.....86

Reflection

Nursing, patriarchy and society: the public-private struggle that is now
Ricardo Ayala.....

Highlights of the first semester



Tabela de conteúdo

Editorial

Grande perda para a enfermagem uruguaia.....7

Artigos originais

Redes Comunitárias e Familiares na transição para a externalização sustentável no contexto da reforma do Modelo de Atenção à Saúde Mental no Uruguai

Claudia Morosi, Álvaro Díaz e Laura Martínez.....8

O cuidador no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa

Stella Delorrio Fernández, Berlanny Christina de Carvalho Bezerra, Stefanie Griebeler Oliveira e Letícia Valente Dias.....19

Cuidado do cuidador profissional de saúde: revisão integrativa

PDiana Carolina Cristiano Castelblanco, Fernanda Lise, Eda Schwartz, Juliana Graciela Vestena Zillmer e Stefanie Griebeler Oliveira.....36

Satisfação no Trabalho de Enfermeiros em um Serviço de Terapia Intensiva Pediátrica e Neonatal

Carolina Cañarte Colombo.....50

Gestão de recursos materiais: “Guia para abordagem diagnóstica de uma unidade hospitalar”

Serrana Elizabeth Ostolaza Oroná e María Inés Umpiérrez Perciante.....59

Importância do ensino de biossegurança na formação técnica em enfermagem: relato de experiência

Thainan Alves Silva, Stela Almeida Aragão, Miriane Bispo de Andrade e Bárbara Santos Ribeiro.....76

Reflexão

Enfermagem, patriarcado e sociedade: a luta público-privada que está agora

Ricardo Ayala.....86

Outstanding news

Gran pérdida para la enfermería uruguaya

Great loss for Uruguayan nursing

Grande perda para a enfermagem uruguaia

Resumen:

Obituario en homenaje a Haydée Ballestero, primera Directora del Instituto Nacional de Enfermería quien tuvo un rol principal en la transformación del Instituto a Facultad de Enfermería de la Universidad de la República. Gran impulsora de la investigación en enfermería.



Abstract:

Obituary in honor of Haydée Ballestero, first Director of the Instituto Nacional de Enfermería, who played a leading role in transforming the Institute into a Facultad de Enfermería at the Universidad de la República. Great promoter of nursing research.

Resumo:

Obituário em homenagem a Haydée Ballestero, primeira diretora do Instituto Nacional de Enfermería, que desempenhou um papel de liderança na transformação do Instituto em Facultad de Enfermería da Universidad de la República. Grande promotora de pesquisa em enfermagem.

En Montevideo, Uruguay, a sus 83 años falleció Haydée Ballestero el pasado dieciocho de febrero de 2020. Recibida de la Escuela Universitaria de Enfermería de la Universidad de la República en 1957, trazó un camino que llevaría a la transformación de la enfermería a nivel Nacional.

En 1986 comenzó a ejercer como Docente del curso Administración de Servicios de Enfermería dentro de la Escuela Universitaria de Enfermería. Cinco años después fue nombrada Coordinadora de la Cátedra de Administración (actualmente Departamento de Administración). Para en junio del año 1993 convertirse en la Directora del mismo.

Haydée Ballesteros fue la primera Directora General del Instituto Nacional de Enfermería (asimilado a Facultad) de la Universidad de la República desde abril de 1996 a abril de 2004. El proceso de transformación del mismo en Facultad de Enfermería fue entre los años 2001 y 2003, siendo la Licenciada Ballesteros una de las principales gestoras.

Quienes tuvieron el placer de compartir con ella coinciden en identificarla como una excelente enfermera con gran vocación docente, durante una entrevista, Ballesteros indicó: “Intentamos formar profesionales desde una concepción mucho más humana, que abarque el todo del individuo. Además de lo biológico, no se puede dejar de atender lo social o lo psicológico de un paciente. Hay que tener presente que si ese organismo tiene una parte enferma, esa parte está en un todo que debemos tratar para que la enfermedad no aumente”. Además fue coautora del libro “Bases científicas de la administración” en el cual destacó la evolución de la licenciatura como una profesión independiente, la necesidad de ampliar nuestro campo de trabajo y desarrollar una de las tareas menos visibles de la enfermería profesional cómo es la investigación. Dentro de este ámbito fue la primera directora del Centro de Posgrado, entendiendo la necesidad de la educación permanente y creadora de la Unidad de Investigación. Durante su período como Directora del Instituto Nacional de Enfermería, en noviembre del 2000 se firmó un convenio con el Colegio de Enfermeras de Uruguay para la edición de la Revista Uruguaya de Enfermería, en la cual hoy en día seguimos trabajando para fortalecer la investigación dentro de la enfermería.

Esos son algunos de los aspectos resaltantes de su vasta trayectoria. Como enfermeros sabemos todo lo que ella ha aportado a nuestra profesión, en diferentes ámbitos tanto su colaboración para llegar a ser una Facultad con una carrera de grado de calidad referente en la región, como sus contribuciones a nuestra identidad como profesionales.

Haydée Ballesteros inició un camino y nos señaló hacia dónde ir, ahora es nuestro turno de continuarlo y engrandecer aún más nuestra profesión. Sin dudas su recuerdo siempre nos acompañará.

Las Redes Comunitarias y Familiares en el tránsito hacia la externalización sustentable en el contexto de la reforma del Modelo de Atención de Salud Mental en Uruguay

Community and Family Networks in the transition towards sustainable externalization in the context of the reform of the Mental Health Care Model in Uruguay

Redes Comunitárias e Familiares na transição para a externalização sustentável no contexto da reforma do Modelo de Atenção à Saúde Mental no Uruguai

Claudia Morosi¹, Álvaro Díaz², Laura Martínez³

Resumen:

El presente artículo toma como eje de discusión el lugar de las redes comunitarias y familiares en la estrategia de desinstitucionalización. La propuesta se plantea en el contexto de reforma del modelo de atención de salud mental del Sistema Nacional integrado de Salud (SNIS) que se viene dando en Uruguay a partir de la Ley Nro. 19529 de Salud Mental del año 2017, para pensar las prácticas respecto al modelo de atención de salud mental comunitaria. Esto implica dar visibilidad a las condiciones materiales de existencia en la cotidianeidad de las personas, al bienestar individual y colectivo, al trabajo, la vivienda, la educación, la cultura, al tiempo de ocio y disfrute, entre otros. La transición del modelo asilar a un modelo que privilegie el enfoque comunitario debe considerar en primer lugar un cambio de la política pública de salud mental que contemple los distintos actores, entre ellos los usuarios, familiares, trabajadores de la salud y la comunidad en general. La reinserción en el tejido social de las personas hospitalizadas es central a la hora de pensar en una externalización sustentable, por lo que efectivizar la inclusión social va a significar cambios en las

¹ Licenciada en Sociología (UdelaR) Prof. adj. Dto. de Enfermería Comunitaria de la Facultad de Enfermería de la UdelaR. Prof. adj. de la Facultad de Medicina de la UdelaR. Magister en bioética (ULIA)- Doctoranda en Ciencias de la Salud (Ufpel). ORCID: 0000-0002-4239-5106 correo electrónico: claudiamorosi@gmail.com

² Licenciado en Enfermería (UdelaR) Prof. Agdo. Departamento de Enfermería en Salud Mental de la Facultad de Enfermería de la UdelaR. Especialista en salud mental y salud Familiar y Comunitaria. Magister en Salud Mental. Facultad de Enfermería (UdelaR) Dr. En Ciencias de la Salud.(Ufpel) ORCID: 0000-0003-3382-6004 correo electrónico: adiaz90@hotmail.com

³ Licenciada en Psicología (UdelaR). Especialista en Intervenciones Comunitarias en Salud (UdelaR). Integrante del Dpto. de Psicología de Hospital Vilardebó. Diplomada en Política de Drogas, Regulación y Control (UdelaR). ORCID: 0000-0002-4042-3986 correo electrónico: lauravemc@gmail.com

prácticas sanitarias en los recursos de salud que permitan el sostén familiar y comunitario, para que las personas en situación de sufrimiento psíquico puedan encontrar oportunidades de desarrollar la vida por fuera del hospital psiquiátrico, siendo respetadas en sus derechos.

Palabras Clave:

Modelos de atención en salud mental, desinstitucionalización, salud mental.

Abstract:

This article takes as a main topic of discussion the place community and family networks take at the strategy of deinstitutionalization. The project is presented in the context of the Mental Healthcare System of the national integrated health system (SNIS) reform that has been taking place in Uruguay from the Law No. 19.529 of Mental Health (2017) to think about the practices regarding the Mental Healthcare Community Model. This implies giving visibility to the material conditions of existence in people's daily lives, to individual and collective well-being, to work, housing, education, culture, leisure and enjoyment time, among others. The transition from an asylum model to a model that privileges the community approach, must first consider a change in the public mental health policy that contemplates different actors, including users, their relatives, health workers and the community in general. The reintegration into the social fabric of hospitalized people is central when it comes to thinking about a sustainable discharge, and that is why making social inclusion effective will imply changes in the sanitarian practices, in health resources, which allow family and community support, so that those in psychological suffering can find opportunities to develop their lives outside the psychiatric hospital, being respected in their rights

Keywords:

Mental Healthcare Models, Deinstitutionalization, Mental Health.

Resumo:

O presente artigo toma como eixo de discussão o lugar das redes comunitárias e familiares na estratégia de desinstitucionalização. A proposta é apresentada no contexto da reforma do modelo de atenção do sistema de saúde mental do sistema nacional integrado de saúde (SNIS) que vem ocorrendo no Uruguai a partir da Lei nº 19529 de Saúde Mental de 2017 para pensar as práticas referentes ao modelo de atenção à saúde comunidade mental. Isso implica dar visibilidade às condições materiais de existência no cotidiano das pessoas, ao bem-estar individual e coletivo, ao trabalho, moradia, educação, cultura, lazer e prazer, entre outros. A transição do modelo de asilo para um modelo que privilegia a abordagem da comunidade deve primeiro considerar uma mudança na política pública de saúde mental que inclua diferentes atores, incluindo usuários, familiares, trabalhadores de saúde e a comunidade em geral. A reintegração no tecido social das pessoas hospitali-

zadas é central quando se trata de pensar uma externalização sustentável, para que a inclusão social efetiva signifique mudanças nas práticas de saúde, nos recursos de saúde, que permitam o apoio familiar e comunidade, para que as pessoas em situação de sofrimento psíquico encontrem oportunidades de desenvolver a vida fora do hospital psiquiátrico, sendo respeitadas em seus direitos.

Palavras-chave:

Modelos de atenção em saúde mental, desinstitucionalização, saúde mental.

Introducción

La propuesta de investigación surge de la demanda concreta que establece el Departamento de Trabajo Social del Hospital Vilardebó. La misma, consiste en visualizar las formas institucionales que han obstaculizado y/o posibilitado el alta hospitalaria con el objetivo de avanzar en lo que el equipo investigador define como externación sustentable, así como, comenzar un proceso de problematización sobre el trabajo profesional que intente conocer los contenidos simbólicos y subjetivos que se materializan en esas prácticas y acompañe la coyuntura actual de plena discusión acerca de la puesta en vigencia de la Ley de salud mental.

Para proporcionar mejor visibilidad de las prácticas profesionales el equipo de investigación realizó entrevistas semi-estructuradas a profesionales que desempeñan funciones en salas abiertas en el Hospital Teodoro Vilardebó, con el aval Institucional de ASSE y la correspondiente aprobación del Comité de Ética de la Institución con fecha marzo de 2017. Los profesionales entrevistados fueron: tres Licenciados en Enfermería, seis de Trabajo Social, cinco de Psicología y seis Psiquiatras desde dos perspectivas que permitan el análisis de las lógicas manicomiales; la primera en términos de ideal, como aquello que debe ser y la segunda

en términos concretos. Esta diferenciación fue fundamental para dar sentido a la palabra, y en términos concretos comprenderla práctica cotidiana.

En el campo de la salud mental la obsolescencia del modelo asilar, para dar tratamiento a las personas en situación de sufrimiento mental, nos interpela sobre las posibilidades reales que tiene las personas una vez fuera del hospital, para efectivizar en la comunidad el ejercicio de sus derechos en el goce de una vida digna que enmiende los faltas de las lógicas manicomiales. Entendemos que la escisión entre lo hospitalario y el contexto social que conforma la vida de las personas devenidas “pacientes psiquiátricos” no aporta a la comprensión exhaustiva de las múltiples dimensiones que atraviesan las personas en los procesos de institucionalización psiquiátrica. Es en este sentido que se busca problematizar el concepto de redes comunitarias, familiares y sociales con el fin de avanzar en la des-psiquiatrización de la producción de conocimiento en el campo de la salud mental.

Partimos de la premisa de que la conexión entre el hospital y las redes comunitarias y familiares son fundamentales a la hora de concretar el egreso de la persona, y el lugar social del “pa-

ciente psiquiátrico”, identificando barreras en la generación de redes que propicien alternativas al circuito psiquiátrico.

La investigación pone énfasis en una perspectiva de derechos humanos desde una concepción integral, inspirados en el reconocimiento, respeto y promoción de los mismos, y desde esta integralidad el espacio biopolítico moderno nos permite analizar uno de los campos sociales más discutidos en los últimos dos años en nuestro país como es el de la salud mental.

Fortalezas y obstáculos para la externación sustentable.

El Equipo de investigación definió “externación sustentable” como la salida hospitalaria con el consecuente proceso externo al psiquiátrico, de desarrollo de la vida personal en sus diversas dimensiones y de permanente tensión en la sostenibilidad de esa situación de externalidad frente a las barreras del medio y la potencialidad de la persona. Este concepto comprende el de “alta médica” a la vez que lo complejiza, ya que requiere necesariamente del abordaje interdisciplinario para la proyección y la efectivización de la externación y también de su sostenimiento, traducido en procesos de inclusión genuinos.

Algunas de las frases que se reiteran en los discursos de los profesionales entrevistados para la investigación están relacionadas con los obstáculos y fortalezas para la externación hacen referencia a que:

“Es importante trabajar de manera interdisciplinaria para concretar la salida”

“Tender a modelos menos hospitalocéntricos”

“La des-hospitalización debe hacerse por grupo.”

“Son importantes los trabajos intersectoriales.”

“No tener casas de medio camino”

“En las Policlínicas periféricas no se hace atención primaria ni prevención sino asistencia.”

“El trabajo de Policlínica es una mochila “

“Carencias en los recursos en general y carencias de recursos para determinados perfiles de usuarios.”

Hablar de externación sustentable admite una configuración de trabajo en salud mental comunitaria desde una perspectiva de derechos que nos permita pensar en procesos de reforma de la lógica del modelo asilar, patologizante y vulnerador de derechos que ha reforzado el estigma y alejado a los individuos de su entorno y comunidad. Desde esta perspectiva parecería inminente que la situación de sufrimiento psíquico es siempre vista desde el lugar de la otredad extrema; de allí el concepto de monstruosidad que plantea Foucault en su texto de “Los anormales”. Es justamente esta concepción hegemónica de la salud mental, la que debemos cuestionar en su calidad establecida como “absoluta”, con el fin de promover líneas que habiliten un verdadero cambio en el modelo de atención. La externación sustentable exige pensar en el fortalecimiento de las redes socio-comunitarias y familiares que permitan sostener en su cotidianeidad a las personas que se encuentran en situación de sufrimiento psíquico. Estas redes establecen escenarios locales que incentivan intercambios interpersonales, realzan las conductas preventivas y promueven prácticas horizontales de trasmisión de conocimiento.

El entramado de redes de apoyo comunitarias y familiares

La metáfora de la sociedad como tejido refiere al entrelazamiento de las vidas y acciones de las personas que la conforman, entendido como un entramado de redes múltiples que van a permitir analizar al sujeto y su contexto. Este entramado de redes no es único sino múltiple y permite entender la presencia de lo social en el individuo, la vida con el "otro" y la función de ese "otro" en su subjetividad, y su contexto en términos de malla social, económica, política y cultural que sostiene y amortigua los vaivenes de la vida en la sociedad capitalista, poniendo al descubierto la complejidad de las dinámicas vinculares. La vida en común tiene, además del aspecto individual para establecer relaciones con los otros, el componente que Bourdieu llamó "capital social", determinado por el lugar de nacimiento a través de la familia, el lugar que ocupa en la jerarquía social, acceso a la educación, empleo. Ambos aspectos nos permiten determinar el grado de integración social del individuo.

El concepto de "apoyo social" surgió al revisar en los años 70 la literatura que parecía evidenciar una asociación entre problemas psiquiátricos y variables sociales genéricas como la desintegración social, movilidad geográfica etc.

Según Quesada, Kessler⁽¹⁾, en 1985 detectó:

...que el elemento común de esas variables situacionales era la ausencia de lazos sociales adecuados o la ruptura de redes sociales previamente existentes. Desde entonces existe una importante línea de investigación en apoyo social y la mayor parte de los autores identifican de una u otra forma el apoyo social con la relación interpersonal en la que

se ofrece o intercambia ayuda de tipo material, instrumental o emocional que produce sensación de bienestar al receptor.

La intervención comunitaria adquiere sentido si incorporamos la importancia que el apoyo social tiene en la salud y el bienestar, las transiciones vitales y las situaciones de crisis y se desarrollan trabajos en redes desde un punto de vista individual – familiar y comunitario en una determinada población. Para eso se deben elaborar estrategias concretas que potencien y complementen recursos existentes.

El apoyo funciona a nivel individual y social, y está comprobado que las personas se sienten cuidadas cuando pertenecen a una red social. La cantidad de apoyo social y emocional que recibe la gente varía según su estatus social y económico, por lo que la pobreza puede contribuir al aislamiento y a la marginación social. Diseñar instalaciones donde se fomenten los encuentros y la interacción social en el afuera puede ayudar a mejorar la salud mental; por lo tanto visibilizar y activar las redes para sostener en el afuera significa tener una perspectiva de red donde tengamos conocimiento de la totalidad del contexto del individuo, realizando el trabajo de manera interdisciplinaria, involucrando a todos los actores (sanitarios, familiares, comunitarios, etc.).

La externación es un proceso muy sensible en salud mental, ya que pone en juego procedimientos interdisciplinarios complejos que van desde, dar seguimiento a la salud en la atención de la persona, garantizar la inserción en su comunidad hasta la promoción de derechos, lo que implica tener en cuenta recursos humanos y materiales, medidas y estrategias para asegurar la sustentabilidad. Este, en el modelo

médico hegemónico tradicional, se limita a dar la indicación al paciente y/o allegados para que retorne a la consulta, a veces periódicamente, y siempre dentro de espacios institucionales formales. Los otros componentes informales y sociales no son tenidos en cuenta ni integrados. La importancia de las redes comunitarias y familiares se ha empezado a visibilizar de manera muy reciente debido a la importancia e incidencia en los procesos dialécticos de salud-enfermedad. De este modo, la consideración de las redes sociales y el trabajo con ellas se han vuelto imprescindibles en las prácticas sanitarias a todo nivel, sobre todo en el fenómeno-proceso de la externación, y particularmente en salud mental. Las redes propician el vínculo entre el usuario y el profesional de la salud, por su trato más estrecho y constante no sólo con “el paciente” sino con su familia y comunidad.

Si analizamos el articulado de la ley de Salud Mental Nro. 19529 que hacen mención a las redes, vemos que en el capítulo V se pone énfasis en los niveles de complejidad que tendrá la atención a la salud mental destacándose como estrategia la APS (Atención Primaria en Salud) y priorizando el primer nivel de atención.

En su artículo 17⁽²⁾ la Ley de Salud Mental destaca: “El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario (...) Esta atención se realizará en el marco de un abordaje interdisciplinario e intersectorial y estará orientado a la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales.”

La ley busca una reforma del sistema de asistencia a la Salud Mental y nos preguntamos ¿cómo se efectivizará la promoción, reforzamiento y restitución de los lazos sociales que conforman este tejido cuando hemos venido asistiendo a una lógica donde el afuera no sostiene a las personas con sufrimiento mental?

A su vez el artículo 18 la Ley⁽²⁾ de Salud Mental señala: “Se fomentará el establecimiento de redes territoriales de atención, las que a su vez podrán articular su labor en cada zona con otros recursos existentes que puedan aportar a la promoción y prevención en salud mental.”

Concebimos las redes comunitarias como Montero⁽³⁾ “como parte de la actividad y resistencia de las comunidades, de su expresión como sociedad civil, a la vez que muestran su capacidad de transformación y de apoyo social, su poder, su carácter fortalecedor...”

Nos preguntamos ¿cómo se fomentará el establecimiento de redes territoriales que contribuyan a revertir el aislamiento y la marginación social? Sobre todo cuando se sabe que el apoyo funciona a nivel individual y social y que las personas se sienten cuidadas cuando pertenecen a una red social, y que en situaciones de vulnerabilidad el fortalecer redes sociales tanto a nivel comunitario como familiar permiten sostener al sujeto.

Cualquier forma de atención en salud deberá tener en cuenta las posibles redes sociales de cada persona, particularmente en lo que hace a la externación y para que esta se vuelva sustentable. Ello implica en primer término visualizar los distintos vínculos y grupos que pueden hacer de red para cada persona, y trabajar con los mismos en forma interdisciplinaria por parte de los distintos profesionales de la salud involucrados: enfermeros, trabajadores sociales, sociólogos, psicólogos, médicos, odontólogos.

Este equipo deberá visualizar la red como primer paso, luego contactar a alguno o algunos de sus integrantes y reafirmar en ellos la conciencia de su importancia como grupo humano de apoyo imprescindible para la persona; también mantendrá un contacto constante con estas per-

sonas, así como con los sectores e instituciones de su comunidad: escuela, trabajo, municipio, clubes y centros sociales. Se trata así de reforzar la red ya existente y coordinar con ella acciones y medidas para el seguimiento de la o las personas en cuestión y la consolidación plena de su externación.

Algunas de las expresiones recurrentes entre los distintos profesionales, vinculadas a las redes comunitarias hacen referencia a que:

“Es fundamental la conexión entre el hospital y la red comunitaria para lograr proyectos de egreso con el paciente.”

“Se necesitan estructuras chicas que sostengan más.”

“Desconocimiento de las redes familiares y comunitarias “

“No se comparten las visiones del proceso salud-enfermedad con las redes.”

“La mayoría de los profesionales desconocen las interconexiones.”

“Las redes no son homogéneas ni democráticas en el acceso.”

“El hecho de que las redes comunitarias a veces no estén presentes por fallas en las funciones de la gestión institucional y de los profesionales”

El trabajo en redes desde la mirada de los profesionales de la salud implica no solo salir del servicio desde un programa de cercanía, recorrer el barrio, sino intercambiar desde otra lógica, trabajar en la vida cotidiana de una comunidad. Esta forma de abordaje nos permite una perspectiva ética-política de abordaje profesional muy útil en el encuentro con un otro.

Es por ello que lo que aporta sentido al paradigma de atención en salud mental comunitaria es “el con quién hago el proceso” y no para quién. El abordaje está significado como acción social y por lo tanto conlleva la idea de la paridad

entre los equipos profesionales y las personas. Éste encuentro es elemento primordial para la producción de cualquier cambio basado en el vínculo y las relaciones.

El entramado de redes hace que sean varios los agentes socializadores que aborden al individuo poniendo al descubierto la complejidad de las dinámicas vinculares.

“Personas que no tienen un lugar en el mundo”

Los discursos coinciden en que los pacientes internados son “pacientes que no tienen un lugar en el mundo” “un afuera que sostenga” interpelando y cuestionando modelos familiares.

Berenstein⁽⁴⁾ destaca que cuando un grupo familiar se organiza por medio del eje salud/enfermedad contiene otras participaciones correspondientes a la organización social, económica, religiosa, psicológica.

La organización dualista, a nivel familiar agrupa diversas categorías. Cuando se escinde en enfermos y sanos alcanza una organización duradera, determinada y determinante de la organización familiar y lleva al grupo a buscar en el contexto social el marco para avalar esta organización.

Las personas que no tienen lugar en el mundo, y un afuera que los sostengan ocupan ese lugar en la organización que se ha venido constituyendo no de manera súbita sino como consecuencia de una reorganización sucesiva de explicaciones normativas, poco explícitas y no sistemáticas. La familia sigue los lineamientos de las normas sociales, adaptadas al criterio vigente y desde donde las conductas normales son aquellas que la sociedad considera como tales con arreglo a una norma.

En relación a las fortalezas y obstáculos referidos al vínculo con las familias los profesionales entrevistados hacen mención a que:

“Es importante la existencia de las redes familiares y comunitarias para sostener”

“Siempre el papel nuestro es llamar a la familia y que la familia sea parte de la decisión que vamos a tomar”

“Las cosas cambian cuando se trabaja con la familia.”

“La Familia es fundamental, pero la malla familiar esta desgastada y castigada”

“Familia patologizante.”

“No predomina la familia”

“La familia no entiende a veces la enfermedad mental”

En la relación terapéutica el respeto es previo y antecede a la razón. “La moral cobra voz cuando y donde los imperativos de la razón callan o cuando y donde se le niega la voz: cuando y donde la decisión de responsabilizarse del bienestar, la autonomía, la integridad y la subjetividad de otro deja en suspenso la legitimidad y la autoridad de los juicios de la razón y priva a esta de sus credenciales como tribunal de apelación, es decir, como autoridad a la que podemos recurrir para cuestionar las acciones propiciadas por un impulso moral Bauman⁽⁵⁾”.

Diversos enfoques del paradigma de salud mental comunitaria señalan que las causas que originan mayores limitaciones y peores consecuencias en la vida de las personas con sufrimiento mental no son aquellas individuales sino las de construcción y opresión social, entendiendo lo social como constitutivo del individuo y no en cómo el individuo se relaciona con lo social; como se pone de manifiesto en las distintas entrevistas.

De allí la insistencia e importancia de pensar al “otro” y pensarse con el “otro” en términos de una alteridad irreductible como lo denomina Lévinas⁽⁶⁾, desde diferentes perspectivas, lo que implica pensar por fuera del sentido común socialmente establecido.

La “otredad” se establece siempre en función de la valoración y el respeto de lo que es diferente a mí aun cuando ese “otro” no encaja en lo que “yo” deseo que sea. En este sentido, corresponde responsabilizarnos y crear acciones que den visibilidad a la multicausalidad de las problemáticas que rodean a las personas con sufrimiento psíquico, que a la vez contribuya a desarrollar un proyecto colectivo comunitario en salud mental que contenga la participación de la comunidad y tenga presente todos los atravesamientos en los procesos que la componen.

El autoanálisis consiste en el trabajo de investigación y de comprensión que las comunidades mismas, como protagonistas de sus necesidades, deseos, intereses y demandas, potencialidades y límites, pueden hacer, en forma continuada, para re adquirir, pero también para inventar un pensamiento y conocimientos, producidos con su propio método y con su propio léxico. Barembli⁽⁷⁾.

Respecto a esto es interesante pensar en procesos que permiten re-significar lo establecido, pensar en otras formas que promuevan salud en la sociedad. Pensar los desafíos, interpelar saberes disciplinares que posibilite el encuentro entre servicios y comunidad en una interrelación mutua que permita salirse de los estándares actuales para crecer, trascender lo ya conocido para el cumplimiento de los derechos en salud mental, en el ejercicio de una vida digna. Teniendo en cuenta estos aspectos es que Hope-nhayn⁽⁸⁾, expresa que:

La construcción socio-histórica-cultural-ambiental y espiritual de la comunidad en la que nos desarrollamos es relevante en nuestro proceso personal en la medida en que entre otros aspectos implica el desarrollo de la identidad del individuo, su capacidad de decisión y “la posibilidad de contar con redes de relaciones que ayuden a desarrollar el proyecto de vida.

Distintos autores plantean los avances en cuanto a la concepción de salud. Ello supone otra mirada epistemológica en relación al sistema devenido en ausencias y profundas fallas históricas, políticas, sociales, económicas, culturales que han dejado por fuera la complejidad que envuelve la reconstrucción de salud-enfermedad en el proceso dinámico y dialéctico. Proceso en el que se involucra la perspectiva psico-social, emocional, de funcionamiento y adaptación personal en la comunidad.

El Artículo I de la Declaración Universal de los Derechos Humanos Unesco -1948⁽⁹⁾ establece que “Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”. Desde la perspectiva de la ética kantiana se sostiene que la dignidad humana es una cuestión fundamentalmente moral que radica en la autonomía, por lo que todas las personas poseen la misma dignidad. Es a partir de esta filosofía desde donde éste modelo se encuentra íntimamente relacionado, propiciando ciertos valores intrínsecos como la dignidad humana, la igualdad y a libertad, reconociendo su carácter universal y su configuración en el campo de los derechos humanos. Valores que además aspiran a potenciar el respeto por la diferencia y la libertad personal favoreciendo la inclusión

social. Elementos habilitadores, que empoderan a las personas y componen redes de contención para sostener proyectos de vida significativos en sus comunidades.

Conclusiones

Las prácticas profesionales deben basarse en el reconocimiento del “otro” como sujeto de derechos y no en el positivismo de Comte, tan sustentado desde la psiquiatría en el sentido del paciente como un “objeto natural.”

A partir de la investigación y del análisis de las entrevistas se percibe la importancia de la perspectiva comunitaria y familiar en el discurso de salud mental y en prácticas que den visibilidad al “otro”.

La ausencia de lazos sociales y/o la ruptura de redes familiares o comunitarias existentes ha sido un elemento común cuando se analizan variables sociales genéricas como la desintegración social o la movilidad geográfica; por lo que consideramos prioritario poner especial atención a esta malla social, política, económica y cultural para sostener las relaciones interpersonales.

Interpelar la perspectiva desde la que nos posicionamos frente a las personas, cómo las miramos, es también una forma de construir. De alguna manera esta perspectiva de derechos nos habilita a pensar la situación de sufrimiento mental como una forma de manifestación del malestar social, para los cuales el tratamiento comunitario nos ofrece posesionarnos como profesionales desde una nueva perspectiva en ese campo. Entendemos que el sufrimiento está determinado por diversos factores que implican un “no acceso”, reducción de las redes de apoyo, estar desvinculado de los capitales sociales, culturales, de los bienes y de los servicios ante una

determinada situación. Por tanto, el entramado de redes permite repensar cuestiones multi-causales. Lo importante es entender desde dónde nos posicionamos frente al sufrimiento mental, lo que implicaría un posicionamiento ético-político.

Un análisis general de las entrevistas a los profesionales del Hospital T Vilardebó nos lleva a divisar que hay un discurso institucional y discursos profesionales muy internalizados que atraviesan las profesiones y las prácticas empíricas – profesionales; discursos permeados por una fuerte visión acerca de la división social del trabajo, muestra en psiquiatras una visión más pesimista de las redes al calificarlas de inexistentes o con fallas que no están siendo superadas, así como una visión más negativa de la familia (la cual a veces no entiende la enfermedad mental, desgastada, vulnerada, irresponsable). Los discursos de los trabajadores sociales y psicólogos coinciden en que las redes no son homogéneas ni democráticas en su acceso y valoran mucho el trabajo interdisciplinario e intersectorial.

Por otra parte, los licenciados en enfermería sostienen que es difícil de manejar la salida a la comunidad, y se muestran preocupados por cómo va a ser el seguimiento del tratamiento de las personas al egreso.

De manera general, interpretando los distintos discursos, vemos que es importante tener en cuenta que las redes que conforman el tejido social son promotoras de salud y bienestar y el principal sistema de apoyo natural al que acuden las personas; por lo que se deben diseñar y activar entramados de redes abiertas, múltiples que permitan tener un conocimiento del contexto del individuo para poder revertir situaciones de vulneraciones de derechos.

Cuando se trata de personas que han sufrido vulneraciones de derechos, se deben activar no solo redes de servicios de recursos sociales, sino de actividades recreativas, musicales, deportivas y de servicios territoriales, que permitan establecer entramados fuertes, abiertos, capaces de expandirse y multiplicarse ya que constituyen el principal sistema de apoyo natural al que las personas acuden en caso de necesidad.

El pensar en redes es abandonar la postura inmediatista para la solución de problemas y asumir una perspectiva de participación más extensa e intensa a la vez, va a redundar en potenciar el apoyo social como determinante social de la salud indispensable para sostener en el afuera y revertir procesos de institucionalización psiquiátrica desde los derechos humanos.

Referencias bibliográficas

1. Kessler RC, Price RH, Worthmann CB. Social factors in psychopathology. *Annual Review of Psychology* 1985; 36:531-72. Citado por: Villalba Quesada C. Redes sociales: un concepto con importantes implicaciones en la intervención comunitaria. [Internet]. *Intervención psicosocial* [Internet] 1993; 2(4). Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1993/vol1/arti6.htm> [consulta: 31 jul 2019].
2. Salud Mental. Ley 19529 de 19 de septiembre de 2017. [Internet]. Uruguay. Disponible en: https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes?Ly_Nro=19529 [consulta: 31 jul. 2019].
3. Montero M. Teoría y práctica de la psicología comunitaria. Buenos Aires: Paidós; 2006. p. 173-98.
4. Berenstein I. Familia y enfermedad mental. Buenos Aires: Paidós; 1976. p. 75.
5. Bauman Z. La sociedad sitiada. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2002. p. 115.
6. Levinas E. Totalidad e infinito: ensayo sobre la exterioridad. Salamanca: Sígueme; 2012.
7. Barembliit G. El movimiento instituyente, el autoanálisis y la autogestión. En: Barembliit G. Compendio de análisis institucional. Buenos Aires: Editorial Madres de Plaza de Mayo; 2005. p. 22.
8. Hopenhayn M. Inclusión y exclusión social en la juventud latinoamericana. [Internet]. 2008. p. 51. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2781553>[consulta: 31 jul 2019].
9. Naciones Unidas. La Declaración Universal de Derechos Humanos. [Internet]. 1948. Disponible en: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/> [consulta: 31 jul. 2019].

Bibliografía consultada

- Bourdieu P. Poder, derecho y clases sociales. Bilbao: Desclée de Brouwer; 2001.
- Deleuze G, Guattari F. Rizoma: Introducción. Valencia: Pre-textos; 2003.
- Frankel D. Medicalización de la vida. Buenos Aires: De la UNLa; 2008.
- Foucault M. Los anormales. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica; 2000.
- Foucault M. Las redes del poder. Buenos Aires: Prometeo; 2014.

Recibido: 20191029

Aceptado: 20191202

O cuidador no ambiente hospitalar: uma revisão integrativa

The caregiver in the hospital environment: an integrating review

El cuidador en el ambiente hospitalario: una revisión integrativa

Berlanny Christina de Carvalho Bezerra¹,
Stefanie Griebeler Oliveira², Leticia Valente Dias³

Resumo:

Objetivo: conhecer a produção de conhecimento sobre o cuidador no ambiente hospitalar nas publicações científicas. **Métodos:** revisão integrativa realizada nas bases de dados eletrônicas, Banco de dados em Enfermagem (BDENF), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL), utilizando-se as palavras-chave “Cuidadores” “cuidador familiar” “Hospital” e “Hospitalização”, a partir da análise temática. **Resultados:** a análise dos 21 estudos permitiu discutir temas como: perfil dos cuidadores familiares, sobrecarga física e emocional; normas e rotinas no ambiente hospitalar; relação profissional e cuidador na prestação do cuidado. **Conclusão:** Torna-se fundamental a instrumentalização da equipe de saúde sobre necessidades do cuidador no espaço hospitalar, para que esta possa identificar sinais e sintomas de sobrecarga e intervir de modo a contribuir com o cuidador familiar.

Palavras-chave:

cuidadores, cuidador familiar, hospital, hospitalização.

¹Enfermeira. Especialista em Saúde da Família; Urgência e Emergência; e Enfermagem Oncológica. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Enfermeira assistencialdo Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Pelotas, RS, Brasil. Email: berlannychristina@gmail.com. ORCID: 0000-0001-6577-4435

²Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Adjunto III da Faculdade de Enfermagem e da Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, RS, Brasil. Email: stefaniegriebeleroliveira@gmail.com. ORCID: 0000-0002-8672-6907

³Enfermeira. Especialista em Atenção à Saúde Oncológica. Mestranda pelo Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas– Bolsista Capes (Março/2018 a Julho/2019). Enfermeira assistencialdo Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares. Pelotas, RS, Brasil. Email: leticia_diazz@hotmail.com. ORCID: 0000-0002-5812-4079

Abstract:

Objective: This study aims to know the knowledge production about the caregiver in the hospital environment according to the scientific publications. **Methods:** This is an integrative review carried out according to electronic databases, Nursing Database (BDENF), Latin-American and Caribbean Literature in Health Sciences (LILACS) and Cumulative Index to Nursing & Allied Health (CINAHL), using the keywords “Caregivers” “Family caregiver” “Hospital” and “Hospital admissions”, from the thematic analysis. **Results:** The analysis of the 21 studies allowed the discussion of some topics such as: family caregivers’ profile, physical and emotional overload; rules and routines in the hospital environment; professional relationship, and caregiver in the provision of care. **Conclusion:** The instrumentalization of the health team is a key factor if considering the caregiver’s needs in the hospital, so that the team can identify signs and symptoms of overload and interfere in order to contribute with the family caregiver.

Keywords:

caregivers, family caregiver, hospital, hospitalization.

Resumen:

Objetivo: Conocer la producción de conocimientos sobre el cuidador en el entorno hospitalario en publicaciones científicas. **Métodos:** Revisión integrativa realizada en las bases de datos electrónicas, base de datos de enfermería (BDENF), Literatura de Ciencias de la Salud de América Latina y el Caribe (LILACS) e índice acumulado de Enfermería y Salud Aliada (CINAHL), utilizando el Palabras clave “cuidadores” “Cuidador familiar” “Hospital” y “hospitalización”, del análisis temático. **Resultados:** El análisis de los 21 estudios permitió discutir temas tales como: perfil de cuidadores familiares, sobrecarga física y emocional; Normas y rutinas en el entorno hospitalario; Relación profesional y cuidador en la prestación de atención. **Conclusión:** La instrumentalización del equipo de salud sobre las necesidades del cuidador en el espacio hospitalario se convierte en fundamental, para que pueda identificar signos y síntomas de sobrecarga e intervenir con el fin de contribuir al cuidador familiar.

Palabras clave:

cuidadores, cuidador familiar, hospital, hospitalización.

Introdução

Atualmente, as doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs) são consideradas como as responsáveis pelas principais causas de óbitos no mundo, bem como pela diminuição da qualidade de vida, uma vez que limitam a realização de atividades de trabalho e lazer. Ainda, as DCNTs repercutem no aspecto econômico da sociedade, por serem responsáveis por crescentes gastos com internações hospitalares. São exemplos de doenças crônicas insuficiência cardíaca, acidente vascular cerebral, diabetes e hipertensão⁽¹⁾. Além disso, o envelhecimento populacional contribui para o crescente número de agravos à saúde⁽²⁾, além de para outras limitações na população, como quedas, que provocam incapacidades em idosos⁽³⁾.

No caso de hospitalização por DCNT, poderá haver a necessidade de um acompanhante ou cuidador para o paciente, conforme a complexidade da doença. Historicamente, o termo acompanhante surgiu da manifestação do Relatório de Platt, em 1959, na Inglaterra, onde emergia a preocupação com as possíveis consequências da hospitalização infantil. Desse modo, o referido Relatório criou possibilidades de a mãe acompanhar a criança durante a internação hospitalar⁽⁴⁾. Hoje, a presença do acompanhante/cuidador na assistência ao paciente internado está prevista na legislação, resultado do estabelecimento de Políticas Públicas de saúde pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A Lei nº. 106, de 14 de setembro de 2009, prevê o direito à presença do acompanhante durante o internamento hospitalar do paciente que dela necessitar. Ressalta-se o direito a acompanhamento familiar de crianças, idosos, gestantes, pessoas com deficiência, em situação de dependência e/ou com doença

incurável em estado avançado e em estado final de vida em hospital ou unidade de saúde⁽⁵⁾.

No geral, o paciente adulto desfruta do acompanhamento como uma concessão. Nessas situações, a negociação pode se tornar desgastante e dependente das condições estruturais do hospital ou da necessidade de o acompanhante suprir o déficit de profissionais de enfermagem. Nesse sentido, a autorização para a permanência do acompanhante/cuidador não caracteriza as necessidades do indivíduo internado⁽⁶⁾.

Experiências na área de saúde mental já apontavam a necessidade da presença de um acompanhante durante a hospitalização do paciente, uma vez que se supunha que a frequente reinternação era causada pela ausência de familiares no processo de reabilitação⁽⁷⁾. Tais experiências inspiram outras áreas no âmbito da saúde e vão modelando as orientações preconizadas pela Política de Humanização do SUS. A Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa⁽⁸⁾ é outro exemplo que segue os preceitos de humanização do SUS, pois também prevê o acompanhante em caso de hospitalização.

O termo cuidador, utilizado mais recentemente, designa o acompanhante responsável por prestar os cuidados diretos e de forma contínua à pessoa com DCNT, podendo ou não ter grau de parentesco com o paciente. Entre as suas funções, incluem-se ajudar no cuidado corporal, na medicação, na alimentação e na mobilidade do paciente, o que o torna participativo durante o tratamento oferecido pela equipe de saúde. No decorrer do desenvolvimento das suas atividades, os cuidadores podem contar com o suporte oferecido pelas equipes de saúde, as quais deveriam estar sempre em alerta em relação às dificuldades apresentadas por estes⁽⁹⁾.

O processo de se tornar um cuidador pode ocorrer tanto de forma lenta quanto abrupta, e acontece com um diagnóstico de determinada doença, cujos tratamento e evolução desencadeiam um quadro de dependência. Nessa função, pode-se dizer que o cuidador se encontra ligado também de forma afetiva com o paciente, de acordo com o grau de parentesco, além dos encargos da sua responsabilidade social. Além disso, ocorrem mudanças na vida da pessoa que assume o papel de cuidador, visto que adquire novas demandas de aprendizagem. Por exemplo, pode ocorrer abandono do trabalho e, por consequência, restrições econômicas, redução na interação social, nos momentos de lazer, etc.^(10,11). Além disso, considera-se que o pouco tempo para adaptação ao novo papel assumido, a perda da qualidade de vida pelas privações, a falta de reconhecimento e o pouco espaço para falar dos seus anseios amplificam a sobrecarga do cuidador nos aspectos psicológicos, sociais, financeiros e físicos⁽¹²⁾.

Nesse sentido, devido às sobrecargas e restrições que os cuidadores podem apresentar — uma vez que têm papel relevante no espaço hospitalar, pois contribuem com a equipe de enfermagem e presta assistência integral ao familiar —, é necessário pensar formas de cuidado ao cuidador⁽¹³⁾. Reforçando isso, o Ministério da Saúde elaborou um guia para prestação de cuidados do cuidador a fim de orientar tanto práticas de cuidado com o outro quanto de autocuidado⁽¹⁴⁾.

Portanto, considerando a atualidade da temática cuidador, considerando as últimas décadas, bem como todo o entorno de sobrecarga que alguns estudos já apontam^(12,15-16), especialmente no âmbito do cuidado domiciliar, este estudo tem por objetivo conhecer a produção de co-

hecimento sobre o cuidador no ambiente hospitalar nas publicações científicas.

Metodologia

Este estudo consiste em uma revisão integrativa da literatura, a qual se caracteriza como a síntese de várias produções publicadas e permite considerações gerais referentes a uma área de conhecimento específica. Trata-se de uma ferramenta importante, em virtude do grande número de produções existentes. Esse método oferece acesso rápido a importantes resultados de pesquisas, que alicerçam ações e decisões no desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo e na ação. Foram realizadas as seguintes etapas: definição do tema; estabelecimento da questão de estudo; definição dos critérios de inclusão e exclusão; demarcação das informações a serem extraídas dos estudos; categorização e avaliação dos estudos incluídos seguido da interpretação dos resultados; síntese do conhecimento produzido⁽¹⁷⁾. A questão de pesquisa que guiou esta revisão foi: “O que se tem produzido nas publicações científicas sobre o cuidador no ambiente hospitalar?”

Foram considerados como critérios de inclusão estudos que contemplassem cuidadores familiares no âmbito hospitalar — alguns estudos com pacientes foram incluídos, por terem sido desenvolvidos com a díade paciente-cuidador — e como critérios de exclusão estudos não realizados no hospital, livros, monografias, dissertações, teses, manuais técnicos e análises de documentos (textos como registros e política, artigos de revisão e reflexão).

Na busca, optou-se por não se estabelecer um limite temporal para a seleção, visto a intenção de alcançar um panorama dos estudos sobre cuidadores familiares no ambiente hospitalar.

As buscas foram realizadas nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Banco de Dados em Enfermagem (BDENF) e Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature (CINAHL), em agosto de 2018, com os seguintes descritores em português e inglês: cuidador (Descritor de Assunto), caregiver (MeSH Terms); cuidadores (Descritor de Assunto), caregivers (MeSH Terms); hospital (Descritor de assunto), hospital (MeSH Major Topics); pacientes (Descritor de assunto), patients (MeSH Terms), todos combinados com os operadores booleanos AND e OR.

Para a organização dos estudos, foi utilizado o programa EndNote, versão X5. Os artigos duplicados entre as bases de dados foram considerados apenas uma vez e foram excluídos os artigos que não respondessem à questão norteadora da pesquisa e os que não se enquadravam nos critérios de inclusão e exclusão. Foram identificados 1.152 estudos das bases citadas anteriormente. Após a extração dos artigos duplicados, 487 estudos passaram pela identificação do tema abordado a partir da questão de pesquisa, resultando em 261 artigos. Posteriormente, foi realizada a leitura dos resumos e, então, excluídos 138 estudos, cujas temáticas não correspondiam ao objetivo proposto. Portanto, foram selecionados 21 artigos para compor a amostra final (Figura 1).

Após a seleção dos estudos, foi elaborado um quadro informativo no programa Microsoft Word[®] contendo as seguintes informações: título, ano, país, base de dados, revista e área de atuação dos autores.

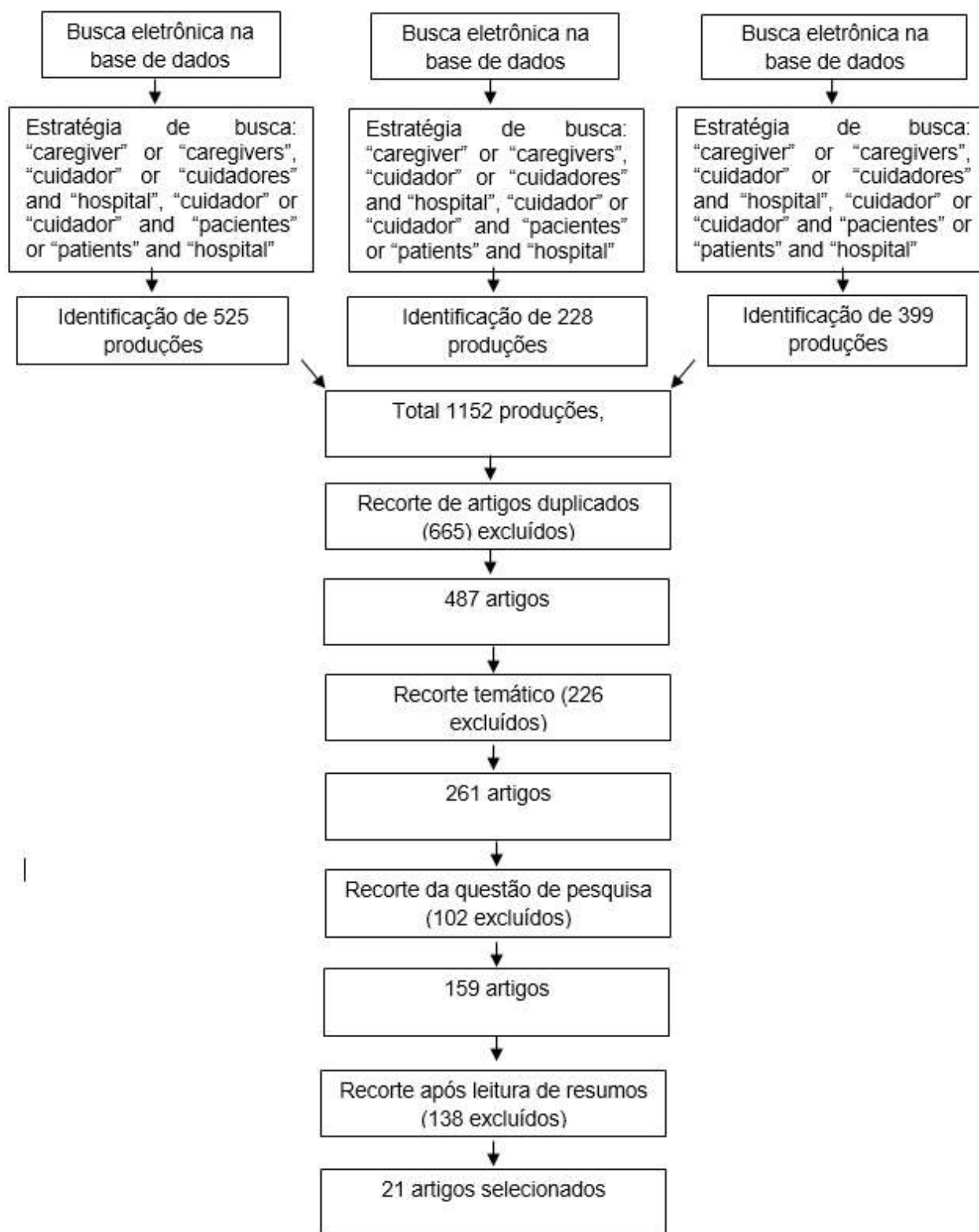
A análise dos dados foi realizada a partir da leitura minuciosa dos 21 artigos selecionados⁽¹⁸⁻³⁸⁾ e da construção de um quadro com as seguin-

tes informações: título do artigo, base de dados, ano, país de publicação, revista, área de atuação dos autores e delineamento do estudo. Além disso, foi realizada uma análise qualitativa dos artigos a partir do método denominado análise temática⁽³⁹⁾, segundo o qual os dados são apresentados por temas; ou seja, em agrupamentos temáticos que apresentam caracterização das produções e informações sobre escalas e instrumentos utilizados com cuidadores.

Resultados

Observa-se, conforme informações na tabela 1 de caracterização das publicações, na primeira década dos anos 2000, que sete artigos⁽¹⁸⁻²⁴⁾ acerca da temática foram publicados. Há maior predominância entre os anos de 2012, 2013 e 2014, totalizando 12 artigos⁽²⁵⁻³⁶⁾ quando somados. Com relação à área mais frequente, a enfermagem se sobressai, com 19 artigos^(19-22,24-38), o que é reforçado pela especificidade das revistas em que esses artigos foram publicados: Revista de Enfermagem Escola Anna Nery, com quatro artigos^(33,35,37-38), seguida da revista Ciência, Cuidado e Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá, com três artigos^(22,24-25) e das revistas Texto e Contexto — Enfermagem^(19,27), Revista Eletrônica de Enfermagem^(28,36), Acta Paulista de Enfermagem⁽²⁹⁾⁽³⁰⁾ e Revista Brasileira de Enfermagem⁽³²⁾⁽³⁴⁾, todas com dois artigos.

Da análise dos estudos selecionados, foram elaboradas três categorias: cuidadores no ambiente hospitalar, desafios e dificuldades encontrados pelos cuidadores e profissionais de saúde; profissionais de saúde e a relação com cuidadores no ambiente hospitalar.

Figura 1. Fluxograma para caracterização da amostra.

Fonte. Elaborado pelas autoras.

Tabela 1. Tabela de caracterização das publicações.

Título do artigo	Base de dados	Ano	País	Revista	Área de atuação dos Autores
Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar(18)	LILACS	2002	Brasil	Revista da Escola de Enfermagem da USP	Medicina Enfermagem
A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal(19)	LILACS	2004	Brasil	Texto & Contexto Enfermagem	Enfermagem
Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado(20)	LILACS	2005	Brasil	Revista Latino-Americana de Enfermagem	Enfermagem
Capacitação de Cuidadores de Pacientes em Alta Hospitalar(21)	BDENF	2008	Brasil	Cogitare Enfermagem	Enfermagem
A Enfermagem diante dos Estressores de Familiares Acompanhantes de Idosos dependentes no Processo de Hospitalização e de Alta(22)	BDENF	2009	Brasil	Ciência, Cuidado e Saúde	Enfermagem
Cuidador Familiar de Paciente com Afecção Neurológica(23)	LILACS	2009	Brasil	Saúde e Sociedade	Medicina Enfermagem
Situações De Conforto E Desconforto Vivenciadas pelo Acompanhante Na Hospitalização Do Familiar Com Doença Crônica(24)	LILACS	2009	Brasil	Ciência, Cuidado e Saúde	Enfermagem
Condição crônica na infância durante a hospitalização: sofrimento do cuidador familiar(25)	LILACS	2012		Ciência, Cuidado e Saúde	Enfermagem
O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas(26)	LILACS	2012	Brasil	Revista Gaúcha de Enfermagem	Enfermagem
Internação Domiciliar E Internação Hospitalar: Semelhanças E Diferenças No Olhar Do Cuidador Familiar(27)	LILACS	2012	Brasil	Texto & Contexto Enfermagem	Enfermagem
Compreendendo a experiência do cuidador de um familiar com câncer fora de possibilidade de cura(28)	LILACS	2012	Brasil	Revista Eletrônica de Enfermagem	Enfermagem
Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar(29)	LILACS	2012	Brasil	Acta Paulista de Enfermagem	Enfermagem
Sentimentos dos cuidadores de usuários de bebidas alcoólicas frente à internação(30)	LILACS	2013	Brasil	Acta Paulista de Enfermagem	Enfermagem

Cuidadores de vitimados por acidente cerebrovascular(31)	LILACS	2013	Brasil	Revista de enfermagem UERJ	Enfermagem
A família revelando-se como um ser de direitos durante a internação hospitalar da criança(32)	CINAHL	2013	Brasil	Revista Brasileira de Enfermagem	Enfermagem
A família durante a internação hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem(33)	LILACS	2014	Brasil	Revista de Enfermagem Escola Anna Nery	Enfermagem
A família na Unidade de Pediatria: convivendo com normas e rotinas hospitalares(34)	LILACS	2014	Brasil	Revista Brasileira de Enfermagem	Enfermagem
O familiar cuidador durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotinas(35)	LILACS	2014	Brasil	Revista de Enfermagem	Enfermagem
Estratégias utilizadas pela família para cuidar a criança no hospital(36)	LILACS	2014	Brasil	Escola Anna Nery	Enfermagem
A (in)satisfação dos acompanhantes acerca da sua condição de permanência na enfermagem pediátrica(37)	LILACS	2015	Brasil	Revista Eletrônica de Enfermagem	Enfermagem

Fonte: Elaborado pelas autoras.

Cuidadores no ambiente hospitalar

Em vários estudos, observou-se que a maioria dos cuidadores familiares é composta por mulheres, filhas ou esposas dos usuários. Esse fato pode estar atrelado a fatores socioculturais que atribuem à mulher a responsabilidade pelo cuidado da família^(18,21,24,28,30-31).

Em um estudo realizado com cuidadores em um Hospital de Ensino de São Paulo, verificou-se que a maioria não escolheu ser cuidadora, mas que acabou se tornando devido à necessidade familiar. Portanto, mostra satisfação, interesse e comprometimento no cuidado com esse usuário, e é também uma forma de criar forças diárias para enfrentar a situação⁽²⁸⁾.

A prática do cuidar traz benefícios ao cuidador, pois esta experiência sentimentos de satisfação, realização pessoal e orgulho pelo seu

papel junto à pessoa cuidada. No entanto, o ambiente hospitalar também gera sobrecarga física e emocional, de forma que o cuidador pode acabar desgastado, estressado e até com problemas de saúde em decorrência dessa atividade⁽²³⁾.

Ainda, a hospitalização demanda uma reorganização na estrutura familiar, provocada por uma série de transformações na rotina dos envolvidos. Assim, deve haver um manejo adequado da situação que facilite o seu enfrentamento. Esse processo ocasiona mudanças nas esferas familiar e social do cuidador; porém, existem possibilidades de uma organização atenuante das dificuldades quando o suporte lhe é oferecido, especialmente por meio de informações educativas⁽³³⁾.

Durante o período de hospitalização, são vivenciados conflitos e adaptações provenientes das mudanças na rotina do paciente. Esses conflitos estão relacionados com as dificuldades decorrentes de acompanhar o paciente ao longo de todo o processo clínico-terapêutico, de se adequar com as normas e rotinas do ambiente hospitalar ou, ainda, de crise financeira^(33-34,37).

Com o propósito de se adequar ao ambiente hospitalar e estabelecer uma nova rotina de cuidado, o cuidador procura por informações sobre o tratamento fornecido ao paciente internado. A informação é uma das principais ajudas que os profissionais da equipe de saúde podem dar às famílias. Essas informações devem ser disponibilizadas de forma clara e objetiva, a fim de facilitar a compreensão da situação de saúde da pessoa cuidada. O diálogo e o vínculo entre o cuidador familiar e os profissionais de saúde são dispositivos de grande importância, pois lhes auxiliam a compreender melhor o processo de hospitalização e a colaborar com os cuidados^(32,38).

Nesse sentido, a presença do cuidador familiar no ambiente hospitalar é de suma relevância, pois facilita o processo de tomada de decisões por meio de questionamentos sobre conduta e tratamentos, bem como otimiza formas de prestar assistência ao paciente e de realizar o seu manejo adequado; além, é claro, de aumentar o suporte emocional que lhe é disponibilizado.

Desafios e dificuldades encontrados pelos cuidadores e profissionais de saúde

Após um longo período assistindo ao paciente internado sem possibilidade de revezamento com outro acompanhante, é comum que o cuidador se sinta emocional e fisicamente so-

brecarregado. Essa sobrecarga que decorre do cansaço físico e mental causado pela falta de conforto, pelo sono, pela ausência de lugar adequado para dormir, pela falta de estrutura e, o mais grave, pelo processo de adoecimento do paciente pode levar ao desgaste e ao estresse, e, por consequência, a problemas de saúde. A sobrecarga, portanto, é um dos fatores mais desafiadores para o cuidador^(25,31).

Com base nos estudos de⁽²⁴⁾, entende-se que o ambiente hospitalar não possui estrutura adequada o suficiente para atender às necessidades do paciente e do cuidador. Foram relatadas queixas de falta de poltronas, refeitórios e uma área para circulação tanto dos cuidadores quanto dos pacientes. Outros fatores de descontentamento incluem o compartilhamento de enfermarias, as necessidades de avaliação noturna por profissionais de saúde no âmbito do leito, intercorrências e ambientação insuficiente.

Muitas vezes, o cuidador refere um despreparo, buscando sempre a orientação dos profissionais de saúde para orientações da assistência ao paciente. Desse modo, enfrentam barreiras na busca por uma direção, principalmente a falta de atenção dos profissionais e descrição dos procedimentos a serem realizados em benefício da recuperação do paciente^(19,21).

Sinais de insatisfação e angústia permeiam alguns cuidadores de pacientes crônicos sem possibilidade de cura, pois estes são totalmente dependentes de cuidado. Por outro lado, observa-se um sentimento de culpa e frustração dos cuidadores por não poderem amenizar o sofrimento da pessoa e o seu desconforto decorrente da patologia^(22,36).

Outros pontos negativos do cuidado em ambiente hospitalar são o pouco tempo para visitas, o afastamento da rotina e de pertences, bem

como o risco de transmissão de doenças entre pacientes da mesma enfermaria. Além disso, observou-se que os cuidadores enxergam o hospital como um local de solidão, além de como um ambiente insalubre e cheio de riscos. Por fim, afirmam que, nesse local, as suas necessidades alimentares não são suficientemente supridas, obrigando-os a ter gastos extras^(27,37).

Ainda, os cuidadores familiares se modificam ao adentrar o ambiente hospitalar, tendo preferência pelo ambiente domiciliar, por este facilitar o revezamento entre vários cuidadores — o que, diante as regras impostas pelo hospital, é uma possibilidade apenas do domicílio. Não se deve esquecer, porém, que o hospital possui um aparato tecnológico e mais possibilidades para o enfrentamento da doença⁽²⁷⁾.

Profissionais de saúde e a relação com cuidadores no ambiente hospitalar

O enfermeiro mantém uma relação importante com o cuidador, pois este sempre recorre à equipe de enfermagem para ser orientado sobre os cuidados com o paciente. Muitas vezes, a família do paciente se encontra fragilizada, necessitando de apoio — daí a importância de o enfermeiro promover ações que acolham o cuidador, ajudando-o a enfrentar o processo de hospitalização do familiar. Nesse contexto, o familiar cuidador entende a necessidade de manter uma boa relação com a equipe⁽³⁰⁾.

Corroborando esses achados, o estudo de⁽³⁷⁾ mostrou que o cuidador procura o enfermeiro para tirar dúvidas sobre a doença, terapias medicamentosas e exames, e para receber outras orientações, pois entende que o enfermeiro é mais acessível do que o médico.

Em outros aspectos, os profissionais de saúde, em especial o enfermeiro, enfrentam certas dificuldades na relação com cuidadores hospitalares. Essa dificuldade decorre do fato de que, muitas vezes, os enfermeiros assumem uma posição mais burocrática no ambiente de cuidado, o que pode dificultar a criação de vínculos com os cuidadores. No caso da assistência prestada pela equipe de enfermagem, destacam-se algumas ações que podem satisfazer a necessidade dos cuidadores, como suporte para o cuidador no enfrentamento do diagnóstico junto ao paciente, contribuindo com o seu conforto e o equilíbrio da sua integridade física, moral, emocional e espiritual⁽²⁹⁾.

Outro estudo, de⁽³¹⁾, evidenciou que a equipe sobrecarrega o cuidador com algumas funções, como higiene do paciente, alimentação, mudança de decúbito, esvaziamento do coletor de urina, administração de medicamentos por via oral e auxílio na prevenção de quedas. Verifica-se, porém, que a prestação desses cuidados talvez seja uma importante preparação para a alta do paciente, visto que é o cuidador que vai realizá-los no domicílio.

No caso do processo de internação do idoso, a presença do cuidador familiar não deve ser visualizada como uma delegação de responsabilidades, mas como uma complementação da assistência que ajuda a equipe de enfermagem; ou seja, trata-se de uma relação de parceria. Desse modo, a comunicação efetiva é um dos fatores que facilitam o processo de cuidar, devendo acontecer de forma contínua⁽²⁰⁾.

Muitas vezes, os profissionais de saúde se deparam com cuidadores não tão colaborativos, embora esperem que haja uma colaboração da família diante da doença. Nessa perspectiva, em

inúmeros casos, observa-se que o cuidador não contribui no enfrentamento do processo de internação⁽²³⁾.

Foi evidenciado, no estudo de⁽²⁹⁾, que os profissionais de saúde, principalmente o enfermeiro, enfrentam certas dificuldades em relação à família do paciente em internações prolongadas. Nesse contexto, foi observado que, devido ao vínculo com o paciente, o cuidador começa a desobedecer às regras de cuidado, fazendo o enfermeiro chamar-lhe a atenção. No entanto, aspectos positivos também foram evidenciados, como a segurança e confiança na equipe.

Os profissionais de enfermagem procuram manter uma boa relação com o cuidador, pois, desde a admissão, é esse profissional que oferece informações precisas sobre o paciente. Assim, a equipe procura acolher o cuidador, visto que a sua presença no ambiente hospitalar pode ser muito vantajosa para o paciente e a equipe de saúde⁽³⁰⁾.

Em um estudo realizado em uma clínica de pediatria, verificou-se que os familiares enxergam os profissionais como os detentores do poder, entendendo que as regras e normas do hospital existem apenas para atender os interesses da equipe, de modo que as necessidades da família e da criança ficam em segundo plano. Nesse sentido, há uma rigidez em cumprir o que é estabelecido na internação⁽³⁵⁾.

É relevante destacar, ainda, o estudo de⁽³⁴⁾, o qual mostra que as normas e regras existem para organizar o processo de trabalho da equipe, estabelecer disciplina e direcionar o comportamento dos familiares no setor, pois, além de outros motivos, existe um tempo determinado para cada atividade no ambiente hospitalar; por exemplo, horários de alimentação, horários de visitas e rotinas da equipe, horários de uso os banheiros comunitários, etc.

Durante o processo de internação, constatou-se que os cuidadores criam estratégias para desobedecer às normas impostas pela instituição, recusando-se a cumpri-las ou burlando-as, de modo que a equipe de enfermagem não tome conhecimento dessas contravenções. Por consequência, o cuidador procura manter uma boa relação com outros cuidadores⁽³²⁾.

De acordo o estudo de⁽³⁷⁾, a equipe de enfermagem é considerada a mais próxima dos pacientes, a que mais desenvolve competências para passar, ao acompanhante, as informações necessárias para o cuidado do paciente. Pelo fato de que essas informações nem sempre são plenamente compreendidas, os profissionais sempre estão disponíveis para orientações e dúvidas.

Na rotina da assistência hospitalar, o cuidador ganha maior destaque, por ser mediador e facilitador da comunicação dos profissionais de saúde com os pacientes. Os cuidados prestados, como medicação, higiene e realização de exames, são mais efetivos, e a presença do cuidador também contribui para a saúde física e emocional do paciente, afetada pelo diagnóstico.

Discussão

A caracterização das publicações selecionadas para esta revisão mostra uma predominância de publicações a partir de 2012, fato que pode estar relacionado às orientações políticas do Ministério da Saúde acerca do direito ao acompanhante⁽⁵⁾ e às publicações relativas à Política de Humanização do SUS⁽⁴⁰⁾.

Considerando as características das publicações encontradas, observa-se uma forte relação da enfermagem com a temática do cuidador

no ambiente hospitalar. Tal relação pode estar associada ao entendimento de que a equipe de enfermagem possui papel essencial na qualidade da assistência ao paciente, visto estar mais próxima e presente durante o cuidado⁽⁴¹⁾. Desse modo, deve atuar como uma mediadora nesse processo, identificando as fragilidades e sentimentos envolvidos, e, assim, oportunizando um ambiente acolhedor durante a internação⁽⁴²⁾. Durante esse processo, a enfermagem deve considerar o cuidador como um parceiro no cuidado ao paciente, assim como um colaborador nas situações relacionadas a hospitalização e troca de informações, de modo a compreender as singularidades e limitações do paciente⁽⁴³⁾.

Outra questão abordada nos artigos é que as mulheres não têm outra escolha a não ser a de assumir o papel de cuidadoras⁽¹¹⁾⁽⁴⁴⁾. Trazem que o perfil dessas cuidadoras geralmente é composto de mulheres solteiras, domésticas ou desempregadas. No entanto, o estudo⁽³⁰⁾ descreve que as cuidadoras que assumem os cuidados são as filhas, esposas e parentes do sexo feminino próximas do paciente. O estudo⁽⁴⁵⁾ acrescenta que muitas dessas mulheres têm baixo nível de escolaridade e encontram-se na faixa etária de 47,4 anos, sendo casadas ou vivendo em união estável. Além disso,⁽⁴⁶⁾ mostram que, dos 45 cuidadores participantes do seu estudo, 43 eram mulheres, o que reafirma a predominância do núcleo feminino no que tange ao cuidado de pacientes.

Por meio desta revisão, também foi identificado que ocorrem mudanças na rotina do cuidador com a hospitalização do seu familiar⁽³³⁾. Essa alteração na rotina do paciente, da sua família e do seu cuidador deriva da crise instalada com a internação hospitalar, sendo necessária a

acolhida do acompanhante/cuidador para que a sua permanência junto ao paciente promova a reabilitação deste⁽⁴⁷⁾.

Em estudo com acompanhantes de pacientes hospitalizados⁽⁴⁸⁾, foi identificado que os familiares acompanhantes sofreram importantes impactos na sua vida durante a internação do familiar adoecido, como: o sofrimento das mulheres por deixarem os filhos em casa, conflitos com os demais membros da família e a adaptação às normas e rotinas do hospital, diferentes daquelas familiares.

A sobrecarga também foi apontada como um desafio, especialmente quando apenas uma pessoa assumiu o papel de cuidador do paciente. É a chamada “solidão dos cuidadores”, como já identificado em outro artigo de revisão⁽¹⁵⁾. Os sentimentos de solidão e abandono também foram apontados em um estudo⁽⁴⁹⁾ realizado com os acompanhantes/cuidadores de pacientes hospitalizados, o qual apontou que esses sentimentos foram minimizados pelo envolvimento dos demais familiares no cuidado do doente. Somando-se à sobrecarga emocional e física, pode-se apontar a falta de estrutura no hospital⁽²⁴⁾ para os que acompanham o paciente; porém, são raras as publicações que problematizam essa questão. Salienta-se que, pela sobrecarga do indivíduo cuidador, a qual acaba por afetar a sua qualidade de vida, é possível que ele acabe sendo o próximo a adoecer.

A comunicação também é um ponto importante nas relações entre o acompanhante/cuidador e a equipe de enfermagem. Um estudo com pacientes hospitalizados apontou que há diferenças quando eles solicitam algo à equipe de enfermagem, em relação à quando delegam ao acompanhante tal pedido⁽¹⁵⁾. Tal questão

Considerações finais

pode direcionar para a possibilidade de a equipe de enfermagem entender a interpelação do acompanhante como intromissão. No entanto, é fundamental que a enfermagem veja o acompanhante/cuidador com bons olhos, pois a sua presença é fator positivo para a reabilitação do paciente⁽⁶⁾. Acredita-se que a relação da equipe de saúde com os familiares por se tornar complicada devido à divergência entre os conhecimentos compartilhados. A estratégia dialógica e coesa entre o familiar e a equipe de saúde ajuda na interação, especialmente para as tomadas de decisões em relação ao tratamento do doente⁽⁴⁹⁾.

A comunicação também é necessária para preparar os cuidadores para as ações de cuidado. Em estudo⁽⁶⁾, é apontado que, de um modo geral, o acompanhante é leigo em relação à prestação de cuidados em saúde, o que, por consequência, acaba demandando da equipe algum tempo para o orientar e capacitar acerca de cuidados a serem prestados ao paciente e dentro do ambiente hospitalar. Nesse sentido, a ação educativa é fundamental. Ainda, destaca-se que o cuidador não pode ser utilizado como mão de obra para suprir a falta de pessoal de enfermagem.

Assim, é importante relatar a visão dos profissionais de saúde acerca do assunto. O enfermeiro enfrenta dificuldades no relacionamento com os cuidadores, pois, muitas vezes, o seu processo de trabalho se concentra em questões burocráticas, documentais, dificultando a aproximação e a construção do vínculo entre a tríade profissional–paciente–cuidador⁽²⁹⁾. No entanto, o estudo⁽¹²⁾ mostra que o enfermeiro tem uma posição de destaque na assistência aos cuidadores, apesar de o fato de ter pouco tempo ser um aspecto negativo.

Por meio desta revisão integrativa, identificou-se que os familiares acompanhantes de pessoas com DCNT sofreram significativas modificações na sua vida ao se tornarem cuidadores no ambiente hospitalar. Ainda, viu-se que a maioria dos cuidadores é formada por mulheres, fato que, muitas vezes, não decorre de uma escolha, mas de uma causalidade.

Foi identificado, além disso, que a sobrecarga dos cuidadores familiares no ambiente hospitalar pode ser relativa, mas, de modo geral, consequências como desgaste, cansaço, estresse, falta de estrutura para descanso e problemas de saúde são frequentes. Assim, sugere-se que os serviços e as equipes de saúde incorporem atividades nas suas práticas diárias a fim de detectar precocemente sinais e sintomas dos acompanhantes relacionados à prática do cuidado, visando mitigá-los sempre que possível.

Portanto, este estudo aponta para a necessidade de avançar em pesquisas com enfoque no cuidador familiar em ambiente hospitalar e no desenvolvimento de políticas públicas específicas para esse público, com o objetivo de reduzir os transtornos psicossociais e a sobrecarga relacionados ao cuidado.

Referências

1. Biancalana V, Nicola M, Annunziata P. Lifetime sedentary is a major cause of chronic diseases. *Rev. Science, Movement and Health* [Internet] 2016; 16(2):301-5. Disponível em: <http://www.analefeffs.ro/anale-feffs/2016/i2s/pe-autori/5.pdf> [consulta: 18 set 2018].
2. Vieira CPB, Araújo TME. Prevalência e fatores associados a feridas crônicas em idosos na atenção básica. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2018; 52.
3. Rodrigues IG, Fragal GP, Barros MBA. Quedas em idosos: fatores associados em estudo de base populacional. *Rev. Bras. Epidemiol.* 2014; 705-18.
4. England. Ministry of Health. Central Health Services Council. The welfare of children in hospital: report of the committee. London: Her Majesty's Stationery Office; 1959.
5. Ministério da Saúde (BR). Lei nº 106/2009 de 14 de setembro de 2009. Acompanhamento familiar em internamento hospitalar. *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. [Internet]. Brasil. Disponível em: <https://dre.pt/application/conteudo/489768> [consulta: 16 ago 2018].
6. Sanches ICP, Couto IRR, Abrahão AL, Andrade M. Acompanhamento hospitalar: direito ou concessão ao usuário hospitalizado? *Ciênc. Saúde Coletiva* 2013; 18(1):67-76.
7. Moura JE, Ferrari J. Grupo de trabalho em humanização: tecendo redes para superar o sofrimento psíquico. Em: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. Formação e intervenção. Brasília: MS; 2010. p. 203-18.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Atenção à saúde da pessoa idosa e envelhecimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
9. Faria AA, Aparecido AM, Khater E. Cuidando de quem cuida-o papel do psicólogo com cuidadores de pacientes paliativos. *Rev. Saúde em Foco* 2017; (9):25-36.
10. Costa SRD, Castro EAB. Autocuidado do cuidador familiar de adultos ou idosos dependentes após a alta hospitalar. *Rev. Bras. Enferm.* 2014; 67(6):979-86.
11. Ribeiro BF, Oliveira SG, Tristão FSA, Santos-Júnior JRG, Farias TA. Práticas de si de cuidadores familiares na atenção domiciliar. *Rev Cuid.* 2017; 8(3):1809-25.
12. Oliveira SG, Sartor SF, Velleda KL, Santos-Júnior JRG, Bender JD. Implicaciones de la atención de salud a domicilio en la dinámica familiar: revisión narrativa. *Rev. Enfermería Comunitaria* 2018; 14:e11170.
13. Oliveira SG, Machado CRS, Osielski TPO, Oliveira ADL, Fripp JC, Arriera ICO, et al. Estratégias de abordagem ao cuidador familiar: promovendo o cuidado de si. *Revista Extensão em Foco* 2017; 13:135-48.
14. Brasil. Ministério da Saúde. Guia prático do cuidador. [Internet]. 2008. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf [consulta: 10 de ago 2018].

15. Oliveira SG, Kruse MHL, Sartor SF, Echevarría-Guanilo ME. Enunciados sobre a atenção domiciliar no cenário mundial: revisão narrativa. *Enferm. Glob.* 2015; 39:375-89.
16. Oliveira SG, Kruse MHL, Echevarría-Guanilo ME, Larroque KL, Sanros-Junior JRG, Sartor SF. Atenção domiciliar: estratégia da biopolítica? *Rev. Aten. Saúde* 2017; 15(54):108-16.
17. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem* 2008; 4(17):758-64.
18. Marin MJS, Angerami ELS. Caracterização de um grupo de idosas hospitalizadas e seus cuidadores visando o cuidado pós alta hospitalar. *Rev Esc EnfermUSP* 2002; 36(1):33-41.
19. Centa ML, Moreira EC, Pinto MNGHR. A experiência vivida pelas famílias de crianças hospitalizadas em uma unidade de terapia intensiva neonatal. *Texto Contexto Enferm.* 2004;13(3):444-51.
20. Pena SB, Diogo MJDE. Fatores que favorecem a participação do acompanhante no cuidado do idoso hospitalizado. *Rev Latino-am Enferm.* 2005; 13(5):663-9.
21. Félix AP, Martins AP, Dyniewicz AM. Capacitação de cuidadores de pacientes em alta hospitalar. *Cogitare Enferm.* 2008; 13(1):124-31.
22. Vieira GB, Alvarez AM, Gonçalves LTI. A enfermagem diante dos estressores de familiares acompanhantes de idosos dependentes no processo de hospitalização e de alta. *Cienc. Cuid. Saúde* 2009; 8(4):645-51.
23. Schnaider TB, Silva JV, Pereira MAR. Cuidador Familiar de Paciente com Afecção Neurológica. *Saúde Soc.* 2009; 18(2):284-92.
24. Szareski C, Beuter M, Brondani CM. Situações de conforto e desconforto vivenciadas pelo acompanhante na hospitalização do familiar com doença crônica. *Cienc Cuid Saúde* 2009; 8(3):378-84.
25. Leite MF, Gomes IP, Leite MF, Oliveira BRG, Rosin J, Collet N. Condição crônica na infância durante a hospitalização: sofrimento do cuidador familiar. *Cienc Cuid Saúde* 2012; 11(1):51-7.
26. Duarte MLC, Zanini LN, Nedel MNB. O cotidiano dos pais de crianças com câncer e hospitalizadas. *Rev. Gaúcha Enferm.* 2012; 33(3); 111-8.
27. Oliveira SG, Quintana AM, Budó MLD, Kruse MHL, Beuter M. Internação domiciliar e internação hospitalar: semelhanças e diferenças no olhar do cuidador familiar. *Contexto Enferm.* 2012; 21(3):591-9.
28. Cruzeiro NE, Pinto MH, Cesarino CB, Pereira APS. Compreendendo a experiência do cuidador de um familiar com câncer fora de possibilidade de cura. *Rev. Eletr. Enf.* 2012; 14(4):913-21.
29. Sales CA, Grossi ACM, Almeida CSL, Silva JDD, Marcon SS. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. *Acta Paul Enferm.* 2012; 25(5).
30. Antunes F, Marcon SS, Oliveira ML. Sentimentos dos cuidadores de usuários de bebidas alcoólicas frente à internação. *Acta Paul Enferm.* 2013; 26(6):581-5.

31. Souza NPG, Maniva SJCF, Freitas CHA. Cuidadores de vitimados por acidente cerebrovascular. *Rev. Enferm UERJ* 2013; 21(1):101-5.
32. Xavier DM, Gomes GC, Barlem ELD, Erdmann AL. A família revelando-se como um ser de direitos durante a internação hospitalar da criança. *Rev Bras Enferm* 2013; 66(6):866-72.
33. Gomes GC, Erdmann AL, Oliveira PK, Xavier DM, Santos SSC, Farias DHR. A família durante a internação hospitalar da criança: contribuições para a enfermagem. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* 2014;18(2):234-40.
34. Xavier DM, Gomes GC, Santos SSC, Lunardi VL, Pintanel AC, Erdmann AL. A família na unidade de pediatria: convivendo com normas e rotinas hospitalares. *Rev Bras Enferm.* 2014; 67(2):181-6.
35. Xavier DM, Gomes GC, Salvador MS. O familiar cuidador durante a hospitalização da criança: convivendo com normas e rotinas. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* 2014; 18(1):68-74.
36. Gomes GC, Leite FLLM, Souza NZ, Xavier DM, Cunha JC, Pasinin D. Estratégias utilizadas pela família para cuidar a criança no hospital. *Rev. Eletr. Enf.* 2014;16(2):434-42.
37. Morais RCM, Souza TV, Oliveira ICS. A (in)satisfação dos acompanhantes acerca da sua condição de permanência na enfermaria pediátrica. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2015; 19(3):401-8.
38. Neves L, Gondim AA, Soares SCMR, Coelho DP, Pinheiro JAM. The impact of the hospitalization process on the caregiver of a chronic critical patient hospitalizes in a Semi-Intensive care unit. *Esc Anna Nery Rev. Enferm.* 2018; 22(2):e20170304.
39. Pope C, Mays N, organizadores. Pesquisa qualitativa na atenção à saúde. 3ª. ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.
40. Brasil. Ministério da saúde. Política Nacional de Humanização. [Internet]. 2013. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf> [consulta: 08 out 2018].
41. Caldana G, Gabriel CS, Ocha FLR, Bernardes A, Françolin L, Costa DB. Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. *Rev. Eletr. Enferm.* 2013; 15(4):915-22.
42. Vieira JM, Matos KAP, Barbosa TLA, Gomes LMX. Los sentimientos experimentados por los familiares de los pacientes hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos de adultos. *Rev Cubana Enferm.* 2013; 29(1):8-28.
43. Beuter M, Brondani CM, Szarecki C, Lana LD, Alvim NAT. Perfil de familiares acompanhantes: contribuições para a ação educativa da enfermagem. *Rev Min Enferm.* 2009; 13(1):28-33.
44. Fernandes CS, Angelo M. Cuidadores familiares: o que eles necessitam? Uma revisão integrativa. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2016; 50(4):675-82.
45. Consentino SF, Vianna LAC, Souza MHN, Perdonssini GB. Características de cuidadores familiares e de usuários de drogas. *Rev. Enferm. UFPE on line.* 2017; 11(6):2400-7.

46. Souza ID, Pereira JA, Silva EM. Entre o Estado, a sociedade e a família: o care das mulheres cuidadoras. *Rev. Bras. Enferm.* 2018; 71:2720-7.
47. Henriques RTM, Cabana MCFL. O acompanhante no processo de hospitalização. *Humanae.* 2013; 7(1):1-11.
48. Passos SSS, Pereira A, NRG. Cotidiano do familiar acompanhante durante a hospitalização de um membro da família. *Acta Paul Enferm.* 2015; 28(6):539-45.
49. Beuter M, Brondani CM, Szareski C, Cordeiro FR, Roso CC. Sentimentos de familiares acompanhantes de adultos face ao processo de hospitalização. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.* 2012; 16(1):134-40.

Recibido:

Aceptado:

Cuidado al cuidador profesional de salud: revisión integrativa

Cuidado ao cuidador profissional da saúde: revisão integrativa

Care to the health personnel: integrative review

Diana Carolina Cristiano Castelblanco¹, Fernanda Lise², Eda Schwartz³, Juliana Graciela Vestena Zillmer⁴, Stefanie Griebeler Oliveira⁵

Resumen:

Objetivo: Conocer los estudios realizados sobre cuidado al cuidador profesional de la salud.

Método: Revisión integrativa que busco responder a la pregunta “¿Que presentan los estudios realizados sobre cuidado al cuidador profesional de la salud?”

Resultados: Fueron seleccionados 13 artículos para análisis temático. Se derivaron tres categorías: Conceptos y prácticas de cuidado a los cuidadores profesionales; Necesidades de cuidado a los cuidadores profesionales; Propuestas para cuidar a los cuidadores profesionales.

Consideraciones finales: El cuidador profesional, también necesita cuidados, pues vive situaciones que precisan ser atendidas una vez que, al volverse persistentes a acontecer, pueden provocar sobrecarga, desgaste y estrés que reflejará en la calidad del cuidado desarrollado. Se resalta en la literatura analizada que entre los profesionales que componen el equipo de salud, los enfermeros presentan mayores necesidades de cuidado, lo que invita a ampliar los estudios y así mismo las discusiones en torno a esta problemática.

Palabras clave:

Personal de salud, personal de enfermería, agotamiento profesional, calidad de la atención de salud, salud laboral.

¹ Enfermeira, Mestra do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGenf/UFPel. Pelotas-RS-Brasil. ORCID: 0000-0002-5886-2696 Correo electrónico: dcccastelblanco@ufpel.edu.com

² Enfermeira, Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGenf/UFPel. Pelotas-RS-Brasil. ORCID: 0000-0002-1677-6140 Email: fernandalise@gmail.com

³ Enfermeira, Doutora, e Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGenf/UFPel. Pelotas-RS-Brasil. ORCID: 0000-0002-5823-7858 Correo electrónico: eschwartz@terra.com.br

⁴ Enfermeira, Doutora, e Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGenf/UFPel. Pelotas-RS-Brasil. ORCID: 0000-0002-6639-8918 Email: juzillmer@gmail.com

⁵ Enfermeira, Doutora e Docente do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/PPGenf/UFPel. Pelotas-RS-Brasil. ORCID: 0000-0002-8672-6907 Email: stefaniegriebeleroliveira@gmail.com

Resumo:

Objetivo: Conhecer os estudos realizados sobre o cuidado ao cuidador profissional da saúde.

Método: Revisão integrativa que buscou responder à questão “O que apresentam os estudos realizados sobre cuidado ao cuidador profissional da saúde?”

Resultados: Foram selecionados 13 artigos para análise temática. Derivaram-se três categorias: Conceitos e práticas de cuidado aos cuidadores profissionais; Necessidades de cuidado aos cuidadores profissionais; Propostas para cuidar aos cuidadores profissionais.

Considerações finais: O cuidador profissional, também necessita de cuidados, pois vivencia situações que precisam ser atendidas uma vez que, ao se tornarem persistentes a acontecer, podem provocar sobrecarga, desgaste e estresse que refletirá na qualidade do cuidado desenvolvido. Ressalta-se na literatura analisada que dentre os profissionais que compõem a equipe de saúde, os enfermeiros apresentam maiores necessidades de cuidado, o que convida a ampliar os estudos e as discussões entorno desta problemática.

Palavras-chave:

Pessoal de saúde, recursos humanos de enfermagem, esgotamento profissional, qualidade da assistência à saúde, saúde do trabalhador.

Abstract:

Objective: To know previous researches about caring of healthcare professional.

Method: The integrative review was used to answer the question: What do present the researches about caring of healthcare professional?

Results: There were found 13 articles to thematic analysis. It was possible to identify three categories: Concepts and caring practices of professional carers. Care needs of professional carers. Proposals to care of professional carers.

Concluding remarks: The professional carer also needs care, because of living situations that require attention, if these situations are persistent can create overwork, burnout and stress, conditions that would be reflected in the quality of the care carried out. Among the professionals that compose the healthcare team, the nurses are having greater care needs; this is an invitation to further studies and discussions on this issue.

Keywords:

Health Personnel, Nursing Staff, Burnout, Professional, Quality of Health Care, Occupational Health.

Introdução

Existem diversas perspectivas das quais pode-se conceber o cuidado, as quais podem ir desde seu entendimento conceitual até sua aplicabilidade por meio das diferentes representações humanas. No entanto, considera-se a enfermagem como ciência e arte de cuidar das respostas humanas às necessidades de saúde das pessoas.

Da mesma maneira, definir cuidador acarreta discussões que perpassam limites do espaço histórico entre filosofia e tecnologia, ademais das denotações que este pode receber como o caso do cuidador formal, informal, profissional ou outros. Entre os cuidadores informais, podemos ter o cuidador familiar principal e o cuidador familiar secundário. O primeiro assume toda a responsabilidade do processo de cuidar, com carga horária ilimitada, não dispondo de formação específica para o cuidado, e ainda, sem nenhum tipo de remuneração. O segundo, assume parcialmente o processo de cuidar, atuando mais com apoio ao primeiro. Ainda há o cuidador não profissional formal, que é aquela pessoa que desenvolve o cuidado remunerado, porém sem formação específica⁽¹⁾.

Ambos, cuidado e cuidador têm sido objeto de pesquisa para diferentes campos da ciência como a antropologia, as ciências sociais e a enfermagem. Contudo, se faz necessário retomar esses conceitos e olhar desde uma perspectiva que permita desvelar o fato de que o cuidador profissional também é alvo de cuidado e que este cuidado é por sua vez, determinante do cuidado ofertado e que vai refletir no bem-estar e na qualidade de vida das pessoas as quais ele cuida. Para este estudo, entende-se por cuidador profissional aquela pessoa com preparação acadêmica específica para desenvolver cuidado

mediante a realização dos seus serviços profissionais na atenção à saúde, tais como enfermeiros, psicólogos, médicos, entre outros; embora ainda não seja este o conceito cientificamente definido, é empiricamente entendido. Nessa perspectiva foram formuladas as seguintes questões de pesquisa: Que estudos foram desenvolvidos sobre o cuidado ao cuidador profissional da saúde? - Que temas apresentam os estudos realizados sobre cuidado ao cuidador profissional da saúde? O objetivo é conhecer os estudos realizados sobre o cuidado ao cuidador profissional da saúde com o propósito de estimular o desenvolvimento de estratégias de cuidado que beneficiem a qualidade de vida dos cuidadores profissionais e por tanto, das pessoas que eles cuidam.

Método

Trata-se de uma revisão integrativa⁽²⁻⁴⁾ que seguiu metodologia específica e utilizou protocolo a seguir, o qual definiu: 1. Identificação do tema e seleção da pergunta da pesquisa. 2. Identificação das bases de dados a serem consultadas. 3. Definição das estratégias de busca: palavras-chaves, operadores booleanos e limites da busca. 4. Definição dos critérios de inclusão e de exclusão. 5. Definição da informação a ser extraída dos estudos. 6. Análise dos estudos. 7. Interpretação dos resultados. 8. Conclusão da revisão e 9. Resumo; seguindo um protocolo de revisão⁽⁴⁾.

As fontes de informação consideradas para busca dos artigos foram: *Google Acadêmico*, bases de dados eletrônicas: MEDLINE (*PubMed*), *Literatura Latino-Americana e do Caribe*

em *Ciências da Saúde (LILACS)*, e *EBSCOhost*; e bibliotecas eletrônicas: *Scientific Electronic Library Online (SciELO)*, e *Biblioteca Regional de Medicina (Bireme)* acessadas em março de 2016. Buscaram-se estudos correspondentes ao tema “Cuidado ao cuidador profissional da área da saúde” e que responderam à pergunta: - Que apresentam os estudos realizados sobre cuidado ao cuidador profissional da saúde? - Os descritores foram: “Cuidado”, “Cuidadores”, “Pessoal da saúde”, e “Profissionais da saúde”. Como estratégia de busca eletrônica para agrupar os descritores na base de dados *PubMed* foi utilizado o operador AND fazendo a busca em blocos nos termos: -Care AND Caregivers OR Health Personnel OR Healthcare Professionals-; e no *Google Acadêmico* e *LILACS* foram utilizadas aspas fazendo a busca com os termos: -“Cuidado ao cuidador profissional”, “Cuidando ao cuidador profissional”; também foram utilizados na busca os termos: pessoal da saúde – pessoal de saúde – profissionais da saúde. Foram ativados alguns limites oferecidos pelas bases de dados para busca: humanos; artigos originais e reflexões nos idiomas inglês, espanhol e português; período entre 2005 e 2015; e se fixou como critérios de exclusão: artigos de revisão, teses, dissertações, cartas ao editor, livros e resumos e artigos sobre cuidadores não profissionais.

Posterior a busca, realizou-se a seleção dos estudos com a leitura dos títulos e resumos dos artigos, desta forma, foram excluídos os estudos com cuidadores não profissionais e os estudos duplicados, escolhendo os que responderam ao objetivo e aos critérios de inclusão da revisão.

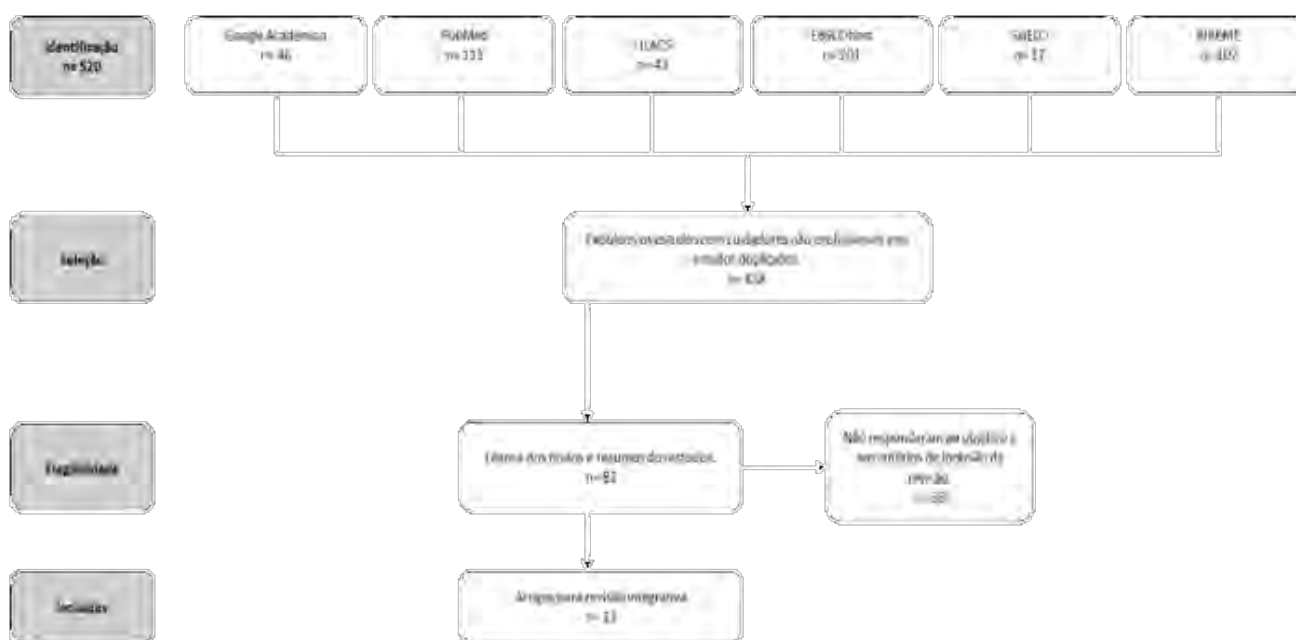
Para a análise dos artigos selecionados definiram-se as informações a serem extraídas mediante uma tabela para a categorização dos

dados; a informação nela obtida foi submetida a análise simples e análise temática, para as quais foram utilizados os programas Excel e Ethnograph para organização dos dados. Para a análise simples utilizou-se as colunas com a informação correspondente a ano e revista de publicação, categoria profissional do primeiro autor do artigo e/ou núcleo de pesquisa, tipo de estudo, local do estudo e amostra do estudo. Para a análise temática utilizou-se os resultados de cada artigo para codificar e posteriormente obter-se as categorias temáticas, seguindo as de pré-análise; exploração do material; tratamento e interpretação dos resultados ⁽⁵⁾.

Resultados

A busca identificou um total de 520 estudos e posterior ao processo de seleção foram elegidos 82 dos quais 69 não responderam ao objetivo e aos critérios de inclusão da revisão sendo incluídos para análise final 13 artigos: (8) do *Google Acadêmico*, (4) da *LILACS*, e (1) da *EBSCOhost* para serem lidos na íntegra (Figura 1).

Dos 13 artigos analisados, identificou-se que a predominância referente ao ano de publicação foi em 2014, e o período de 2008 a 2015. Um estudo foi publicado em revista da Colômbia, e 12 em revistas do Brasil. Com relação ao tipo de estudo encontrou-se 11 qualitativos, um quantitativo e um misto (quantitativo-qualitativo). Os 13 estudos foram desenvolvidos em Brasil. Quanto a amostra, em sete estudos participaram profissionais de diferentes áreas da saúde incluindo psicólogos, assistentes sociais, médicos, odontólogos, educadores físicos, terapeutas físicos, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, farmacêuticos, pedagogos e equipe de enfermagem, e cinco estudos tiveram como população alvo a equipe de enfermagem.

Figura 1. Fluxo da informação com as diferentes fases de uma revisão sistemática.

Fonte: (PRISMA)

Discussão

A análise da categorização dos estudos apontou que os profissionais que mais pesquisaram sobre cuidado ao cuidador profissional foram os enfermeiros⁽⁶⁻¹²⁾ seguido por estudos de psicologia⁽¹³⁻¹⁶⁾ e terapia ocupacional^(17,18). A área da oncologia^(8-12,17,18) foi mais representativa para as pesquisas neste tema, tendo ainda estudos em saúde mental⁽¹³⁻¹⁵⁾ e em outras áreas de assistência da saúde^(6-7,16). Os estudos revelam que o tema cuidado ao cuidador profissional teve representatividade nas publicações a partir de 2008, mas tem um incremento da produção científica nesta área a partir de 2014. A maioria dos estudos foram do tipo qualitativos^(6,8-17) um misto⁽⁷⁾ (quantitativo-qualitativo) e um quantitativo⁽¹⁸⁾. Em relação a amostra, cinco estudos foram realizados com enfermeiros^(6-8,11,12) e os outros foram multidisciplinares^(9,10,13-18).

Categoria I Conceitos e práticas de cuidado nos cuidadores profissionais

Os artigos analisados, demonstraram a importância de entender o significado do cuidado a partir da singularidade das características do contexto em que as pesquisas foram desenvolvidas, evidenciando a complexidade e relatividade do cuidado, além das diversas conceituações, dimensões e práticas que ele aborda.

Neste sentido, os profissionais de enfermagem de um estudo reconheceram que o cuidar é um compromisso maior e fazem entender que cuidar é poder na medida que “Poder é conhecer e conhecer é cuidar”⁽⁶⁾, porém, tendo em conta as experiências e as relações interpessoais no ambiente laboral referem que o cuidado pode ser invisível ou visível, sendo o primeiro aquele cuidado realizado, mas não evidente por não ser percebido pelo outro, apontando as diversas problemáticas que envolve reconhecimento da categoria profissional.

Ainda, outro estudo com equipe multiprofissional⁽⁹⁾ revelou que existem diversas construções pessoais do conceito de cuidado, sendo este influenciado pela vivência cotidiana de cada pessoa, mas convergindo em que cuidar é “propiciar o que a pessoa e a sua família necessita” e salienta que “Cuidar é Lutar” considerando a complexidade do cuidado das crianças com doenças oncológicas.

Em contraponto, após refletir ao respeito do conceito de cuidado, emerge o conceito de Des-cuidado por parte dos profissionais da saúde, identificando que eles cuidam do outro, mas não da mesma maneira a si mesmos se sentindo como robôs⁽⁶⁾. Também os enfermeiros refletiram sobre o conceito do desgaste e sua relação com o trabalho abonando a percepção de Des-cuidado⁽⁸⁾.

Evidencia-se a pertinência de reflexão dos conceitos, procurando entender melhor o que é cuidado. Assim, o ato de refletir constitui-se numa prática de cuidado, pois, se constatou que “refletir sobre as relações de cuidado incita o pensar sobre as ações individuais e coletivas como seres humanos, profissionais, de comunhão, de troca, e de cuidado”⁽⁶⁾, assim como que cuidar proporciona reflexão sobre a própria vida⁽⁸⁾.

Outras práticas de cuidado desenvolvidas pelos profissionais da saúde referem-se às práticas de saúde, entendidas como hábitos adequados praticados pelos profissionais de enfermagem e que caracterizam seu nível de autocuidado, por exemplo, cuidar melhor da saúde⁽⁷⁾. Para isso, destaca-se a importância da prática de cuidados individuais, que o profissional pode adaptar e ou negociar com sua rede de apoio para desenvolver e assim adquirir hábitos para melhorar a qualidade de vida, melhorar a qualidade da alimentação, prática de exercícios físicos, e a

ingestão de líquidos. Contudo, os profissionais sugerem outras práticas que envolvem decisões de tipo político e econômico, como redução da carga horária da jornada de trabalho, e que podem ao mesmo tempo favorecer a coletividade.

Um dos estudos se embasou na teoria de autocuidado de Orem para a elaboração do instrumento de coleta dos dados, e fez uma análise das práticas de autocuidado percebidas pelos enfermeiros a partir da Bioética da Proteção que permite refletir em torno a qualidade de vida que precisam as pessoas como suporte para desenvolver sua autonomia e sua autoestima necessárias para fomentar a sua qualidade de vida, o que permitiu considerar que “a auto realização do profissional envolve práticas do autocuidado, sendo essencial num processo de estabelecimento de valores a sua vida e que garantem a dignidade humana das pessoas que são cuidadas pelo profissional mesmo”⁽⁷⁾. Há necessidade de cuidar-se de si mesmo para não morrer cuidando de outro, e uma das possibilidades é o enfermeiro buscar aporte em algumas teorias de enfermagem para as práticas de auto-cuidado⁽¹⁹⁾. Há necessidade de cuidar de si mesmo para não morrer cuidando de outro, e uma das possibilidades é o enfermeiro buscar aporte em algumas teorias de enfermagem para as práticas de auto-cuidado⁽¹⁹⁾.

Encontrou-se que ter atitudes que provoquem bem-estar próprio, é também uma prática de cuidado, “os profissionais referem ter sentimentos positivos quando ajudam a quem necessita de cuidado”⁽¹⁷⁾ evidenciando-se a relação entre bem-estar e cuidado, assim como que “compartilhar sentimentos é um cuidado para consigo”⁽¹⁵⁾.

Considera-se a resiliência como outra prática de cuidado, pois os profissionais procuram

aprender a lidar como o sofrimento tal como evidencia o estudo com equipe interdisciplinar oncológica onde eles “consideram que as práticas de atenção em prol da vida humana são um fator gratificante para o profissional” ⁽¹⁰⁾.

Destaca-se dos estudos um “Grupo de Cuidado para profissionais de saúde mental” proposto como estratégia de desenvolvimento profissional que demonstrou resultados positivos mediante os depoimentos dos participantes que manifestaram que “trabalhar em equipe é uma forma de cuidado” ⁽¹³⁾, em contraponto, os profissionais de outro estudo ⁽¹⁰⁾ referem lacunas na formação curricular em relação a competência para atuação interdisciplinar, o seja, para trabalhar em equipe.

Outra das questões discutidas nos estudos a respeito das concepções de cuidado foi em relação às dimensões de cuidado, resgatando-se “as dimensões de cuidado de si - ser humano/profissional integral o social, religioso, formativo, estético, biológico, emocional, ambiental, cultural e outros” ⁽⁶⁾, subsidiando a premissa da complexidade do cuidado. Embora, os profissionais manifestaram dificuldades de trabalhar na dimensão espiritual ⁽¹⁰⁾, em outro estudo esta dimensão foi percebida como uma das principais necessidades de cuidado para tratar o desgaste no pessoal da saúde ⁽⁸⁾.

Frente ao apresentado, evidenciam-se algumas das tantas possibilidades de definir cuidado segundo o contexto no qual se pratique, assim como as diferentes formas de cuidar vivenciadas pelos profissionais da saúde resgatando-se como prática de cuidado a reflexão em torno do sentido que tem o cuidado para cada pessoa reconhecendo-se como alvo de cuidado.

Categoria II Necessidades de cuidado aos cuidadores profissionais

Da análise dos estudos revisados surge o fundamento para justificar a pertinência de trabalhar no tema de cuidado aos cuidadores profissionais da saúde, pois, ainda se subentende que são eles quem mais sabem sobre práticas de cuidado. Contudo, evidencia-se que estes apresentam necessidades de cuidado para consigo, “os profissionais cuidam, mas não se cuidam” ⁽¹³⁾, e na medida que estas necessidades não são satisfeitas ocasionam problemas maiores que podem refletir no produto final, que é o cuidado proporcionado à outras pessoas por exemplo, refletindo no processo de trabalho, e provocando mudanças constantes de pessoal na equipe de profissionais da saúde ⁽¹⁴⁾.

Alguns dos problemas cotidianos dos enfermeiros, estão relacionados as necessidades de alimentação e hidratação, eliminação, sono e repouso, cultivo psico-espiritual, percepção do convívio familiar e social, e percepção do seu próprio lazer. A sobrecarga, desmotivação, e insatisfação do profissional são consideradas fatores de vulnerabilidade para o enfermeiro ⁽⁷⁾, uma vez que os fatores estressantes são determinantes e condicionantes aos enfermeiros para torná-los pessoas altamente vulneráveis a afeções físicas e psicológicas ⁽¹⁹⁾. Em contraponto, pressupõe-se que a formação profissional parece indicar menor incidência de sobrecarga, em relação à sobrecarga vivenciada pelos cuidadores informais ⁽¹⁸⁾.

Dentre os problemas de saúde referidos pelos enfermeiros, estão relacionados à hipertensão arterial sistêmica, obesidade, problemas musculoesqueléticos, e estresse. Demais, associaram ao trabalho desde dificuldades físicas e

mentais como alteração da eliminação intestinal e vesical, e má qualidade de sono e repouso, até dificuldades sociais como relações deficientes para a convivência familiar ⁽⁷⁾. Complementando o anterior, “o profissional de enfermagem não tem consciência da importância de pensar em si para prevenir problemas ou promover sua saúde” ⁽⁶⁾; estudar o tema pode oportunizar a reflexão e o desenvolvimento de tal consciência.

Estudos evidenciam que o desgaste e o sofrimento provocam estresse afetando a saúde do profissional ^(7,15), ainda, identificou-se que cuidadores formais apresentam só algum nível de estresse nas fases de exaustão e resistência, assim como sobrecarga moderada ⁽¹⁸⁾.

Trabalhadores de enfermagem confirmaram entre as manifestações do desgaste “a fadiga, dores musculares, lombares, articulares e cefaleias, mudança no humor e comportamento como irritabilidade, estresse, agonia, depressão, agressividade, revolta, choro, tristeza, carência de apoio, necessidade de conversar ou introspecção” ⁽⁸⁾.

O estresse e desgaste profissional ocasionado pela falta de equilíbrio e cansaço físico mental e espiritual no ambiente de trabalho ^(7, 8, 14) somassem a lista de problemas no cuidado dos profissionais, pois “o desgaste provoca diminuição de ritmo, indisposição, falta de motivação e de prazer, insatisfação e desesperança em relação ao trabalho” ⁽⁸⁾. Estudo desenvolvido no Chile ⁽²⁰⁾ apresenta uma realidade similar ao contexto dos profissionais da saúde no Brasil destacando que melhores condições físicas e emocionais para o pessoal da saúde promove melhor atenção aos usuários.

Encontra-se o sofrimento como um problema evidenciado principalmente na prática dos profissionais nas áreas da oncologia; além da

sobrecarga de atividades para atender as necessidades das pessoas que eles cuidam, existe uma sobrecarga emocional, e ainda que os profissionais tentem aprender solucionar e lidar com as ambivalências que se apresentam, eles manifestam ter “necessidade de tempo para conversar sobre os pacientes”, e de ter espaços de reflexão com a equipe durante o processo de trabalho ^(8,9,11-13,16,17), necessidades reconhecidas também em outras áreas da prática profissional. Estudo Chileno ⁽²¹⁾ apontou que os profissionais da saúde que trabalham com o sofrimento humano desenvolvem processos emocionais que podem ser associados tanto a riscos como recursos positivos, “ Os processos emocionais associados ao vínculo com os usuários geram estratégias interativas que se traduzem em dificuldades, e recursos pessoais e grupais”.

Atuar em cuidados paliativos, e viver o luto das pessoas cuidadas ocasiona desgaste e sofrimento provocando frustração e desmotivação com o trabalho ⁽¹⁰⁾; também se apresenta que quando o profissional cuida, quer aliviar a dor e sofrimento do outro ⁽¹⁷⁾; mas cuidando, ele gera vínculos que além de gratificar-lhe podem causar angústia e torná-lo vulnerável. “Aangústia e preocupação aumentam com a responsabilidade do papel do profissional” ⁽¹⁵⁾, “as perdas de pacientes com quem tinha vínculos mais intensos não se reconhecem como processos de luto do profissional provocando neles colapso” ⁽¹⁶⁾.

Nesse sentido, existe a necessidade de trabalhar com os profissionais temas associados à terminalidade, luto e morte ^(8,9,11,16,18) agregando-se a problemática da exigência técnico assistencial a pesar da carência de recursos e tratamentos, e as dinâmicas prejudiciais que surgem no trabalho ⁽¹⁴⁾.

Outra questão apontada, implica na falta de tempo que se apresenta como um fator que influencia o cuidado dos profissionais de forma direta e indireta, pois considerando a dimensão temporal do trabalho, as múltiplas atividades e a sobrecarga interferem no autocuidado arriscando sua saúde e bem-estar ^(7,13); não satisfazer as necessidades de cuidado persistentes ocasiona problemas ainda maiores que os apresentados.

Conforme estudo realizado no Chile ⁽²¹⁾ com profissionais da área de infração a lei penal e juvenil do serviço nacional de menores, ressaltase também, que “o trabalho com casos de violência produz efeitos denominados riscos da equipe [...] ocasionando traumatização pessoal e profissional, ainda estando capacitado para isso...” ⁽¹⁴⁾ e gerando dilemas éticos em torno da tomada de decisões. Eis a violência como outro problema emergente na prática profissional, não só nestas equipes especializadas, mas também, na cotidianidade do trabalho no contexto da saúde pelas diversas representações sociais que a violência possa ter nas pessoas.

Aprecia-se segundo os argumentos trazidos dos estudos a necessidade de investir na saúde mental do cuidador profissional por parte das instituições de serviços de saúde, e de instituições de formação e educação das áreas da saúde ^(9,15).

Identificar necessidades de cuidado promove o desenvolvimento de estratégias e práticas que beneficiem a qualidade de vida dos cuidadores profissionais, além de melhorar as condições laborais que influenciam a prática profissional; planejar tais estratégias precisa de uma articulação teórica e prática por parte da academia e os serviços de saúde envolvidos.

Categoria III Propostas para cuidar aos cuidadores profissionais

As categorias anteriores argumentaram a problemática a respeito do cuidado aos cuidadores profissionais, porém os estudos analisados também contemplaram propostas e soluções. Aqui serão apresentadas estratégias desenvolvidas para cuidar dos profissionais que cuidam, e posteriormente sugestões que emergiram tanto dos profissionais que participaram das pesquisas, como das discussões dos pesquisadores.

Destaca-se a construção e compreensão dos significados do cuidar mediante o *estímulo ao raciocínio* dos profissionais, os quais afirmaram que o cuidado “de nós” (incluíram-se eles) é uma responsabilidade coletiva, o que levou a considerar o “cuidado planetário, de toda a população, e do mundo inteiro” ⁽⁵⁾.

Os enfermeiros relataram que o sentimento de amor por cuidar oportuniza a aprendizagem, a satisfação em proporcionar ajuda e promove a realização profissional; *identificando facilitadores do processo do trabalho* tais como a equipe, a tecnologia e a seguridade, destacando que o resultado que o cuidado traz, movimenta ao profissional para continuar cuidando ⁽⁸⁾. No Canadá, condições do trabalho como aumento da carga de trabalho, horário de trabalho prolongado e horas extras, a desproporção do pessoal de enfermagem em hospitais e unidades da saúde, e a experiência profissional e nível de instrução, são relacionadas à seguridade do paciente e a qualidade do cuidado ⁽²²⁾.

Os espaços *paratropa de experiências entre profissionais* contribuem ao seu saber; a boa comunicação e vínculo entre as pessoas e profissionais, assim como a retroalimentação dentro da equipe são fatores facilitadores para desenvolver ações de cuidado, satisfação e bem-estar no

trabalho^(9,10). Os profissionais encontraram que “compartilhar seus recursos pessoais permite desenvolver o seu potencial”⁽¹³⁾.

Espaços de reflexão e aprendizagem em torno de temas pertinentes na cotidianidade do profissional, como são a morte⁽¹¹⁾, e a violência⁽¹⁴⁾ **são importantes tanto para o conhecimento como para a prática do cuidado por parte dos profissionais. Estes espaços permitem compartilhar dificuldades, mas, também satisfações no processo de reelaboração e ressignificação do trabalho em equipe**⁽¹³⁾. “A reflexão e tomada de consciência por parte do profissional são consideradas importantes para o processo de mudança de olhar e de agir no ambiente no qual se encontra, gerando novas atitudes com a equipe”⁽¹⁵⁾.

Reconhecer a presença de sentimentos⁽¹²⁾, assim como implicar-se de forma subjetiva por parte dos participantes dos “*Grupos de cuidado*” no ambiente e no horário laboral dirigidos aos profissionais, somam-se as estratégias de autocuidado que oportunizam a significação profissional e a segurança do profissional e, portanto, demonstraram sucesso durante o desenvolvimento das pesquisas⁽¹³⁾. Os profissionais apontaram que “os grupos de reflexão e de estudos são estratégias de cuidado ao profissional”⁽¹⁵⁾.

Com relação ao Cuidado de si, “os profissionais refletiram que cuidar de si é uma forma de cuidar melhor do outro”, salientando duas maneiras de fazer tal reflexão “disposição interna para exercer seu papel, e oferecer recursos técnicos úteis na prática cotidiana”⁽¹³⁾. “É importante cuidar de si para cuidar do outro”⁽¹⁵⁾.

Outras sugestões incluem uma *reflexão* em torno da qualidade de vida das pessoas, hábitos de vida, e rotinas de trabalho que propõe cum-

prir os princípios da *bioética*: beneficência, autonomia, e justiça como uma prática de cuidado⁽⁷⁾.

Nos estudos sugere-se preencher as lacunas existentes desde a *formação acadêmica* respeito de: educação em bioética, programas que motivem a prática do autocuidado, ações de humanização voltadas aos colaboradores, e preparação em torno de temas como morte e questões éticas sobre a terminalidade da vida, tanto por parte das instituições educativas, como das instituições de saúde^(7,11,15). Como exemplo, o departamento de formação de formadores da Universidade Rafael Landívar de Guatemala contempla a importância das dimensões psicológicas, históricas e espirituais para o acompanhamento da formação de formadores e de cuidadores, o que eles denominam “cuidado ao cuidador”.

Reduzir a vulnerabilidade ao estresse laboral, e minimizar o impacto emocional dos profissionais mediante estratégias de autocuidado^(13,14) **são peças chave no investimento** ao cuidado ao cuidador profissional. Além disto, as *práticas interdisciplinares* de cuidado aos cuidadores profissionais^(15,16) prometem favorecer tanto aos profissionais como as pessoas cuidadas por eles.

Ambientes de reflexão individual e coletiva que permitam intercâmbio de experiências, avaliação das condições para realizar a prática laboral, e construção de espaços de cuidado e aprendizagem apresentam-se como alternativas eficientes para favorecer a qualidade de vida dos profissionais da saúde e das pessoas que eles cuidam.

Limitações do estudo

Considera-se o número pequeno dos artigos selecionados devido em primeira instância aos critérios estabelecidos para a busca tais como o período de publicação e o tipo de publicação, e em segunda instância a incompatibilidade dos descritores das publicações científicas que trabalham na temática com os descritores utilizados na busca, ficando fora da revisão estudos datados antes de 2004 correspondendo a estudos realizados fora do Brasil. Embora, destaca-se que no processo de seleção dos artigos foram descartados uma quantidade considerável de publicações referentes ao Cuidado de cuidadores “não profissionais” que respondiam a estudos internacionais, demonstrando-se que no Brasil é o local onde se tem mais produção a respeito do cuidado ao cuidador “profissional”.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde e política pública

A revisão permite evidenciar que pesquisar e investir no tema do cuidado ao cuidador profissional é pertinente para aprimorar as equipes de saúde e da enfermagem, apresentando conceitos e práticas presentes no cotidiano do trabalho assim como alguns dos problemas que se derivam da prática profissional, da qual emergem necessidades de cuidado prioritárias de atenção, pois estas afetam a qualidade do cuidado aos usuários dos serviços de saúde. Resgata-se que é preciso trabalhar o cuidado dos profissionais de saúde desde a formação acadêmica. As propostas apresentadas sugerem intervenções que mostraram resultados efetivos em benefício dos profissionais da saúde e das pessoas cuidadas por eles.

Considerações finais

O desgaste físico e mental, sobrecarga e sofrimento são alguns dos problemas constantes na prática dos cuidadores profissionais, merecendo atenção por parte das instituições educativas e empregatícias para planejar e desenvolver estratégias que favoreçam o aumento da qualidade de vida destes, pois ela se refletirá nas atividades cotidianas, bem como no processo de trabalho. Constata-se que a relação entre o cuidado oferecido e o cuidado recebido sofre influências, que são em sua maioria norteadas pelo cuidador profissional.

O cuidador profissional, também necessita de cuidados, pois vivencia situações que precisam ser atendidas uma vez que, ao se tornarem persistentes, podem provocar sobrecarga, desgaste e estresse que refletirá na qualidade do cuidado desenvolvido. Ressalta-se na literatura analisada que os enfermeiros apresentam múltiplas necessidades de cuidado, o que convida a ampliar os estudos e assim mesmo as discussões entorno desta problemática.

Recomenda-se a estimulação das potencialidades para práticas de cuidado aos cuidadores profissionais, contribuindo para avanços na sociedade que vão além da qualidade de vida do profissional e ou da qualidade do cuidado desenvolvido. Apresenta-se que o desenvolvimento interdisciplinar de estratégias voltadas ao cuidado ao cuidador profissional, podem ser iniciativas chave na melhora dos processos de trabalho e aprimoramento da qualidade da atenção dos serviços de saúde e como exemplos para pôr em prática tudo aquilo que pode significar “cuidar”.

Declaramos ao respeito das contribuições para elaboração do manuscrito, que foram atendidos por cada um dos autores os critérios recomendados pelo Comitê Internacional de Editores de Periódicos Médicos ⁽²⁴⁾: (1) contribuições substanciais para a concepção ou delineamento do estudo; ou a aquisição, análise ou interpretação dos dados do trabalho; (2) elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica de importante conteúdo intelectual; (3) aprovação final da versão a ser publicada; (4) concordância em ser responsável por todos os aspectos do trabalho, no sentido de garantir que as questões relacionadas à exatidão ou à integridade de qualquer parte da obra sejam devidamente investigadas e resolvidas.

Declaramos que não há conflitos de interesse que possam influenciar de modo inadequado o processo de elaboração e publicação do manuscrito.

Referências

1. Ferré-Grau C, Rodero-Sánchez V, Cid-Buer D, Vives-Relats C, Aparicio-Casals MR. Guía de cuidados de Enfermería: cuidar al cuidador en atención primaria. Tarragona: Publidisa; 2011.
2. Mendes KDS, Silveira RCCP, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. Texto & Contexto Enferm[INTERNET]. 2008[cited 2016 Oct 20];17(4):758-764. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018
3. Crossetti MGO. Revisão integrativa de pesquisa na enfermagem o rigor científico que lhe é exigido [editorial]. Rev Gaúcha Enferm. 2012[cited 2016 Oct 20]; 33(2):10-11. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472012000200001
4. Sampaio RF, Mancini MC. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. Rev. bras. Fisioter[INTERNET]. 2007[cited 2016 Oct 20];11(1):83-89. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-35552007000100013
5. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 12. ed. São Paulo: Editora Hucitec; 2010.
6. Baggio MA, Monticelli M, Erdmann AL. Cuidando de si, do outro e “do nós” na perspectiva da complexidade. Rev. bras. Enferm[INTERNET]. 2009[cited 2016 Oct 20]; 62:627-31. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000400023

7. Da Silva T, Guerra GM, Pessini L. Caracterização do autocuidado do profissional de enfermagem e reflexões á luz da bioética. *Bioethikos*[INTERNET]. 2014[cited 2016 Oct 20];8(1):61-74. Available from: <http://www.saocamillo-sp.br/pdf/bioethikos/155560/a5.pdf>
8. Prudente JAB, Salum NC, Gelbcke FL, Lorenzetti J, Schier J. O desgaste de trabalhadores de enfermagem no cuidado a pacientes onco-hematológicos hospitalizados. *Cogitare enferm*[INTERNET]. 2015[cited 2016 Oct 20]; 20(1):20-8. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/38299/24831>
9. Silva AF, Issi HB, Motta MGC, Botene DZA. Cuidados paliativos em oncologia pediátrica: percepções, saberes e práticas na perspectiva da equipe multiprofissional. *Rev. gaúch. Enferm*[INTERNET]. 2015[cited 2016 Oct 20]; 36(2):56-62. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472015000200056&script=sci_arttext&tlng=pt
10. Porto AR, Thofehr MB, Dal Pai D, Amestoy SC, Arrieira ICO, Joner LR. Vision of professionals about your work in interdisciplinary home internation program of cancer: a Brazilian reality. *Av. enferm*[INTERNET]. 2014[cited 2016 Oct 20]; 32(1): 72-79. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002014000100008
11. Cassol PB, Quintana AM, Velho MTAC. Utilização do suporte vital: percepção da equipe de enfermagem na remato oncologia. *Rev. baiana enferm.* [INTERNET]. 2015[cited 2016 Oct 20]; 29(2): 106-114. Available from: https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/12740/pdf_128
12. Salimena AMO, Teixeira SR, Amorim TSV, Paiva ACPC, Melo MCSC. O vivido dos enfermeiros no cuidado ao paciente oncológico. *Cogitare enferm*[INTERNET]. 2013[cited 2016 Oct 20]; 18(1):142-7. Available from: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/31320>
13. Pereira TTSO, Santos MA. Care group for mental health team: a professional development strategy. *J. Hum. Growth Dev*[INTERNET]. 2012[cited 2016 Oct 20]; 22(1):68-72. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v22n1/pt_10.pdf
14. Ginés O, Barbosa EC. Cuidados con el equipo cuidador. *Rev bras psicoter* [INTERNET]. 2010[cited 2016 Oct 20];12(2-3):297-313. Available from: <http://rbp.celg.org.br/>
15. Silva EA, Costa II. Saúde mental dos trabalhadores em saúde mental: estudo exploratório com os profissionais dos Centros de Atenção Psicossocial de Goiânia/GO. *Psicol. Rev*[INTERNET]. 2008[cited 2016 Oct 20]; 14(1):83-106. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-11682008000100006
16. Kovács MJ. Sofrimento da equipe de saúde no contexto hospitalar: cuidando do cuidador profissional. *Mundo saúde*[INTERNET]. 2010[cited 2016 Oct 20]; 34(4):420-429. Available from: http://www.saocamillo-sp.br/pdf/mundo_saude/79/420.pdf
17. Rodrigues RP, Labate RC. Luto de profissionais em uma unidade de transplante de células-tronco hematopoéticas. *Revista*

- Ciência & Saúde [INTERNET]. 2012[cited 2016 Oct 20]; 5(1):26-32 Available from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/9700/7745>
18. Maronesi LC, Silva NR, Cantu SO, Santos AR. Indicadores de estresse e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. *Estud. pesqui. Psicol* [INTERNET]. 2014[cited 2016 Oct 20]; 14(3):877-92. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/epp/v14n3/v14n3a10.pdf>
 19. León RCA. Cuidarse para no morir cuidando. *Revista Cubana de Enfermería* [INTERNET]. 2007[cited 2017 Mai 12]; 23(1):1-8. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192007000100006
 20. García HD, Spröhnle C, Sapag J. Cuidar a los cuidadores: Un desafío para los profesionales de la salud. *Revista médica de Chile* [INTERNET]. 2008[cited 2017 Mai 12]; 136(6):809-811. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872008000600019&script=sci_arttext
 21. Morales G., Menares MA., Pérez JC. Procesos emocionales de cuidado y riesgo en profesionales que trabajan con el sufrimiento humano. *Revista de Psicología*. [INTERNET] 2003[cited 2017 Mai 12];12(1):9-25. Available from: <http://www.redalyc.org/html/264/26400101/>
 22. Hunter K, Giardino I. A question of patient safety. *Health policy research bulletin* [INTERNET]. 2007[cited 2017 Mai 12]; 13: 26 – 29. Available from: http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2007-nurses-infirmieres/2007-nurses-infirmieres-eng.pdf
 23. Duarte EF., PANSANI TSA. Recomendações para elaboração, redação, edição e publicação de trabalhos acadêmicos em periódicos médicos. *Epidemiologia e Serviços de Saúde* [INTERNET]. 2015 [cited Jul 2017];24: 577-601. Available from: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pi

Recibido:

Aceptado:

Satisfacción Laboral de Enfermeros de un Servicio de Cuidados Intensivos Pediátricos y Neonatales

Job Satisfaction of Nurses of a Pediatric and Neonatal Intensive Care Service

Satisfação no trabalho de enfermeiros de um serviço de terapia intensiva pediátrica e neonatal

Carolina Cañarte Colombo¹

Resumen

Este es un estudio descriptivo transversal, cuyo objetivo es conocer el grado de satisfacción laboral de los enfermeros (licenciados y auxiliares) que trabajan en el CTI pediátrico y neonatal del hospital policial de Montevideo, Uruguay. La recolección de datos se realizó en Octubre de 2016.

Sustentado en la teoría de las necesidades de Herzberg⁽¹⁾, la cual sugiere que la real satisfacción del hombre con su trabajo proviene del hecho de enriquecer su puesto para que de esta manera pueda desarrollar una mayor responsabilidad y experimente a su vez un crecimiento mental y psicológico, se elaboró la presente investigación; teniendo en cuenta que, como trabajadores, los enfermeros se ven continuamente expuestos a diversos factores que atentan contra su salud y contra el mencionado crecimiento y desarrollo.

Para lo cual, a través del uso del cuestionario Font-Roja⁽²⁾ más el agregado de variables sociodemográficas y laborales, se describen las características sociodemográficas y laborales de los funcionarios enfermeros del servicio, se determina su grado de satisfacción y relaciona la satisfacción laboral con las variables sociodemográficas y laborales de estos. Como resultado se observó que esta población comparte similares características con la población de enfermeros del resto del país; que las variables sociodemográficas y laborales estudiadas no guardan relación estadísticamente significativa con el grado de satisfacción laboral; y que el grado o nivel de satisfacción es medianamente satisfactorio, con una media de 82,15 (DE 7,31), en una escala que va del 24 (mínimo grado de satisfacción) al 120 (máximo grado de satisfacción).

Palabras clave:

Salud laboral, satisfacción laboral, estrés laboral, servicios de salud, enfermería.

¹ Magister. Licenciada en Enfermería en CTI Pediátrico y Neonatal del Hospital Policial; Equipo de Punciones de MUCAM. Email: caro_pis@hotmail.com ORCID: 0000-0003-1114-1805

Abstract

This is a cross-sectional descriptive study, whose objective is to know the degree of job satisfaction of nurses (graduates and assistants) who work in the pediatric and neonatal CTI of the police hospital of Montevideo, Uruguay. Data collection was carried out in October 2016.

Based on the Herzberg theory of the needs (1), which suggests that the real satisfaction of man with his work comes from the fact of enriching his position so that in this way he can develop a greater responsibility and in turn experience a mental growth and psychological, the present investigation was elaborated; taking into account that, as workers, nurses are constantly exposed to various factors that threaten their health and against the mentioned growth and development.

For which, through the use of the Font-Roja questionnaire⁽²⁾ plus the addition of sociodemographic and labor variables, the sociodemographic and labor characteristics of the nurses of the service are described, their degree of satisfaction is determined and the work satisfaction is related with the sociodemographic and labor variables of these. As a result, it was observed that this population shares similar characteristics with the population of nurses in the rest of the country; that the sociodemographic and labor variables studied do not have a statistically significant relationship with the degree of job satisfaction; and that the degree or level of satisfaction is moderately satisfactory, with an average of 82.15 (SD 7.31), on a scale ranging from 24 (minimum degree of satisfaction) to 120 (maximum degree of satisfaction).

Keywords:

Occupational health, job satisfaction, occupational stress, health services, nursing.

Resumo

Trata-se de um estudo descritivo transversal, cujo objetivo é conhecer o grau de satisfação no trabalho dos enfermeiros (graduados e auxiliares) que atuam no CTI pediátrico e neonatal do hospital de polícia de Montevideú, Uruguai. A coleta de dados foi realizada em outubro de 2016.

Com base na teoria das necessidades de Herzberg (1), que sugere que a verdadeira satisfação do homem com seu trabalho provém do fato de enriquecer sua posição para que, dessa maneira, ele possa desenvolver uma maior responsabilidade e, por sua vez, experimentar um crescimento mental e psicológica, a presente investigação foi elaborada; levando em consideração que, como trabalhadores, os enfermeiros estão constantemente expostos a vários fatores que ameaçam sua saúde e contra o crescimento e desenvolvimento mencionados.

Para o qual, através do uso do questionário Font-Roja (2) mais a adição de variáveis sociodemográficas e laborais, são descritas as características sociodemográficas e laborais dos enfermeiros do serviço, é determinado seu grau de satisfação e relacionada à satisfação no trabalho com as variáveis sociodemográficas e trabalhistas. Como resultado, observou-se que essa população compartilha características semelhantes às da população de enfermeiros no restante do país; que as variáveis

sociodemográficas e trabalhistas estudadas não possuem relação estatisticamente significativa com o grau de satisfação no trabalho; e que o grau ou nível de satisfação é moderadamente satisfatório, com média de 82,15 (DP 7,31), em uma escala que varia de 24 (grau mínimo de satisfação) a 120 (grau máximo de satisfação).

Palavras-chave:

Saúde ocupacional, satisfação no trabalho, estresse no trabalho, serviços de saúde, enfermagem.

Introducción

A lo largo de la historia el hombre ha necesitado trabajar para alcanzar una vida sana, productiva y feliz; para lo cual ha necesitado utilizar parte de su energía en actividades que modificaran la naturaleza que lo rodea. En esta actividad transformadora llamada trabajo, se ha visto expuesto a innumerables riesgos para la salud y la propia vida.

El interés por el estudio de la Salud Laboral surge durante la década de los años 30', y a lo largo de la historia han sido múltiples los estudios sobre el tema, y en consecuencia ha habido avances y mejoras en lo referente a la salud de los trabajadores. Estos mismos estudios han logrado demostrar que el personal satisfecho trabaja mejor y presenta menos problemas laborales.

En el marco de la salud laboral crece el conocimiento acerca de la satisfacción laboral, de los beneficios de tener trabajadores satisfechos y de lo negativo que puede resultar tener trabajadores insatisfechos, sea por los efectos que esto tiene en su salud como por la calidad de los servicios que estos brindan. Precisamente en enfermería se han descrito diversos factores que inciden en su nivel de satisfacción y por ende en su salud y en la calidad asistencial. De ahí la importancia de estudiar esta temática en el personal de salud más abundante en el mundo.

En el caso de la enfermería, la satisfacción laboral ha sido reportada como un predictor fundamental en relación con diversos problemas que enfrenta dicho colectivo laboral, como lo son: la rotación del personal, absentismo laboral, intención de abandonar su trabajo y el burnout. Por este motivo, la satisfacción laboral en enfermería se considera actualmente un desafío crítico para las organizaciones de salud. Asimismo, los servicios de terapia intensiva son sectores estresantes; cada día los trabajadores se enfrentan con situaciones críticas, e incluso con la muerte. Avanzar en el conocimiento de la satisfacción laboral en enfermería en general y sobre quienes trabajan en el tercer nivel en lo particular, permitirá emprender acciones tendientes a mejorar la salud de aquellos trabajadores que se encuentran habitualmente expuestos a multiplicidad de factores nocivos; buscando mejorar los índices de certificaciones médicas por estrés laboral, burnout, absentismos, y otras situaciones que podrían estar vinculadas a la falta de satisfacción en el ámbito laboral.

Si bien es un tema muy estudiado en el mundo, y también en Uruguay, son escasas las publicaciones nacionales sobre satisfacción laboral en el ámbito sanitario.

En este estudio se trata de conocer el grado de satisfacción laboral que poseen los enfermeros que trabajan en un centro de terapia intensiva pediátrica y neonatal de un hospital público.

Se planteó como objetivo general conocer el grado de satisfacción laboral de los enfermeros (Licenciados y Auxiliares) que trabajan en el CTI Pediátrico y Neonatal del Hospital Policial de Montevideo, Uruguay. Para lo cual:

- Se describen las características sociodemográficas y laborales de los funcionarios enfermeros del servicio (Licenciados y Auxiliares); y
- Se relaciona la satisfacción laboral con las variables sociodemográficas y laborales del personal sanitario, en el período considerado.

Como resultados, se observó que la población estudiada comparte similares características sociodemográficas con la población de enfermeros del resto del país, según el Censo Nacional de Enfermería realizado en 2013⁽³⁾; en cuanto a edad, sexo, estado civil y dotación de Licenciados/Auxiliares de Enfermería.

Se observó que lo que reporta mayor nivel de satisfacción, en la población estudiada, es la creencia de cada trabajador acerca de que su propia preparación profesional coincide con lo que su puesto de trabajo le demanda; la satisfacción provocada por las relaciones con sus compañeros de trabajo, y la satisfacción que experimentan condicionada por su puesto de trabajo.

Por otra parte, los menores niveles de satisfacción se relacionan con el grado en que se le reconoce al individuo un estatus concreto, tanto a nivel retributivo, como a nivel de independencia en la organización y desempeño del puesto de trabajo; y el grado de tensión que el ejercicio de su profesión le acarrea al individuo y que se

refleja sobre todo en el cansancio que experimenta, la responsabilidad percibida y el estrés laboral.

La media de Satisfacción Laboral de los enfermeros del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Policial es de 82,15 (DE=7,31), en una escala de 24 a 120 (siendo el 24 el menor grado de satisfacción posible y 120 el mayor grado de satisfacción posible). Esto muestra un nivel de satisfacción general apenas suficiente (o apenas satisfactorio).

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, en el que se pretendió conocer el grado de satisfacción laboral de los enfermeros que trabajan en un centro de terapia intensiva pediátrica y neonatal y establecer si existe relación con las características sociodemográficas de éstos.

Para ello se aplicó un cuestionario que mide, por un lado, 24 ítems relacionados con la satisfacción laboral (Font-Roja), y por otro, 4 preguntas sobre datos sociodemográficos más 2 sobre el lugar de trabajo.

El cuestionario Font-Roja mide 9 factores de satisfacción laboral (a través de 24 ítems):

Factor 1- Satisfacción por el trabajo, entendido como el grado de satisfacción que experimenta el individuo condicionado por su puesto de trabajo; el cual se mide a través de los ítems n.º 7, 10,11, 16.

Factor 2- Tensión en el trabajo, entendido como el grado de tensión que el ejercicio de su profesión le acarrea al individuo y que se refleja sobre todo en el cansancio que experimenta, la responsabilidad percibida y el estrés laboral. Medido a través de los ítems n.º 2, 3, 4, 5, y 6.

Factor 3- Competencia profesional, entendido como el grado en que el trabajador cree que su

preparación profesional coincide con lo que su puesto de trabajo le demanda. Medido a través de los ítems n.º 22,23 y 24.

Factor 4- Presión en el trabajo, entendido como el grado en que el individuo percibe una carga de trabajo para sí mismo. Medido a través de los ítems n.º 18 y 20.

Factor 5- Promoción profesional, entendido como el grado en que el individuo cree que puede mejorar, tanto a nivel profesional, como a nivel de reconocimiento por su trabajo. Medido a través de los ítems n.º 9, 12 y 17.

Factor 6- Relación interpersonal con sus jefes, entendido como el grado en que el individuo considera que sabe lo que se espera de él por parte de sus jefes/as. Medido a través de los ítems n.º 13 y 19.

Factor 7- Relación interpersonal con los compañeros, entendido como el grado de satisfacción que provocan las relaciones con los compañeros de trabajo. Medido a través del ítem n.º 14.

Factor 8- Características extrínsecas de estatus, entendidas como el grado en que se le reconoce al individuo un estatus concreto, tanto a nivel retributivo, como a nivel de independencia en la organización y desempeño del puesto de trabajo. Medido a través de los ítems n.º 8 y 15.

Factor 9- Monotonía laboral, entendida como el grado en que afectan al individuo la rutina de las relaciones con los compañeros y la escasa variedad del trabajo. Se mide a través de los ítems n.º 1 y 21.

Cada uno de los ítems o pregunta se valora con una escala de Likert del 1 al 5, correspondiendo el 1 al menor grado de satisfacción y el 5 al mayor grado de satisfacción.

Debido a las variantes gramaticales del idioma y a la forma de redacción, las preguntas número 5, 6, 12, 13, 14, 15, 16, 17 y 19 se puntúan al inverso.

Se realizaron un total de 55 encuestas en una población de 67 funcionarios, alcanzando así 82,1 % de éstos. El restante 17,9 % de los funcionarios que no participaron, se encontraban de licencia (9 % de licencia anual reglamentaria, 5,9 % con licencia por enfermedad y 3 % con licencia maternal). Este proceso se realizó en el mes de Octubre de 2016.

Los datos recogidos fueron analizados utilizando el programa estadístico PSPP, software de uso libre.

Para conocer el grado de satisfacción, se realizó, primeramente, un análisis univariado sobre los 24 ítems del Font-Roja, seguido del análisis univariado de los 9 factores estudiados mediante el mencionado cuestionario.

Luego se realizó un análisis bivariado, para conocer el grado de asociación de las variables sociodemográficas con el grado de satisfacción laboral (global y de cada factor), aplicando el test ANOVA.

Resultados

Se realizaron un total de 55 encuestas, alcanzando de esta manera al 82,1 % del universo estudiado.

En cuanto a las características sociodemográficas y laborales de los participantes, se observa que, la mayoría son adultos medios y/o maduros de entre 40 y 59 años (60 %), seguidos de adultos jóvenes de entre 20 y 39 años (33 %) y adultos mayores de 60 años (7 %). La mayoría son mujeres, las cuales representan el 80 % del total. En cuanto al Estado civil se observa que la mayoría vive en pareja (sea casado o en unión

libre), alcanzando el 56,36 %. En cuanto a la formación y funciones, se observa que el 73 % son Auxiliares y 27 % Licenciados en Enfermería. El 94,5 % se desempeña en el área asistencial, mientras que el 3,6 realiza tareas administrativas y el 1,8 % se desempeña en el área gerencial. Observando el turno de trabajo, se destaca que el 43,64 % no trabaja en turno fijo, sino que cambia frecuentemente de horario. Respecto a la antigüedad de trabajo, se observó que más de la mitad (52,73 %) tiene más de 20 años de trabajo en cuidados intensivos, 14,5 % entre 10 y 20 años y 24 % menos de 10 años.

Como se mencionó anteriormente, el cuestionario Font Roja mide (a través de 24 ítems) nueve factores de satisfacción. Considerando dichos Factores, utilizando una escala de Likert (donde 1 es la mínima satisfacción y 5 es la máxima satisfacción), se observa el siguiente comportamiento: Factor 1: $p=3,73$; Factor 2: $p=2,93$; Factor 3: $p=4,10$; Factor 4: $p=3,69$; Factor 5: $p=3,17$; Factor 6: $p=3,51$; Factor 7: $p=3,93$; Factor 8: $p=2,88$; Factor 9: $p=3,38$.

En otras palabras, lo que reporta mayor nivel de satisfacción en la población estudiada es la creencia de cada trabajador acerca de que su preparación profesional coincide con lo que su puesto de trabajo le demanda; la satisfacción provocada por las relaciones con sus compañeros de trabajo; la satisfacción que experimentan condicionada por su puesto de trabajo; y la creencia de que su preparación profesional coincide con lo que su puesto de trabajo le demanda.

Por otra parte, los menores niveles de satisfacción se relacionan con el grado en que se le reconoce al individuo un estatus concreto, tanto a nivel retributivo, como a nivel de independencia en la organización y desempeño del puesto

de trabajo; y el grado de tensión que el ejercicio de su profesión le acarrea al individuo y que se refleja sobre todo en el cansancio que experimenta, la responsabilidad percibida y el estrés laboral.

Luego de conocer el grado de satisfacción de cada factor o dimensión, se calculó la satisfacción global para cada participante, a través de suma aritmética de cada ítem del Font-Roja, para luego calcular el valor de la satisfacción laboral media. Dando como resultado una media de Satisfacción Laboral de 82,15 (DE: 7,31), en una escala de 24 a 120 (siendo el 24 el menor grado de satisfacción posible y 120 el mayor grado de satisfacción posible).

Discusión

La población estudiada comparte similares características sociodemográficas con la población de enfermeros del resto del país, según el Censo Nacional de Enfermería realizado en 2013 y la Encuesta Nacional de Enfermería 2014 (3).

Se presenta como una población mayoritariamente femenina (8 de cada 10 son mujeres), similar a lo que sucede en el resto del país, según la Encuesta Nacional de Enfermería, donde la población femenina representa el 83 % (Nuñez, S., Benia, W. 2015).

La edad promedio es de 44 años (edad adulta madura), mayor a la edad promedio nacional, que se sitúa, según el Censo Nacional de Enfermería 2013, en 39,7 años (3).

La distribución de Auxiliares y Licenciados es de aproximadamente 3 a 1, tal como sucede en el resto del territorio nacional.

Respecto del estado civil, existen algunas diferencias de distribución si comparamos con la

Encuesta Nacional de enfermería 2014⁽³⁾; pero a grandes rasgos, el comportamiento es similar. La población estudiada posee un mayor porcentaje de personas que viven en pareja (sumando uniones libres y casados) alcanzando un 56,36 %, en contraposición con solteros, viudos y divorciados.

En cuanto a los horarios de trabajo, es de destacar que un gran número de enfermeros tienen rotación de turnos en forma constante, un factor negativo para la satisfacción laboral y un generador de estrés.

Considerando los años de trabajo, es importante resaltar que más de la mitad (52,73 %) tiene una antigüedad mayor a los 20 años, y un 18,18 % tiene 30 años de trabajo o más en cuidados intensivos.

Tal como se plantea en los objetivos de esta investigación, se realizó un análisis bivariado, tratando de establecer si existe relación estadísticamente significativa entre los factores que determinan la satisfacción laboral y las variables sociodemográficas de la población estudiada; a través de la aplicación del Análisis de la Varianza (test de ANOVA).

Se observa que existe relación estadísticamente significativa (con valores de $p \leq 0,05$) entre la edad y los factores de satisfacción laboral 3 (Competencia profesional), 4 (Presión por el trabajo) y 9 (Monotonía laboral). En otras palabras, existe una fuerte relación entre la edad de los funcionarios y estos tres factores mencionados. Dentro de estos rangos etarios, el de 60 años o más es el que registra menores niveles de satisfacción en cuanto a la Competencia profesional, la presión en el trabajo y Monotonía, con medias menores a las de la población en general.

No existe relación estadísticamente significativa entre la edad y los Factores 1, 2, 5, 6, 7 y 8 de satisfacción laboral.

Se observó que la mayoría de los factores de Satisfacción laboral no guardan relación estadísticamente significativa con respecto al sexo de los participantes.

Solo se registra un valor $p \leq 0,05$; con el Factor 4 (Presión en el trabajo), donde $p = 0,028$ con una asociación de $F = 5,13$. Aquí se observa que los hombres presentan menor nivel de satisfacción que las mujeres respecto de la Presión en el trabajo.

Con respecto al Estado Civil, no se registró ningún valor de $p \leq 0,05$; es decir, no existe relación estadísticamente significativa. No hay asociación entre ninguno de los factores de Satisfacción laboral y el Estado civil de los participantes.

Respecto de la Profesión, o disciplina en la que se tituló o certificó, podemos observar que en la mayoría de los Factores (1, 2, 3, 5, 6, 7 y 8) no existe asociación estadísticamente significativa. Los Factores que presentan un $p \leq 0,05$ son el 4 (Presión en el trabajo) y el 9 (Monotonía).

Respecto del turno de trabajo, la mayoría de los Factores no guardan relación estadísticamente significativa. Solamente el Factor 5 (Promoción profesional) guarda relación estadísticamente significativa, con $p = 0,031$ y $F = 2,90$.

Para el caso del área de trabajo, se destaca que solo un Factor guarda relación estadísticamente significativa, Presión por el trabajo, la cual tiene una fuerte asociación, con $F = 6,38$ y $p = 0,003$.

Respecto de la Antigüedad laboral, ninguno de los Factores guarda relación o asociación estadísticamente significativa.

En resumen, solo algunos factores determinantes de la satisfacción laboral guardan relación significativa con alguna de las características sociodemográficas y laborales, tal como se mencionó.

La Edad es la variable sociodemográfica con más Factores de Satisfacción Laboral estadísticamente asociados (3 de 9); mientras que el Factor 4 (Presión en el trabajo) es el que se asocia con mayor número de variables sociodemográficas y laborales (4 de 7).

Finalmente se realizó un análisis bivariado, cruzando la variable de Satisfacción laboral global y las variables sociodemográficas y laborales.

Se determinó que la satisfacción laboral no guarda relación estadísticamente significativa con las variables sociodemográficas y laborales estudiadas, dados por valores de $p \geq 0,05$.

Conclusiones

A través de este estudio se logró conocer el grado de satisfacción laboral de los enfermeros (Licenciados y Auxiliares) que trabajan en el CTI Pediátrico y Neonatal del Hospital Policial de Montevideo, Uruguay. Se pudo describir las características sociodemográficas y laborales de los funcionarios enfermeros del servicio (Licenciados y Auxiliares); y se relacionó la satisfacción laboral con las variables sociodemográficas y laborales del personal sanitario.

Dicha población comparte similares características sociodemográficas con la población de enfermeros del resto del país, según el Censo Nacional de Enfermería realizado en 2013 (Nuñez, S., Benia, W. 2015); presentándose como una población mayoritariamente femenina, con una media de edad de 44 años (edad adulta madura); donde la distribución de Auxiliares y Licenciados es de aproximadamente 3 a 1; en la que un mayor porcentaje de personas que viven en pareja (sumando uniones libres y casados) alcanzando un 56,36 %, en contraposición con solteros, viudos y divorciados; con horarios de

trabajo, mayormente rotativos; y con más de la mitad de funcionarios (52,73 %) con una antigüedad mayor a los 20 años, existiendo un 18,18 % con 30 años de trabajo, o más, en cuidados intensivos.

Se aplicó el cuestionario Font-Roja, mediante el cual se conoció el comportamiento de cada ítem que compone la Satisfacción Laboral Global para cada participante, necesario para determinar la Media de Satisfacción Laboral.

Se observó que lo que reporta mayor nivel de satisfacción en la población estudiada es la creencia de cada trabajador acerca de que su preparación profesional coincide con lo que su puesto de trabajo le demanda; la satisfacción provocada por las relaciones con sus compañeros de trabajo; la satisfacción que experimentan condicionada por su puesto de trabajo; y la creencia de que su preparación profesional coincide con lo que su puesto de trabajo le demanda.

Por otra parte, los menores niveles de satisfacción se relacionan con el grado en que se le reconoce al individuo un estatus concreto, tanto a nivel retributivo, como a nivel de independencia en la organización y desempeño del puesto de trabajo; y el grado de tensión que el ejercicio de su profesión le acarrea al individuo y que se refleja sobre todo en el cansancio que experimenta, la responsabilidad percibida y el estrés laboral.

La media de Satisfacción Laboral de los enfermeros del Servicio de Cuidados Intensivos del Hospital Policial es de 82,15 (DE=7,31), en una escala de 24 a 120 (siendo el 24 el menor grado de satisfacción posible y 120 el mayor grado de satisfacción posible). Esto muestra un nivel de satisfacción general apenas suficiente o apenas satisfactorio. No obstante, no existen personas

totalmente insatisfechas así como tampoco personas totalmente satisfechas.

Se logró demostrar que estas características sociodemográficas y laborales no guardan relación estadísticamente significativa en relación al grado de satisfacción laboral ni tampoco con los factores que la componen o determinan.

Asimismo, se demostró que alguno de los Factores determinantes de la satisfacción laboral sí guardan relación estadísticamente significativa con algunas de las características sociodemográficas y laborales.

Se buscó conocer si existía asociación entre la satisfacción laboral global y las variables sociodemográficas y laborales, para lo cual se calculó la satisfacción global de cada participante, a través de la suma aritmética de los 24 ítems que la componen, para luego calcular la Satisfacción Laboral Media y cruzarla, a través del test ANOVA, con las variables sociodemográficas. De esta manera se demostró que no existe asociación entre la Satisfacción Laboral y las variables sociodemográficas estudiadas en esta población.

Esto sugiere la necesidad de profundizar en el estudio de los aspectos menos satisfechos y explorar otros factores sociodemográficos y laborales que puedan estar asociados al grado de satisfacción, para poder actuar en beneficio de la salud de los trabajadores.

Recomendaciones

El estudio de la satisfacción laboral es de gran importancia; conocer los factores que la determinan será de gran utilidad para disminuir la rotación del personal, el absentismo laboral, las intenciones de abandono del trabajo y el burnout; lo cual supone actualmente un desafío crítico para las organizaciones de salud.

Por lo que, replicar estudios como éste, será de gran utilidad, para atender al grupo de trabajadores más grande dentro del ámbito de la salud.

Para el caso de la población estudiada, será importante trabajar sobre el grado en que se le reconoce al individuo un estatus concreto, tanto a nivel retributivo (aumentos de salario o medidas compensatorias), como a nivel de independencia en la organización y desempeño del puesto de trabajo (lo que se puede realizar a través la confianza, uso de instrumentos que unifiquen criterios y permitan la autoevaluación, promoviendo en los mandos medios características de líder resonante); disminuir el grado de tensión en el ejercicio de la profesión de los trabajadores (realizando actividades que incluyan la presencia de un psicoterapeuta, promoviendo discusiones de casos, pausas activas, entre otras), de forma que se reduzca o mitigue el cansancio que experimentan, la responsabilidad percibida y el estrés laboral.

Referencias

1. Herzberg, Frederick; Mausner, Bernard; Snyderman, Barbara B. *The Motivation to Work* (2nd ed.). New York: John Wiley and Sons. 1959.
2. Aranaz J, Mira J. El cuestionario Font Roja. Un instrumento de medida de la satisfacción en el medio hospitalario. España: *Todo Hosp* 1988; 52: 63-66
3. Nuñez, S., Benia, W. *Enfermería en el Uruguay*. Montevideo: OPS. 2015

Gestión de recursos materiales

“Guía para la aproximación diagnóstica de una unidad hospitalaria”

Material resource management

“Guide for the diagnostic approach of a hospital unit”

Gerenciamento de recursos materiais.

“Guia para a abordagem diagnóstica de uma unidade hospitalar”

Serrana Elizabeth Ostolaza Oroná ¹, María Inés Umpiérrez Perciante ²

Resumen

La complejidad en la administración de las Organizaciones Sanitarias requiere de un profundo conocimiento de sus componentes políticos, sociodemográficos, económicos, de sus procesos, interrelaciones, determinantes ambientales, factores internos y externos que se relacionan entre sí para el logro de los objetivos, todos orientados al cuidado de la salud de la población.

El escenario actual evidencia instituciones de salud cada vez más complejas, debido al aumento en la demanda de los servicios, las expectativas de los usuarios y los costos de los insumos para la atención, generando la necesidad de contar con personal de enfermería capacitado y entrenado en los sistemas que dan apoyo y sustentan el proceso asistencial.

Profundizar en el conocimiento de la gestión de los recursos materiales como sistema o como proceso que transversaliza el proceso asistencial es un punto de partida para el logro con eficacia y eficiencia de los resultados sanitarios.

El Departamento de Administración de la Facultad de Enfermería, en el marco del Programa de formación permanente, organizó el curso “Gestión de los recursos materiales para la mejora en la calidad de atención”.

La finalidad fue dar respuesta a una necesidad identificada por el departamento y sentida por el colectivo de Enfermería de capacitar a quienes se desempeñan en las distintas áreas de gestión de los recursos materiales, para contribuir en la calidad del cuidado a la población.

¹Serrana Elizabeth Ostolaza Oroná. Licenciada de Enfermería. Especialista en Emergencia. Especialista en Gestión de los Servicios de Salud. Especialista UNIT en Gestión de Calidad de los Servicios de Salud. Profesora Adjunta Departamento de Administración, Facultad de Enfermería, Universidad de la República (UDE-LAR). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1807-4476>. Mail: serranaostolaza@hotmail.com

²María Inés Umpiérrez Perciante. Licenciada de Enfermería. Profesora Directora del Departamento de Administración de la Facultad de Enfermería (UdelaR). Magister en Gestión de Servicios de Salud, en Enseñanza Universitaria y en Bioética. Especialista en Administración de Servicios de Salud. Especialista en Cuidados críticos de Adultos. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0877-9920>. Mail: inesumpli@hotmail.com

En este sentido uno de los procesos claves abordados en el curso y que se quiere socializar en este artículo fue una “Guía para realizar la aproximación diagnóstica de una unidad de gestión de recursos materiales”, aplicando la teoría de sistemas como metodología para su consolidación.

A partir de la realidad diagnóstica obtenida, identificar fortalezas y debilidades del Servicio en que se aplique y poder desarrollar un proyecto de mejora de la calidad.

Palabras claves

Calidad de la Atención de Salud. Logística. Inventarios. Previsiones. Compras.

Summary

The complexity in the administration of the Health Organizations requires a deep knowledge of its political, sociodemographic, economic components, of its processes, interrelationships, environmental determinants, internal and external factors that are related to each other to achieve the objectives, all oriented to the health care of the population.

The current scenario shows increasingly complex health institutions, due to the increase in the demand for services, the expectations of users and the costs of the inputs for care, generating the need for trained and trained nursing personnel. systems that support and sustain the care process.

Deepening knowledge of the management of material resources as a system or as a process that mainstreams the healthcare process is a starting point for the effective and efficient achievement of health outcomes.

The Administration Department of the Nursing Faculty, within the framework of the Ongoing Training Program, organized the course “Management of material resources for the improvement of quality of care”.

The purpose was to respond to a need identified by the department and felt by the nursing collective to train those who work in the different areas of material resource management, to contribute to the quality of care for the population.

In this sense, one of the key processes addressed in the course and that we want to socialize in this article was a “Guide to carry out the diagnostic approach of a material resource management unit”, applying systems theory as a methodology for its consolidation.

Based on the diagnostic reality obtained, identify strengths and weaknesses of the Service in which it is applied and be able to develop a quality improvement project.

Key words

Quality of Health Care. Logistics. Inventories. Forecasts. Purchases

Resumo

A complexidade na administração das Organizações de Saúde exige um profundo conhecimento de seus componentes políticos, sociodemográficos, econômicos, de seus processos, inter-relações, determinantes ambientais, fatores internos e externos que se relacionam para alcançar os objetivos, todos orientados aos cuidados de saúde da população.

O cenário atual mostra instituições de saúde cada vez mais complexas, devido ao aumento da demanda por serviços, das expectativas dos usuários e dos custos dos insumos para o atendimento, gerando a necessidade de pessoal de enfermagem treinado e treinado. sistemas que apóiam e sustentam o processo de atendimento.

Aprofundar o conhecimento do gerenciamento de recursos materiais como um sistema ou como um processo que integra o processo de assistência à saúde é um ponto de partida para a obtenção eficaz e eficiente dos resultados da saúde.

O Departamento de Administração da Faculdade de Enfermagem, no âmbito do Programa de Treinamento Contínuo, organizou o curso "Gestão de recursos materiais para melhorar a qualidade da assistência".

O objetivo foi responder a uma necessidade identificada pelo departamento e sentida pelo coletivo de enfermagem para capacitar quem trabalha nas diferentes áreas de gestão de recursos materiais, a fim de contribuir para a qualidade da assistência à população.

Nesse sentido, um dos principais processos abordados no curso e que queremos socializar neste artigo foi um "Guia para realizar a abordagem diagnóstica de uma unidade de gerenciamento de recursos materiais", aplicando a teoria dos sistemas como metodologia para sua consolidação.

Com base na realidade diagnóstica obtida, identificar os pontos fortes e fracos do Serviço em que é aplicado e ser capaz de desenvolver um projeto de melhoria da qualidade.

Palavras-chave:

Qualidade da Assistência à Saúde. Logística. Inventários. Previsões. Compras.

Introducción

*“Administración: es una actividad sistemática, desarrollada por un grupo humano que emplea un **conjunto de recursos** para lograr una finalidad en forma eficiente y eficaz y **con beneficio social para quien va dirigida y para quien la genera**”.*¹

Para cumplir con la función de la administración dentro del ámbito hospitalario, y poder responder con eficacia y eficiencia a las demandas del usuario que es el centro del sistema de las Organizaciones Sanitarias, es necesario entender entre los componentes, la complejidad del manejo de los recursos materiales.

Hugo Villar.

Esta necesidad detectada por el departamento de Administración y sentida por el colectivo de enfermería generó el curso: "Gestión de los recursos materiales para la mejora en la calidad de atención" dictado durante el mes de setiembre de 2019.

En este contexto y con la finalidad de introducir al colectivo de enfermería en la administración de los recursos materiales dentro del sistema sanitario se genera una propuesta para realizar un diagnóstico de la Unidad de gestión de los recursos materiales de la organización, como línea de base, para identificar los procesos, los actores claves, las mediciones actuales y así contar con elementos para proponer una reorientación o reingeniería de los mismos si fuera necesario.

En circunstancias en que la complejidad de las instituciones de salud crece por el aumento en la demanda de los servicios, las expectativas de los usuarios y los costos de los insumos para la atención, es necesario contar con personal de enfermería capacitado y entrenado en los sistemas que dan apoyo y sustentan el proceso asistencial.

En otros términos se hace referencia a la definición de Logística como: "el conjunto de actividades de gestión cuyo objetivo final es el de garantizar la disponibilidad de productos sanitarios en las distintas unidades clínicas y logísticas del sistema sanitario, consiguiendo así un óptimo desarrollo de los procesos asistenciales y aportar mejoras, valor añadido, con el mayor nivel de eficacia posible"²

"La eficacia y competitividad de la organización es la capacidad que tenemos para suministrar productos o prestar servicios con la calidad deseada por nuestros clientes"²

La metodología para realizar la Guía de aproximación diagnóstica, fue el enfoque de sistemas que según Bertalanffy se lo puede concebir como "un método de aproximación a la realidad para su conocimiento".

Así se entiende el diagnóstico de situación, concebido como la valoración, descripción e interpretación de un sistema, con sus fortalezas y debilidades.

La teoría de sistemas aporta elementos conocidos como Input, entrada o insumo, Output, salida, resultado o producto, feedback, retroalimentación, throughput, proceso de transformación, como un método para el conocimiento integral del universo.¹

Para la Real Academia Española, sistema "es un conjunto de cosas que ordenadamente relacionadas entre sí, contribuyen a un determinado objetivo".

Para el Dr. Hugo Villar la complejidad de un hospital está definida como el resumen de características de varias organizaciones, es un hotel y restaurante, porque brinda alojamiento a usuarios que deben alimentarse, es una institución que brinda servicios en sus modalidades de emergencia, atención ambulatoria, hospitalización continua y parcial, es un conjunto de laboratorios clínicos, anatomía patológica, hemoterapia, es una central de materiales estériles, es una farmacia, es un servicio odontológico, es un conjunto de oficinas para la administración de recursos materiales, humanos y financieros, es un grupo de talleres de mantenimiento, y tiene complejas instalaciones de oxígeno, gases, aire, etc.

La metodología para abordar tanta complejidad, tendrá ciertas limitaciones, pero los alcances logrados permitirán dar un significado al producto obtenido, ya sea sólo por el mero he-

cho de situarnos de la realidad actual, o servirá como punto de partida para definir conductas o planificar propuestas de mejora.

Se consideran 2 fases claves para el abordaje de la realidad.

- 1) Conocimiento de la Organización. (Macroambiente)
- 2) Definición de la Unidad operativa de gestión de los RRM. (Sistema a estudiar).

Desarrollo.

El Dr. Hugo Villar confiere un marco teórico para el abordaje de la teoría de sistemas, definiendo los elementos de entrada, procesador y salida para el Sistema de atención a la Salud, de la siguiente manera:

En este sentido se entiende que los elementos para un Sistema denominado Unidad Organizativa de los Recursos Materiales la podemos plantear así:

Etapas del Diagnóstico de Situación de la



Figura 1.



Figura 2.

Unidad de Gestión de Recursos Materiales:

Según Diego Ayuso Murillo los procesos de gestión “son los que guían un conjunto de procesos hacia el logro de máxima calidad de cuidados de enfermería prestados”.

La Gestión de los recursos materiales, no se aleja de este concepto, al contrario tiene como beneficiario final y objetivo final contribuir a la mejora de la calidad en los cuidados de enfermería prestados.

Etapas de la Aproximación Diagnóstica.

1. Primera Fase: Conocimiento de la Organización y su objetivo:

Es necesario clasificar y conocer el tipo de institución hospitalaria en la que se encuentra inmerso el sistema a estudiar, que en éste caso se trata de la Unidad de gestión de los recursos materiales.

La organización forma parte del macroambiente donde está inmerso el sistema de estudio y su definición está determinada por el marco normativo de atención a la salud definido en la Ley del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS).

Posicionada la Institución dentro del SNIS, continuamos su definición según otras características:

Según la propiedad, puede ser Pública o Privada.

Según ámbito de acción pueden ser:

- locales (urbanos o rurales), departamentales o nacionales.

Según tipo de Servicio que brindan pueden ser:

- Generales (tienen por lo menos el 50% de las camas de internación dedicadas a medicina general o cirugía); Especiales (son aquellos hospitales dedicados a aten-

der exclusivamente a determinados tipo de usuarios, traumatología, reumatología).

Según el número de camas de hospitalización:

- Pequeños (menos de 100 camas), medianos (entre 100 y 250 camas), grandes (entre 250 y 500 camas) y de capacidad extra (más de 500 camas).

Según el período de hospitalización:

- con breve período (menos de 30 días), de largo período (más de 30 días de hospitalización).

Según su diseño arquitectónico:

- monobloques, en pabellones, combinados, de planta lineal, recta o

en ángulo, con fachada plana, de planta circular, de planta en forma de cruz, en forma de L o en forma de T.

Según la complejidad de la atención:

- de baja, mediana o alta complejidad.

Para completar la definición Institucional, es necesario conocer cuál es su propósito, sus objetivos, si tiene una misión y una visión determinada.

Generalmente las instituciones plantean un **conjunto de objetivos estratégicos** alineados a los objetivos estratégicos nacionales, ellos suponen varios enfoques que para Ayuso Murillo Diego pueden ser:

- a) el punto de vista de los clientes, el cliente principal y final de toda organización es el paciente y su familia.
- b) la gestión de los procesos asistenciales,
- c) la gestión del conocimiento, la innovación y la investigación,
- d) la gestión de las personas,

e) la eficiencia y el rendimiento adecuado de los recursos.²

Se debe conocer el organigrama institucional e identificar la ubicación de la Unidad organizativa de gestión de RRMM, sus dependencias orgánicas y funcionales.

Otros Indicadores significativos del escenario Institucional son:

- Población total de usuarios discriminados por edad y sexo.
- Área de cobertura.
- Tasa de mortalidad general (x 1000 habitantes)
- Tasa de mortalidad materna (100.000 nacidos vivos)
- Tasa de mortalidad infantil (1000 Nacidos vivos).
- N° de partos y cesáreas.
- N° de cirugías generales y especializadas.
- N° de camas de cuidados moderados y cuidados especializados.
- N° de consultas diarias de adultos y pediatría de emergencia y policlínica.
- N° de traslados especializados.

Una vez que se logra contar con información del macroambiente, constituido por los componentes Institucionales, se comienza el análisis del Sistema “Unidad organizativa de gestión de los RRMM”.

2. Segunda Fase: definición de la unidad organizativa que gestiona los recursos materiales.

Diego Ayuso Murillo la define: ” Es el conjunto de actividades de gestión cuyo objetivo final es el de garantizar la disponibilidad de productos sanitarios en las distintas unidades clínicas y logísticas del centro hospitalario, consiguiendo así un óptimo desarrollo de los procesos asisten-

ciales y aportar mejoras, valor añadido, con el mayor nivel de eficacia posible”²

El nombre con que se designa la unidad de gestión de los recursos materiales, dependiendo de la organización se denomina: almacén, macroeconomato, economato central, proveeduría, unidad de abastecimientos.

Si se cumplen funciones en un economato de servicio, deberá posicionarse en el mismo y realizar el diagnóstico del mismo, pero contando con la información total del proceso.

2.1 Entadas al Sistema.

2.1.1 Características y Necesidades del cliente Interno y Externo.

“Gestión orientada a la satisfacción del cliente; la organización debe enfocarse en la satisfacción de los requisitos del cliente y esforzarse en exceder sus expectativas. El conocimiento de las necesidades actuales y futuras de los clientes es el punto de partida en la búsqueda de la excelencia”³ (Algora M., Auliso R; Gonzales A., et al. Prácticas de Gestión que dan resultado. Editorial Grupo Magro; Montevideo: 2012.)

*El **cliente interno** es aquel que recibe el resultado o producto de determinado proceso como recurso para realizar su propio proceso.*

*El **cliente externo** es aquel que sin pertenecer a la empresa, solicita satisfacer su demanda o necesidad ya sea un bien o servicio.*

Si la Unidad de recursos materiales a estudiar es un economato de Servicio, el análisis de las necesidades del cliente serán determinadas por el responsable licenciado de enfermería de la Unidad.

En algunas ocasiones es el propio ecónomo que realiza todas las actividades del proceso, en ese caso, es el que debe definir éstas necesidades, entonces su cliente externo es el propio usuario y su cliente interno es el servicio.

En el caso de que la gestión se realice para varios servicios, o para todo el Hospital, los clientes internos de la Unidad organizativa son los propios Servicios, (médicos, enfermeros y demás técnicos), pero las necesidades reales siguen partiendo del cliente externo que sería el usuario.



Figura 3.

Para conocer las necesidades del cliente, usuario es importante realizar una caracterización de acuerdo a variables como sexo, edad, diagnóstico médico, complejidad de atención, niveles de dependencia de cuidados, presencia de acompañantes, días de internación.

2.1.2 Planta física e Infraestructura:

Se entiende por planta física las características higiénico edilicias y ambientales donde se desarrollan las actividades logísticas desde la recepción a la distribución de materiales.

Incluye listado de locales y superficies, ubicación dentro del edificio, concentrada en un área o distribuída por diferentes sectores.

Es necesario describir en la organización si se trata de un almacén central desde donde se distribuyen los insumos a otros almacenes o economatos periféricos; y describir el que tiene a su cargo.

La descripción incluye metros cuadrados, disposición, tipo de ventilación natural o artificial de iluminación natural o artificial, con protección de luminarias, piso regular y lavable, zócalo sanitario o no. Grifería y artefactos, tipo de estanterías para el almacenamiento de Insumos, tipo de almacenamiento.

Sub áreas definidas dentro del almacén: recepción de mercadería, armado de pedidos, entrega de pedidos.

Descripción del área administrativa.

Señalización e identificación de las diferentes áreas.

Presencia de lavabo de manos con implementos acordes.

Tipo de circulación, definición de la circulación del área.

Características del almacén o de la Unidad operativa:

- Según la naturaleza del producto: se almacenan productos terminados, materias primas o productos semi-elaborados, otros.
- Según la distribución logística: son temporales, de tránsito, de planta.
- Según su localización se habla de almacenes centrales, regionales y de tránsito.
- Según el proceso de manipulación: productos apilables y no apilables, carga ligera y pesada, apilables en bloque, compactos (tipo drive inn), dinámicos (tipo push pull o sistema FIFO).

2.1.3 Recursos Materiales:

Bienes de uso: aquellos que tienen una vida útil estimada superior a un año, son bienes tangibles, que se utilizan para el desarrollo de una actividad, ejemplo, maquinarias, muebles, equipos de transporte, de telecomunicaciones, médico-quirúrgicos.

Es necesario contar con un inventario de todos los equipos inventariables asignados a la unidad, incluyendo toda la información de cada equipo con sus fechas de mantenimiento preventivo realizado que están bajo su responsabilidad.

Bienes de consumo: son los destinados a satisfacer las necesidades del consumidor final, son aquellos insumos que deben ser repuestos periódicamente.

Se debe contar con el stock real de insumos almacenados, número de items y en lo posible la valuación total del material.

Un stock es el conjunto de materiales acumulados en espera de una utilización más o menos próxima, que permite a los utilizadores operar sin discontinuidad frente a posibles aumentos en los consumos previstos, atrasos en el cumplimiento de los plazos de entrega.¹

2.1.4 Normativa aplicable:

Decreto 416/2002 Normativa para la habilitación de establecimientos asistenciales. (proceduría).

Decreto 147/2017 Requisitos de buenas prácticas para el funcionamiento de los servicios de salud.

Decreto 406/1988 Prevención de accidentes de trabajo.

TOCAF - Principios del Texto Ordenado de Contabilidad y Administración Financiera en el caso de los Organismos Públicos.

Ley N° 18.172 de fecha 31 de agosto de 2007, artículo 163 - Creación de la Unidad centralizada de adquisiciones (UCA).

Decreto N° 147/009 de fecha 23 de marzo de 2009 - Procedimiento especial de contratación para la adquisición centralizada de medicamentos, insumos hospitalarios y afines. Link: <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/147-2009>.

2.1.5 Recursos Humanos de la unidad organizativa: dotación del personal involucrado en el proceso de administración de los recursos materiales, descripción del perfil del cargo, forma de selección, horario.

Descripción de la jurisdicción del economo, representación en un organigrama.

Para algunos autores, no es suficiente con formación académica o técnica apropiada, es necesario contar con una personalidad de servicio y perspectiva de crecimiento, con capacidad de autocrítica, y con la claridad mental de reconocer el impacto de las adquisiciones en los tratamientos de los pacientes.⁴

2.1.6 Sistemas de información.-

Sistema de información manual o informatizado, solicitud de pedidos, manejo del stock, control de inventarios, utilización de indicadores.

El sistema de información debe permitir tomar decisiones con facilidad, sobre los productos a adquirir, en que cantidad, a cual precio, a cual empresa, conocer las demoras, en cuanto tiempo se logran cubrir las demandas y cuales son las dificultades cíclicas o crónicas existentes.

2.1.7 Relación con los Proveedores:

La relación cliente-proveedor se entiende por el vínculo bidireccional, que permita la mayor cooperación del proveedor a los intereses institucionales como pieza clave en la estrategia logística.

Es necesario identificar los proveedores, conocer sus características en cuanto a cumplimiento, capacidad de almacenamiento, tiempo de respuesta.

Se debe contar con un procedimiento de selección, seguimiento y evaluación de proveedores.

Conocer las instalaciones de los proveedores cuando sea necesario, ellos van a formar parte en el diseño de nuestra estructura logística y a menudo colaboran en dimensionar nuestros consumos y se alinean a los objetivos institucionales.

2.2. Procesador

Aquí se explicita el proceso de administración de los RRMM desde su previsión, adquisición, recepción, almacenamiento, distribución y control. Se inicia con la aparición de la necesidad, y termina con la distribución y utilización del bien por el consumidor final.-

2.2.1 Gestión de Previsiones:

Generalmente las provisiones o determinación de necesidades se realiza alineada a los objetivos y metas institucionales que se quieren lograr en un período de tiempo determinado, un año es lo habitual.

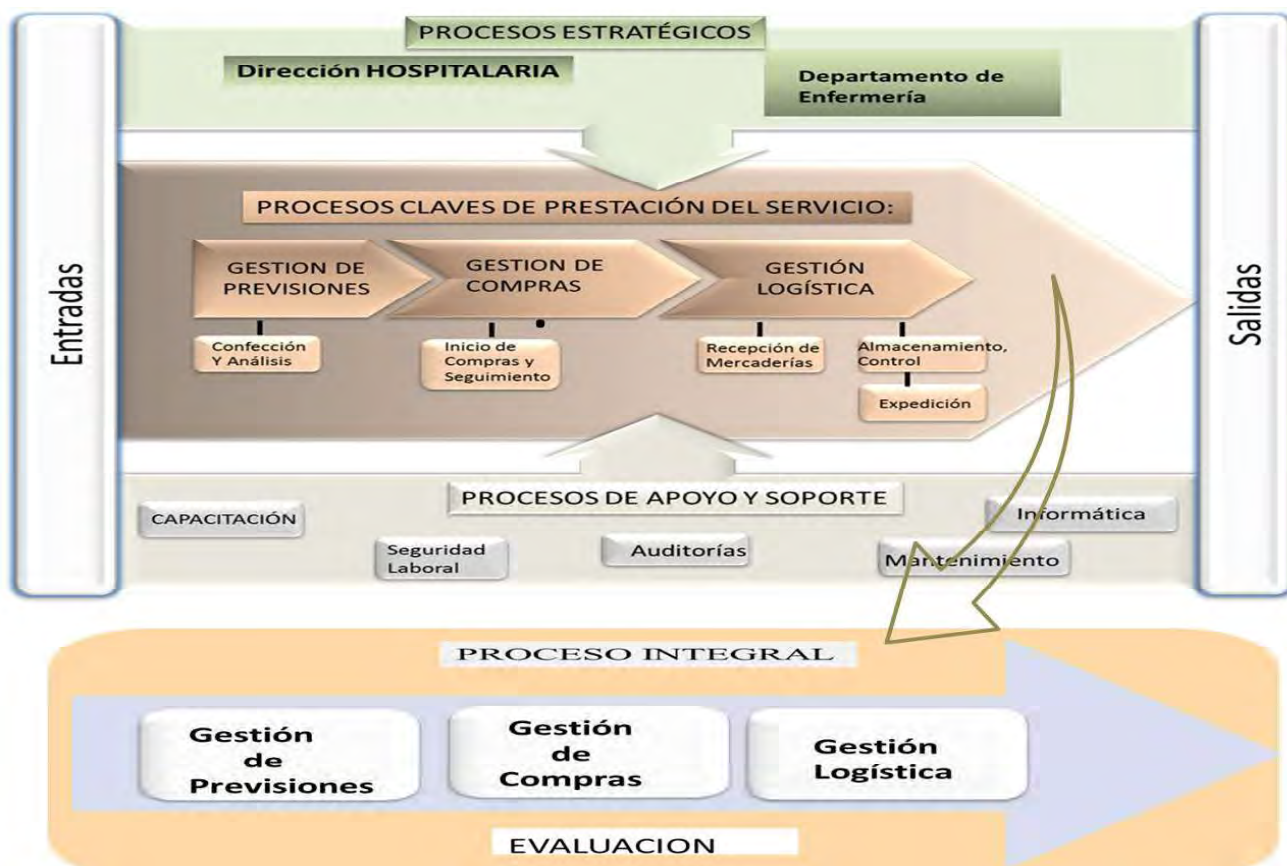


Figura 4.

Para lograr un correcto modelo en el acceso de materiales, es necesario una cadena logística equilibrada y en armonía, pero habitualmente en el momento del análisis, nos encontramos con un esquema de embudo, donde el cuello, refleja un enlentecimiento en el control del lead-time (tiempo de respuesta); desde el momento del reconocimiento de la necesidad, hasta la distribución y utilización del bien.

Es imprescindible realizar las previsiones con un análisis de indicadores de resultado, de consumos anuales y de control actualizado del stock.

Es necesario establecer un **modelo de previsiones** basado en el conocimiento de los siguientes elementos:

- Consumo histórico y estadísticas de consumo: es fundamental conocer las tendencias de consumos de los insumos y su variación según épocas estacionarias.
- Es recomendable que ese consumo sea evaluado de forma periódica, puede ser trimestral, y ser retroalimentado por los Servicios para poder reprogramar la planificación de compra.
- Stock actual: es el conocimiento de las existencias actuales del almacén, número de items y su valuación económica.
- Procedimientos de compra en curso: tienen la información de los productos que están próximos a ser adquiridos.
- Análisis de los indicadores propios de la caracterización de los usuarios a nivel Institucional y las necesidades manifestadas por los servicios.

Si fuese necesario se puede realizar entonces un pronóstico de demanda cuantitativa, estimar las cantidades necesarias de cada bien.

La **estimación cuantitativa** requiere de los siguientes pasos:

- 1) Determinación de la demanda
- 2) Nivel o margen de seguridad.
- 3) Costo del nivel de seguridad
- 4) Cantidad a adquirir.

Esquema de Embudo en la Cadena Logística para la Adquisición de Bienes

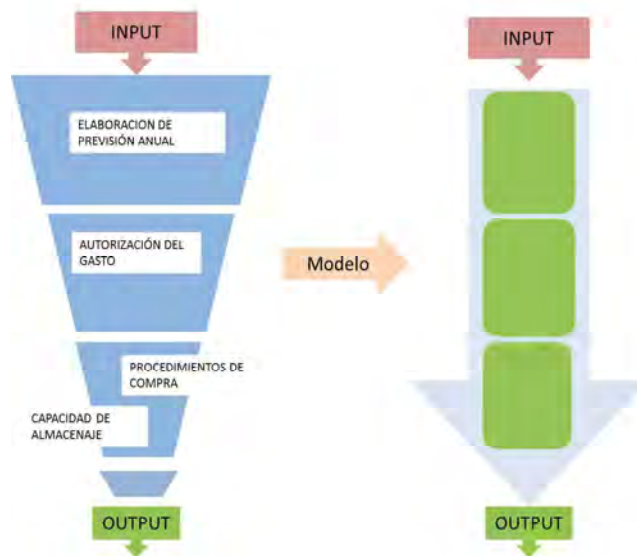


Figura 5.

Determinación de demanda

Para los bienes de uso, se realiza la estimación de acuerdo a su función; si es necesario un incremento o su reposición.

Se debe contar con un listado actualizado de todos los equipos del servicio, con sus fechas de mantenimiento preventivo y las responsabilidades de quienes lo realizan.

Para los bienes de consumo se debe conocer el consumo histórico, establecer estándares de consumo o utilizar analogías con otros servicios similares.

Determinación del Nivel de Seguridad:

Determinar las reservas necesarias para no interrumpir el abastecimiento de los programas asistenciales cuando estamos frente a:

Demora en las entregas por parte de los proveedores.

Demora en la recepción definitiva de los materiales.

Aumento del ritmo de consumo (excepción).

Determinación del costo del Nivel de Seguridad:

Se aplican fórmulas matemáticas que relacionan los costos con el tiempo en días de la gestión.

El stock de seguridad se refiere al stock mínimo suficiente para abastecer las necesidades de productos, sin quiebre de la cadena de suministros.

Para calcular el stock de seguridad es necesario tener en cuenta varios factores, como son plazo de entrega de los pedidos, abastecimiento de los proveedores, desviación estándar de la demanda, imprevistos planificados por ejemplo por enfermedades estacionales.

Un stock de seguridad excesivo, genera pérdidas económicas porque sufren daños, caducan, se vuelven obsoletos y generan mayor costos de almacenamiento.

Determinación de las Cantidades a adquirir:

Determinación del Requerimiento básico (RB)¹

Se realiza calculando las cantidades a adquirir, sin considerar las existencias acumuladas:

$$RB = \frac{CE \times (TG) + (TO)}{360}$$

CE= Cantidades estimadas

TG= Tiempo de gestión: tiempo en días para el cual se calcula la previsión.

TO= Tiempo de obtención

Ejemplo: CE = 60.000 pares de guantes

TO= 180 días

TG= 360 días

$$RB = \frac{60.000 \times (360+180)}{360} = 90.000$$

Para todo el proceso es conveniente la utilización de la **Catalogación y Normalización** de productos, propuesta por la Agencia de Compras y Contrataciones del Estado, a la cual se accede a través del siguiente link: <http://comprasestatales.gub.uy/sicepublic/SearchCatalogPublic.iface>.

La Normalización es el procedimiento de selección (por razones técnicas, económicas o funcionales) de un bien determinado, entre otros de la misma especie, clase o modelo. La Normalización permite: definir materiales de uso o consumo común, evitar duplicaciones en las compras, establecer una nomenclatura común, definir especificaciones de los objetos de compra.

Ejemplo: gestionar los insumos por familias, clasificadas:

Material médico quirúrgico de uso común, que ingresa por centro de materiales.

Material médico quirúrgico exclusivo de cada servicio.

Material de higiene ambiental y productos químicos.

Telas, mercería, tapicería, peluquería.

Material odontológico.

Material de laboratorio.

Equipamiento médico, eléctrico, de oficina, y otros.

El catálogo de Agencia de compras y contrataciones del Estado es un sistema de catálogo único de productos, artículos, servicios y obras que se encuentra unificado por código de artículo, sinónimo, atributo, familia, clase, subclase, variante, etc, y todas las características que lo definen como único con el fin de establecer criterios comunes.

1.1.2 Gestión de Adquisición y Compras:

Las compras deben ser planificadas, en base a las previsiones y el presupuesto asignado.

Identificar quienes son los responsables del proceso de compras, en el ámbito sanitario, usualmente las compras suelen estar centralizadas y hay personas responsables de confeccionar los planes de compra en base a las previsiones realizadas y al presupuesto asignado y aprobado.

Es importante que usted identifique que área realiza ésta tarea (en caso de que no lo haga la misma persona), y describa los pasos que siguen para la adquisición de los bienes.

Recordar que preveer no es sinónimo de tener; es sólo pensar con anticipación para evitar deterioro, sobreexistencia o carencia de insumos.-

Si la Institución es pública o privada estarán disponibles los diferentes procedimientos para la obtención de los productos:

A nivel público:

A) Por Llamados de la Unidad Centralizada de Adquisiciones (UCA), dependiente del Ministerio de Economía y Finanzas..

Su objetivo es adquirir alimentos, medicamentos, insumos médicos y afines, por cuenta y orden de todos organismos estatales.

Asegura transparencia, agilidad en las compras, rápido y ágil abastecimiento y precio ajustados a los valores del mercado.

B) Por procedimientos de compra propios (con tiempos administrativos extensos)

Se rigen por Agencia de compras y contrataciones del Estado El Art. 33 del TOCAF establece el tipo de procedimiento según el monto de la contratación:

a) límite máximo para la compra directa común (art.33 Lit.B)=\$ 471.000 (trescientos setenta y nueve mil pesos).

b) límite máximo de compra directa ampliada (art.44) y mínimo para la remisión obligatoria de información (art.48) y arrendamiento (art.40)= \$ 1.412.000 (un millón ciento treinta y ocho mil pesos).

c) límite mínimo para intervención obligatoria de la Comisión Asesora de Adjudicaciones (art.66) y para la aplicación de reglamentos o pliegos de uso obligatorio (art.47)= \$ 2.825.000 (dos millones doscientos setenta y cinco mil pesos).

d) límite mínimo para exigir garantía de cumplimiento de contrato (art.64)=

\$ 3.766.000 (tres millones treinta y cuatro mil pesos).

e) límite máximo de licitación abreviada (art.33 Lit. A) y para el plazo de cinco días para la intervención del Tribunal de Cuentas de la República para los organismos comprendidos en el artículo 44 (art.124) y mínimo para exigir garantía de mantenimiento de oferta (art.64)= \$ 9.416.000 (siete millones quinientos ochenta y cinco mil pesos).⁵

En esta etapa deben respetarse todos los principios establecidos por el TOCAF: flexibilidad, publicidad, razonabilidad, delegación, ausencia de ritualismo, materialidad frente al formalismo, veracidad salvo prueba de lo contrario, transparencia, buena fe.⁶

Dentro de la etapa de adquisición y compra de los bienes, es fundamental la realización de las **especificaciones** técnicas del producto que se necesita; cuánto más clara, detallada y exquisita es la especificación, más posibilidad de contar con un producto de calidad, incluso se puede recurrir a la normatización nacional o internacional del producto, es decir que cuente con certificaciones técnicas de las Organizaciones que se estimen convenientes.

Es recomendable además realizar un estudio de mercado del producto que se desea adquirir, proveedores que lo comercializan, diferentes variantes del insumo que hay en plaza, y posibilidad de cumplir con las especificaciones técnicas que se están planteando.

Otras variables a tener en cuenta en el momento de comprar son las condiciones especiales del producto a adquirir: empaque, entregas periódicas, garantías, controles de calidad del producto.

2.2.3 Gestión Logística:

Para la recepción, control y almacenamiento de los insumos recibidos es necesario contar con un área administrativa de apoyo.

2.2.3.1 Recepción de Mercadería:

En el momento de la recepción de mercadería se debería realizar una inspección del producto, recibir la cantidad correcta, con la calidad solicitada según los requisitos de la compra, en el tiempo establecido, corroborar el peso del producto (bolsas que se compran por kilo), y en el caso de productos químicos, el control de calidad de concentración que cada Institución establezca (ejemplo concentración del hipoclorito de sodio).

Como requisito general se debe recibir la mercadería utilizando algún sistema de muestreo, es decir se evalúa la calidad de una muestra del producto que se recibe, corroborando que cumpla con los requisitos exigidos en el momento de realizar la compra.

Una vez que el producto ingresa al área de almacenamiento, es imprescindible tener registro del producto, fecha de vencimiento y lote, recordar que al aceptar la mercadería, pasa a ser propiedad del hospital.

Es recomendable un sistema informático que le dé soporte y respaldo a todo el proceso.

No se deberían aceptar productos con fechas de vencimiento menores a 6 meses mínimos, esos requisitos se pueden establecer en el propio procedimiento de compras.

El área de recepción de mercaderías debería ser cómoda, segura, con espacio suficiente para la descarga de los productos. El horario de recepción debe ser amplio y finalizar con el tiempo suficiente para cumplir con tareas administrativas de cierre.

La persona que recepciona debe contar con una copia de las especificaciones de los productos que se solicitaron, así como una copia de la orden de compra, donde deberá corroborar que se está recibiendo exactamente lo que está solicitado, sin variaciones.

2.2.3.2 Almacenamiento.

Se refiere al conjunto de actividades que aseguren mantener la calidad de los insumos durante su custodia o permanencia en el almacén, garantizando condiciones de seguridad establecidas por el fabricante.

El almacenamiento definido como el área física dónde se realiza el flujo de insumos coordinando recursos humanos y logísticos para regular el ingreso y egreso de la mercadería, debe estar caracterizado según.

Funciones del Almacén:

- Recepción de mercancía y su verificación;
- Transporte interno (entre distintas zonas del almacén).
- Almacenaje y custodia.
- Preparación de pedidos y la consolidación de cargas.
- Expedición de mercadería.
- Gestión e información relativa a stocks, flujos, demanda, etc.
- Balances, conteos parciales y conteos sorpresivos.

Diseño del Almacén:

Lograr el mejor aprovechamiento del espacio, reducir la manipulación de la mercadería al máximo, tener fácil acceso al producto, facilidad para el conteo y control de lo almacenado, máximo índice de rotación posible.

Condiciones de Almacenamiento:

Para las condiciones del Almacenamiento se recomienda:

Organizar los productos por códigos y nombres; con fechas de vencimiento. Controlar las condiciones ambientales con un termohigrómetro de temperatura y humedad con sus registros correspondientes.

Estanterías de carga manual con rótulo del peso máximo de carga por nivel de estante.

Utilizar el sistema FIFO (First in First out), contar con un sistema informático que avise frente a un nivel de seguridad mínimo.

Utilizar pallets de plástico, eliminar el uso de cajas de cartón, ningún material en el suelo, y no colocar material cercano a las fuentes de luz. Realizar estiva de forma vertical para reducir espacio, y mantener distancia no menor a 20 cm del techo.

Control de insectos y roedores.

Definición y señalización de Areas:

La expedición de la mercadería también debe contar con un área específica dentro del almacén, área de despacho de pedidos, donde se pueda realizar un chequeo previo a la entrega de la mercadería que sale.

2.2.3.3 Aspectos Administrativos Documentados:

Control de inventarios: según la Real Academia Española, inventario es “el asiento de los bienes y demás cosas pertenecientes a una persona o comunidad, hecho con orden y precisión”.

Inventario sería el registro escrito o informático de todos los bienes materiales pertenecientes al economato, al almacén, a la dependencia pública o privada.

El inventario muchas veces se realiza al final de cada período anual, o de forma trimestral o semestral.

El inventario consiste en el conteo de todos los productos del almacén, incluyendo las fechas de vencimiento y control de lotes.

Se pueden planificar conteos parciales de insumos de forma periódica, donde se pueden elegir al azar los insumos a controlar o se puede confeccionar una lista de productos, por ejemplo con los insumos más caros, o más sensibles a variaciones de seguridad de producto.

El Stock o las existencias son los productos o bienes que dispone la organización para el cumplimiento de objetivos en un determinado tiempo, el inventario es el documento.

Stock mínimo: se entiende a la cantidad de un producto por debajo del cual no se debe descender (especie de alarma)². (Diego Ayuso y Muriello)

Stock de seguridad: cantidad de un producto necesaria para poder atender las necesidades del hospital contemplando el tiempo requerido para lograr su reposición.

Control de vencimientos.

Control de fugas y averías, prevención de pérdidas.

Rotación del producto.

Trazabilidad del insumo si se requiere.

Control documentado de entradas, salidas, préstamos, bajas por rotura o vencimientos.

Reporte de devolución de productos y sus motivos.

La baja de los productos vencidos o deteriorados debe estar documentada.

Manejo de residuos: el descarte, transporte y disposición final de los residuos debe estar documentada, según las características del producto (material de empaque, productos químicos, material biológico en el caso por ejemplo de los stent con droga).

2.2.4. *Distribución:*

Es necesario contar con un procedimiento escrito de distribución del material que especifique las frecuencias establecidas, los horarios, formas de solicitudes, cronograma de entregas.

La distribución tiene definida la ruta de forma clara y precisa, y debe ser conocida por todos los integrantes del equipo.

1.2 **Salidas del sistema. (Expresados en resultados esperados)**



Figura 6.

2.3.1 Medición de satisfacción del cliente interno y externo.

2.3.2 **Planta Física:**

Informe anual de requerimientos de mejora de la Infraestructura.

2.3.4 **Recursos Materiales:**

N° de Pedidos abastecidos.

N° de pedidos abastecidos

N° de pedidos solicitados

N° de productos con fallas

N° de items del almacén.

Valuación total del almacén.

N° de balances anuales realizados.

porcentaje de error de cada balance.

Valuación del stock de seguridad.

N° de items con quiebre de stock.

N° de mantenimiento preventivo de equipos realizados.

Evaluación de buenas prácticas de almacenamiento.

Manejo del residuo.

2.3.5 **Recursos Humanos:**

Evaluación de desempeño del talento humano.

2.3.6 **Sistemas de Información:**

Reporte estadístico general de acuerdo a Indicadores establecidos.

Auditorías.

Resultados de conteos sorpresivos

2.3.7 **Proveedores.**

Evaluación de proveedores.

Finalizada la etapa diagnóstica de la unidad organizativa de recursos materiales en estudio, es recomendable culminar el análisis con un FODA, estableciendo las fortalezas, oportunidades, debilidades y amenazas que se lograron detectar.

Reflexión:

La transformación de los datos en información es una poderosa herramienta de trabajo, establecer un método para el conocimiento de la realidad intentando realizar una captura instantánea de la misma es el punto de partida para identificar y conocer los procesos, medirlos y así poder mejorarlos con aspiraciones matizadas de excelencia.

Se espera que la guía de aproximación diagnóstica sea una herramienta facilitadora al momento de pensar en la administración de los recursos materiales con eficacia y eficiencia, teniendo como objeto central el cuidado del usuario.

Referencias Bibliográficas:

1. Villar H. "Gestión de Servicios de Salud". Montevideo: Renee Ferraro, 2009.
2. Ayuso Murillo D, Grande Sellera RF. La Gestión de Enfermería y los Servicios Generales en las Organizaciones Sanitarias. España: Ediciones Diaz de Santos, 2006.
3. Algorta M, Auliso R, Gonzalez A, Mandirola N, Miles J, Sorondo A, Zeballos F. Practicas de Gestión que dan resultado. Montevideo: 3° Edición, Grupo Magro Editores, 2015
4. Malagón L, Galán M, Pontón L. "Administración Hospitalaria". Colombia: 3° edición, Editorial Médica Paramericana, 2008.
5. Instituto Nacional de Estadística. Montos Límites de las Adquisiciones Estatales (TOCAF), Montevideo: 2019. Disponible: <http://www.ine.gub.uy/documents/10181/30917/TOCAF+Enero+-+Diciembre+2019/1ffb-17cb-0d96-4d2d-b366-eab893a244b9> Consulta: [20 ago 2019].
6. Texto Ordenado de Contabilidad Financiera. (TOCAF), Montevideo: actualizado Junio 2019, disponible en <https://www.tcr.gub.uy/normativas.php?cat=27> Consulta: [20 ago 2019].

Bibliografía

7. Ballesteros Bayardo H, Vitancourt Vitancourt AM., Sanchez Puñales SD. "Bases científicas de la Administración". México: Mc Graw-Hill, 1997.-
8. OPS-OMS- Modelo de Gestión Integral de Suministro de Medicamentos e Insumos de Salud. San Salvador, El Salvador: 2012. Disponible en: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&alias=1176-modelo-de-gestion-integral-de-suministro-de-medicamentos-e-insumos-en-salud&category_slug=medicamentos&Itemid=364 [consulta: 15 ago 2019].
9. Balderas M. "Administración de los Servicios de Enfermería" México: 7° edición Mc Graw Gillm, 2015.

Importancia de la enseñanza de bioseguridad en entrenamiento técnico de enfermería: informe de experiencia

Importance of biosecurity teaching in the training of nursing technicians: experience report

Importância do ensino de biossegurança na formação de técnicos em enfermagem: relato de experiência

¹Thainan Alves Silva, ²Stela Almeida Aragão, ³Miriane Bispo de Andrade, ⁴Bárbara Santos Ribeiro

Resumen:

Introducción: Los cursos que capacitan a profesionales de la salud requieren que los estudiantes puedan correlacionar la teoría con la práctica, con el objetivo de minimizar los riesgos inherentes a la práctica profesional. Por lo tanto, la enseñanza de la bioseguridad en estos cursos es esencial para la formación de estos profesionales. **Objetivo:** Informar la pasantía de una clase del curso de Técnico en Enfermería que aborda la importancia de enseñar y adoptar buenas prácticas de bioseguridad en el laboratorio de enfermería. **Metodología:** Este es un informe de experiencia de un maestro del curso de Técnico de Enfermería de un Centro Territorial para la Educación Profesional (CETEP), basado en clases prácticas de procedimientos de enfermería que se llevan a cabo en el propio laboratorio de CETEP, que comenzó el día 17 de mayo de 2018 y finalizó el 18 de junio del mismo año, totalizando 60 horas. **Resultados y Discusión:** Durante la pasantía, las actividades fueron abordadas y realizadas por el equipo de enfermería, tales como: signos vitales y medición de glucose en sangre capilar; vendaje, veno punción periférica; administración de drogas, etc., utilizando medidas de bioseguridad para la prevención de accidentes. **Conclusión:** El estudio permitió verificar la importancia de la enseñanza de la bioseguridad en los cursos de Técnico de

¹Thainan Alves Silva, Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: alves.thainan@outlook.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8930-9044>

²Stela Almeida Aragão, Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: aragaostela@gmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6311-7105>

³Miriane Bispo de Andrade, Enfermeira pela Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: mirianeandrade@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4645-1432>

⁴Bárbara Santos Ribeiro, Enfermeira, Mestre e Doutoranda em Ciências da Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (PPGES/UESB). Jequié, Bahia, Brasil. E-mail: barbara_ribeiro2@hotmail.com. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3950-0374>

Enfermería, demostrando que la capacitación del estudiante de bioseguridad minimiza los riesgos y promueve una práctica más segura durante el proceso de enseñanza-aprendizaje, así como en la práctica profesional.

Descriptor:

Enfermería, Bioseguridad, Docencia.

Abstract:

Introduction: The courses aimed at the formation of professionals who will work in the health areas increasingly require the student to be able to correlate theory with practice, aiming at minimizing the risk inherent in professional practice. Thus, the teaching of biosafety for health courses is essential for training health professionals, especially those who are part of the nursing team, since it is this class that is in constant contact with the patient performing complex actions. **Objective:** To report the internship of a class of the Nursing Technician course addressing the importance of teaching and adopting good biosafety practices in the nursing laboratory. **Methodology:** This is an experience report by a teacher of the Nursing Technician course of a Territorial Center for Professional Education (CETEP), based on practical classes of nursing procedures held in CETEP's own laboratory, which began on the day May 17, 2018 and ended June 18 of the same year, totaling 60 hours. **Results and Discussion:** During the internship, activities were taught and performed by the nursing team, such as: vital signs and capillary blood glucose measurement; dressing, peripheral venipuncture; drug administration etc, using biosecurity measures for accident prevention. **Conclusion:** The study made it possible to verify the importance of biosafety teaching in Nursing Technician courses, showing that the biosafety student's training minimizes the risks and promotes a safer practice during the teaching-learning process, as well as in the professional practice.

Key words:

Nursing, Biosafety, Teaching.

Resumo:

Introdução: Os cursos que formam profissionais de saúde exigem que o discente consiga correlacionar a teoria com a prática, visando à minimização dos riscos inerentes ao exercício profissional. Deste modo, o ensino da biossegurança nesses cursos é imprescindível para formação desses profissionais. **Objetivo:** relatar o estágio de uma turma do curso Técnico em Enfermagem abordando a importância de ensinar e adotar boas práticas de biossegurança no laboratório de enfermagem. **Metodologia:** Trata-se de um relato de experiência vivenciado por uma docente do curso Técnico em Enfermagem de um Centro Territorial de Educação Profissional (CETEP), oportunizada a partir das aulas práticas dos procedimentos de enfermagem realizadas no laboratório do próprio

CETEP, iniciadas no dia 17 de maio do ano de 2018 e finalizadas no dia 18 de junho do mesmo ano, totalizando 60 horas. **Resultados e Discussão:** Durante a realização do estágio foram abordadas e executadas atividades que são de responsabilidade da equipe de enfermagem, tais como: aferição de sinais vitais e glicemia capilar; curativo, punção venosa periférica; administração de medicamentos etc, utilizando medidas de biossegurança para a prevenção de acidentes. **Conclusão:** O estudo possibilitou verificar a importância do ensino da biossegurança nos cursos de Técnico em Enfermagem, evidenciando que a capacitação do discente em biossegurança minimiza os riscos e promove uma prática mais segura tanto durante o processo de ensino-aprendizagem, quanto no exercício profissional.

Palavras-chave:

Enfermagem, Biossegurança, Ensino.

1 Introdução

A Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) conceituou o termo biossegurança como sendo “condição de segurança alcançada por um conjunto de ações destinadas a prevenir, controlar, reduzir ou eliminar riscos inerentes às atividades que possam comprometer a saúde humana, animal e o meio ambiente”¹.

Dessa forma, a adoção desse conjunto de ações assegura os princípios determinados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e pelas políticas governamentais voltadas para a saúde de trabalhadores e população em geral, através da contribuição indiscutível para a manutenção da qualidade dos serviços prestados, bem como promoção e proteção da saúde dos cidadãos¹.

Os profissionais de saúde, principalmente os que fazem parte da equipe de enfermagem estão expostos a riscos diversos em relação às suas atividades laborais nas instituições de saúde. Esses riscos são classificados em: biológicos, físicos, químicos, mecânicos e ergonômicos, podendo evoluir para patologias de ordem ocupacional. Assim, a adoção de atitudes que vão de encontro com os princípios e regras de biossegurança

podem culminar em consequências catastróficas tanto para profissional que presta os cuidados, quanto para seus pacientes².

A realização de práticas de biossegurança está intimamente relacionada com o conhecimento acerca desse assunto, fato que torna a formação e capacitação profissional estratégias eficazes para um exercício profissional seguro. Nesse sentido, as instituições que são responsáveis pela formação de profissionais da saúde, têm o dever de promover a sensibilização dos indivíduos, enquanto discentes, sobre a importância de conhecer as boas práticas de biossegurança nos espaços de ensino, uma vez que é nesse ambiente que a realidade da práxis do profissional em Enfermagem pode ser transformada³.

Contudo, é possível observar que os discentes, apesar de deter algum conhecimento teórico sobre as formas e procedimentos de promoção da biossegurança, ainda não são totalmente capazes de conter acidentes durante os estágios nos laboratórios e nas instituições de saúde, o que corrobora ainda mais para a necessidade de investimentos constantes na inserção do con-

2 Metodología

teúdo de biossegurança durante o processo de ensino-aprendizagem sensibilização quanto à importância da adoção dessas medidas protetivas⁴.

Diante desse cenário, o ensino da biossegurança se configura como mecanismo indispensável para auxiliar o futuro profissional de saúde, em especial os que vão compor a equipe de Enfermagem, no tocante ao manejo de situações que possam colocar suas vidas em risco e/ou a vida dos sujeitos cuidados⁵.

Dessa forma, esse relato se justifica sob diferentes aspectos, uma vez que aborda e discute um tema fundamental para a formação do profissional de Enfermagem, além de evidenciar a necessidade de transitar a teoria para a prática cada vez mais cedo, com a finalidade de evitar a frustração do discente e minimizar o ingresso desse profissional no mercado de trabalho sem o domínio prático das habilidades indispensáveis para o bom desenvolvimento das atividades que são de responsabilidade da profissão. Somado a esses fatores, o presente relato ainda fomenta a cultura de segurança nas instituições de ensino e de saúde.

Diante do exposto, a questão norteadora foi a seguinte: Quais são as repercussões do ensino e adoção de boas práticas de biossegurança durante o estágio do curso Técnico em Enfermagem no laboratório de enfermagem? A partir desse questionamento, o objetivo foi: Descrever o estágio de uma turma do técnico em enfermagem abordando a importância do ensino e adoção de boas práticas de biossegurança no laboratório de enfermagem.

Trata-se de um relato de experiência descritivo, analítico e observacional vivenciado por uma docente do curso Técnico em Enfermagem de um Centro Territorial de Educação Profissional (CETEP) localizado em um município do interior da Bahia, oportunizada a partir das aulas práticas dos procedimentos de enfermagem realizadas no laboratório do próprio CETEP.

Essas aulas práticas caracterizam o estágio que os discentes do curso Técnico em Enfermagem precisam concluir para obterem conhecimento prático acerca das atividades desenvolvidas por eles em instituições fora do centro, como nos postos de saúde e hospitais vinculados ao processo de formação profissional. Vale ressaltar que eles são supervisionados por docentes com formação superior no curso de Enfermagem.

O estágio em relato se iniciou no dia 17 de maio do ano de 2018 e foi finalizado no dia 18 de junho do mesmo ano, totalizando 60 horas. Essa carga horária é exigida pela coordenação do curso para que eles possam iniciar os estágios subsequentes fora do CETEP e em contato com a população.

A turma de estágio era composta por 12 discentes de ambos os sexos e idades que variavam entre 16 e 37 anos e que cursavam o 3º Semestre na modalidade Educação Profissional Subsequente ao Ensino Médio (PROSUB) ou o 3º ano do Ensino Médio na modalidade Educação Profissional Integrada ao Ensino Médio (EPI) do referido curso técnico e que já haviam passado pelas disciplinas Fundamentos de Enfermagem e Higiene, Profilaxia e Biossegurança, assim, eles já tinham conhecimento teórico acerca das normas e procedimentos de biossegurança

para contenção de acidentes decorrentes do desenvolvimento das atividades dentro do laboratório e posteriormente, nas instituições de saúde.

Durante o estágio no laboratório foram executadas atividades que são de responsabilidade dos Técnicos em Enfermagem no exercício de sua profissão, para que os discentes adquirissem e aprimorassem os conhecimentos e práticas relacionadas a procedimentos de enfermagem, tais como: higienização das mãos, preparo e limpeza do leito, realização de curativos, punção venosa periférica, banho no leito, preparo e administração de medicamentos, descarte correto de materiais, aferição de sinais vitais e glicemia capilar, manuseio de materiais estéreis, dentre outros.

3 Resultados e Discussão

Na Enfermagem, o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem é caracterizado por ações teóricas e práticas, compreendendo aspectos éticos e educacionais, através da formação dos discentes visando suas habilidades psicomotoras, o que os conduzem ao manuseio dos materiais e das técnicas, contribuindo para o alívio da ansiedade; e promoção do bom desempenho em campo de prática. Assim, esse treinamento que acontece nos laboratórios de enfermagem, possibilita que o discente passe pelo estágio cognitivo do conteúdo, reduzindo a insegurança e os erros perpetrados na primeira experiência⁴.

O ambiente laboratorial exige a adoção das boas práticas de biossegurança, normatizadas pela Norma Regulamentadora de nº 32 (NR-32), uma vez que o ambiente laboratorial se configura como local que tem grande potencial de

expor os indivíduos que nele transitam a riscos de diversas origens, como por exemplo, riscos físicos, químicos, biológicos, mecânicos e ergonômicos⁶.

Contudo, apesar da exposição aos riscos decorrentes das atividades laborais seja bastante abordada e as ações desenvolvidas tenham determinação legal, para que o profissional não sofra nenhum acidente, o que se evidencia, é que na prática, muitos profissionais não agem em conformidade com o que está disposto nas normas instituídas pelo Ministério da Saúde (MS)⁷.

Os riscos aos quais os discentes estão expostos durante a realização de seus estágios curriculares na área da saúde, dentro e fora das instituições de ensino, para obtenção do diploma, são diversos. Essa premissa corrobora para a necessidade do constante esclarecimento de todos os mecanismos protetivos no que diz respeito à prática⁴.

A educação em biossegurança tem se tornado alvo por parte das instituições de ensino da área de saúde⁵. Desse modo, a adoção de Boas Práticas de Biossegurança no laboratório, para posterior reprodução nos estágios nas instituições de saúde envolvem alguns requisitos que devem ser seguidos tais como: conhecimento dos riscos existentes no local, treinamento dos procedimentos de biossegurança; seguimento das regras de biossegurança; manutenção da limpeza; uso das vestimentas adequadas, dentre outros⁶.

Dessa forma, durante o período de estágio no laboratório do CETEP, os discentes foram instruídos a adotar essas ações, pois elas os protegeriam de possíveis acidentes dentro do laboratório e dariam subsídio para uma prática segura fora dele.

Os discentes revisaram conteúdos referentes às disciplinas de Fundamentos de Enfermagem,

que orienta sobre a realização de diversos procedimentos e, conseqüentemente, também discute sobre a adoção de medidas de prevenção de acidentes relacionados à prestação do cuidado; e da disciplina de Higiene, Profilaxia e Biossegurança, que aborda conceitos e condutas relacionadas à prática segura dentro dos laboratórios e dos serviços de saúde.

No primeiro dia de estágio foram sensibilizados sobre a importância da lavagem adequada das mãos antes e após a realização de qualquer procedimento, visto que o papel da higienização das mãos é uma conduta importante na prevenção e controle das infecções em serviços de saúde⁸. Após demonstração da higienização correta das mãos com água e sabão e em um segundo momento com solução alcoólica 70%, os discentes foram instruídos a repetirem o passo a passo desse processo, a fim de fixarem todas as etapas que compreendem a higienização correta das mãos. Assim, antes de efetuarem os outros procedimentos no laboratório, eles realizavam a higienização das mãos corretamente.

Sendo assim, a assepsia básica das mãos compõe abordagem primária entre as medidas preventivas e de manejo das infecções hospitalares, sendo identificada como a ação isolada mais eficaz na redução do índice de infecções nosocomiais. Em contrapartida, a higienização incorreta das mãos causa disseminação de agentes infectantes no meio hospitalar, posto que o contágio ocorrer por meio de profissionais de saúde, quer seja pelo contato direto das mãos com o cliente, como também pela ocorrência de contato indireto com materiais ou fômites⁹.

Diante do exposto, é notório que a Enfermagem seja direta ou indiretamente evidenciada na assistência e na maior parte dos estabelecimentos de saúde, com o maior número de

profissionais, sendo de sumária importância sua ação no binômio controle-prevenção de infecções, nessa perspectiva a lavagem das mãos assume importante valor, uma vez que é este profissional que encabeça a linha de frente dos mais diversos serviços de saúde ofertado e é justamente ele que terá suas ações feitas diretamente com o cliente seja qual for sua categoria de saúde. Desse modo os conhecimentos prévios sobre tais procedimentos devem estar disponíveis desde a graduação para que sejam incorporadas desde o processo de formação até sua inclusão no mercado de trabalho, visto que é intrínseco tais procedimentos as bases curriculares em saúde¹⁰.

De acordo a Norma Regulamentadora de nº 6 (NR-6), o conceito de Equipamento de Proteção Individual (EPI) corresponde a todos os instrumentos de utilização individual com finalidade de preservar a saúde e a manutenção da unidade física do servidor, inclui luvas, aventais, proteção ocular, facial, auricular, das funções respiratórias e membros expostos Cabe ao empregador prover todos os EPIs de acordo as adequações de risco e a capacitação dos servidores quanto ao uso correto e manutenção dos dispositivos, considerando como dever obrigatório do servidor manter o uso enquanto estiver desempenhando suas funções no trabalho¹¹.

Assim, durante o estágio, também foi abordado o uso correto dos equipamentos de segurança, como os equipamento de proteção individual (luvas de procedimento e estéreis, máscaras, óculos de segurança, jaleco, avental, gorro, calçados fechados, pro pé e toucas) para a prestação de um cuidado de qualidade, tanto para quem recebe quanto para quem executa.

Diante desse contexto, os procedimentos de enfermagem como, por exemplo: realização de

curativo, banho no leito, limpeza e preparo do leito, punção venosa periférica, aferição de sinais vitais e glicemia capilar, preparo e administração de medicamentos, dentre outros, foram executados dentro das técnicas exigidas pelo Ministério da Saúde e com os equipamentos necessários para proteger os discentes.

No contexto da assistência à saúde, são utilizados distintos tipos de materiais, e estes, após seu descarte são denominados Resíduos de Serviços de Saúde (RSS). No Brasil, conforme a legislação em vigor, a gestão dos RSSs é de responsabilidade de quem os produzem; tornando obrigatório ao estabelecimento gerador, a elaboração e implantação de um Plano de Gerenciamento dos Resíduos de Serviços de Saúde –PGRSS¹².

Os RSS são divididos em cinco grupos conforme suas especificidades: grupo A (substâncias infectantes) se subdivide em mais dois subgrupos, A1 a A5; grupo B (substâncias químicas); no grupo C (resíduos radioativos); grupo D (resíduos comuns), a exemplo de plástico, papel, resíduo orgânico, metais e vidros, em função da maior parte destes resíduos serem passíveis de reciclagem, seu descarte é realizado separadamente em recipientes de cores específicas; grupo E (perfurocortantes)^{13,6}.

O descarte correto de todos esses RSSs se configura como imprescindível conjunto de procedimentos, que se relacionam à gestão, planejamento e implementação a partir de uma base legal, técnica e científica, objetivando proporcionar aos resíduos gerados pelas instituições um destino seguro e eficiente, para promover a proteção humana, a preservação ambiental e da saúde pública¹⁴.

No tocante a utilização de materiais perfurocortantes, como agulhas e bisturis, além da utilização dos equipamentos de proteção indi-

vidual, ainda houve a capacitação quanto aos seus descartes corretos, já que esses materiais pertencem ao Grupo E na classificação dos Resíduos de Serviço de Saúde (RSS).

Os RSSs são resultantes das atividades desenvolvidas por instituições que oferecem serviços de saúde, que, por suas particularidades, exigem manejos distintos, necessitando ou não de tratamento prévio a seu destino final. Dessa forma, os materiais perfurocortantes devem ser acondicionados e descartados de maneira adequada, em recipientes rígidos, resistentes à punctura, ruptura e vazamento, com tampa, identificados com símbolo internacional de risco biológico, e inscrição de “PERFUROCORTANTE”, sendo proibido o seu reaproveitamento¹³.

Além da orientação do descarte correto dos RSSs pertencentes ao Grupo E, os discentes foram orientados quanto ao descarte dos resíduos de todos os outros grupos, uma vez que, no exercício profissional eles vão se deparar com situações que exigem conhecimento sobre isso. Portanto, o manejo adequado de RSS é um dos principais fatores que auxiliam na redução da disseminação de microrganismos provenientes de materiais usados em pacientes em ambiente intra-hospitalar¹⁰.

Tendo em vista que o cuidar em saúde exige a realização de procedimentos de graus distintos de complexidade, na área da Enfermagem, por exemplo, esse fato pode ser potencializado pela exposição a inúmeros riscos durante a assistência hospitalar, visto que são desenvolvidas em um local tipicamente insalubre, propiciando a exposição de seus trabalhadores a riscos físicos, químicos, psíquicos, ergonômicos e, principalmente biológicos¹⁵.

Portanto, é imprescindível que os profissionais da saúde tenham conhecimento sobre agentes

biológicos, considerando que os maiores modos de contaminação são as mãos contaminadas em contato com a boca e olhos, e através de feridas em contato com os agentes. Sendo assim, diante do reconhecimento dos possíveis riscos, deve-se agir preventivamente, elaborando e executando medidas preventivas, e por fim, evitando doenças¹.

Nota-se então, que o ensino e a adoção de boas práticas de biossegurança no ambiente laboratorial são condutas importantes para proteger o discente durante o estágio e prepará-lo para a sua prática profissional. Portanto, a questão primordial é a garantia de que a execução de todo procedimento seja segura para os profissionais, para os pacientes e para o ambiente⁷.

4 Conclusão

Esse relato de experiência refletiu sobre as singularidades entre a formação do técnico de enfermagem enquanto futuro profissional promotor de saúde, relatando experiência em que lhes foi oportunizado adquirir conhecimentos e a vivência das boas práticas de biossegurança baseadas em evidências, a fim de prepará-los profissionalmente para executar ações com máxima segurança tanto para si quanto para o paciente, com redução considerável de danos evitáveis.

Ademais, também suscitou a necessidade do ensino da biossegurança para os Técnicos em Enfermagem, bem como necessidade de formação que prepare esses profissionais para lidar com as prováveis causas relacionadas a acidentes envolvendo riscos nos campos de estágio. Desse modo, torna-se imprescindível capacitá-los quanto aos aspectos relacionados à bios-

segurança, pois, através desta, serão capazes de minimizar eventos adversos e consolidarem as práticas seguras na atividade profissional.

O desenvolvimento desse relato também suscitou reflexões sobre como a educação tem poder transformador para a promoção de ações seguras no ambiente de trabalho. O déficit de períodos destinados à educação permanente e continuada podem corroborar para que o discente e futuro profissional desenvolva suas condutas de modo inseguro, expondo a si mesmos e sua clientela futura.

Em suma, conclui-se que; a biossegurança é imprescindível na prática do técnico de enfermagem, logo se faz necessária uma maior reflexão crítica da formação e atuação desses profissionais, para que de fato insiram-na de maneira aprofundada em campos de prática, e consequentemente, em sua atuação profissional.

Referências bibliográficas

1. Ministério da Saúde (BR). Biossegurança em saúde: prioridades e estratégias de ação / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2010.
2. Metello FC, Valente GSC. A importância de medidas de biossegurança como prevenção de acidentes do trabalho através da identificação de riscos biológicos no mapa de risco. R. Pesq.:cuid. Fundam. Online. 2012, 4(3): 2338-2348, jul./set.
3. Ribeiro G, Pires DE, Scherer MDA. Práticas de biossegurança no ensino técnico de Enfermagem. Trab. Educ. Saúde, 2016, 14(3): 871-888.
4. MaiaEM, Valente GS. Exposição a riscos biológicos no estágio curricular da graduação em enfermagem: implicações para o ensino. Rev. De Pesq.: cuidado é fundamental, 2010, 2(2): 958-967.
5. Carmo ICC, Schiavon ICA, Oliveira EC, Campos ICM. Segurança e enfermagem: reflexões sobre o ensino da biossegurança nos cursos de enfermagem. ScientiaTec: Revista de Educação, Ciência e Tecnologia do IFRS – Campus Porto Alegre, 2016, 3(2):125-138, jun/dez.
6. Ministério da Saúde (BR). Biossegurança em Laboratórios Biomédicos e de Microbiologia. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. . Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
7. Rigo AHB, Fontana RT. Educação para a biossegurança em laboratórios de Análises Clínicas. Trabalho & Educação Belo Horizonte, 2018, 27(1): 179-193.
8. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Higienização das mãos em serviços de saúde. Brasília : Anvisa, 2007.
9. Soares CMB, Miranda NM, Carvalho SM, Paixão CAP. Higienização das mãos: opinião de enfermeiros e técnicos de enfermagem de um hospital universitário de Minas Gerais. Rev Panam Infectol. 2012; 14(1):17-21.
10. Souza EC, Strelciunas ASA, Ferreira LNB, Oliveira KCPN. Conhecimento sobre a higiene das mãos de estudantes do curso de enfermagem. São Paulo: Revista Recien. 2017; 7(21):41-48.
11. Suarte HAM, Teixeira PL, Ribeiro MS. O uso dos equipamentos de proteção individual e a prática da equipe de enfermagem no centro cirúrgico. Rev Científica do IT-PAC Araguaína, 2013; 6(2): 1-8.
12. Sodr e MS, Lemos CF. O CENÁRIO DO GERENCIAMENTO DOS RESÍDUOS DESERVIÇOS DE SAÚDE NO BRASIL. 2017, Anais do 8º Forum Internacional de Resíduos Sólido. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/a18a/d5ce-670b9c2288cdb9ba80bd218391a9e310.pdf>> Acesso em: 22 de dezembro de 2019.

13. Ministério da Saúde (BR). Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Resolução RDC nº 306, de 7 de dezembro de 2004/ Agência Nacional de Vigilância Sanitária. – Brasília : Anvisa, 2004.
14. Costa WM, Fonseca MCG. A importância do gerenciamento dos resíduos hospitalares e seus aspectos positivos para o meio ambiente. *Hygeia*, 2009, 5(9): 12 - 31, dez.
15. Silva CDL, Pinto WM. Riscos ocupacionais no ambiente hospitalar: fatores que favorecem a sua ocorrência na equipe de enfermagem. *Rev Saúde Coletiva em Debate*, 2012; 2(1): 62-69.

Enfermería, patriarcado y sociedad: la lucha público-privada que es ahora

Nursing, Patriarchy and Society:
The Public-Private Fight That is Now

Enfermagem, patriarquia e sociedade:
a luta público-privada que está agora

Ricardo Ayala¹

Resumen:

Esta editorial abre el presente volumen con una reflexión sobre las inequidades. Desde una perspectiva masculina, Ricardo Ayala reflexiona sobre la construcción de las inequidades de género en la enfermería, las cuales resultan de las jerarquías sociales internas de la profesión. Para poder cambiar los patrones de segregación, es necesario primero comprenderlos.

Resumo:

Este editorial inaugura o volume atual com uma reflexão sobre as desigualdades. Na perspectiva masculina, Ricardo Ayala reflete sobre a construção das desigualdades de gênero na enfermagem, que surgem das hierarquias sociais da profissão. Para poder mudar os padrões de segregação, precisamos primeiro entendê-los.

Abstract:

This guest editorial inaugurates the current volume by reflecting on inequalities. From a male perspective, Ricardo Ayala reflects on the construction of gender inequalities in nursing, which arise from social hierarchies within the profession. To be able to change patterns of segregation, we first need to understand them.

¹PhD
Postdoctoral Research Fellow
Centre for Health & Demographic Research
Department of Sociology
Ghent University
RicardoAlexis.AyalaValenzuela@UGent.be
<https://orcid.org/0000-0001-7840-1072>

Nos tocó vivir en una era de notoria intolerancia a las inequidades, a los privilegios y a la corrupción. Qué fortuna que así sea. Mientras recientemente conmemoramos el 8M con sus distintas expresiones a lo largo y ancho del mundo, varios antecedentes nos hacen volver la mirada directamente hacia la enfermería. La enfermería estuvo y sigue estando entre las más icónicas de las profesiones femeninas, tanto por representar un sector de servicios valorado socialmente, como por su demografía. Asimismo, es un grupo profesional que creció junto a una de las profesiones patriarcales más poderosas del Siglo XX. Ningún hombre que haya practicado la enfermería, aún de manera transitoria, puede ser insensible a los pesares y angustias del ser mujer en un mundo dominado por hombres¹.

El movimiento del 8M es algo serio. Podríamos defender la pintura de las paredes. O tratar de entender el patriarcado. El movimiento por el derecho a elegir los gobernantes, por ejemplo, algo que fue el baluarte de la primera oleada del feminismo, no hizo sino llevar a hombres y mujeres a una igualdad de opinión en la vida cívica, una igualdad que había sido negada en función de creencias propagadas por las élites masculinas del mundo científico y político. Aunque marcado por una era *partidocrática*, en no pocos países las asociaciones de enfermeras hicieron parte de ese movimiento, generalmente liderado por las mujeres de la élite, quienes tenían el tiempo (y el dinero) para participar en política. Recordemos que las enfermeras de la época estaban entre las pocas agrupaciones femeninas con acceso a estudios universitarios y, por ende, a cierta libertad económica que les permitía abstenerse, si lo deseaban, del matrimonio como un futuro digno y materialmente favorablemente. Convertirse en profesional, y además sufragista, rompía en más de una forma con las expectativas de la política cultural sobre la mujer.

Pero los problemas materiales continuaron, en especial respecto a las diferencias salariales entre profesiones masculinas y femeninas. 'Hace unos cuarenta años, cuando llegábamos las alumnas a la clínica, la profesora S.A. nos enseñaba cómo atraer las miradas de los internos de medicina, a algunas hasta nos mandaba a hacer dieta', me confesó alguien que ahora es docente universitaria en una entrevista de campo un par de años atrás². Durante el mismo trabajo de terreno, otra docente me explicaba que durante la vida hospitalaria se forma una competencia tácita entre doctoras y enfermeras por atraer al 'mejor' candidato durante las guardias, situación que no se desvanece, pero sí se transforma, al convertirse en enfermera-esposa-de-médico. Y así, tantos otros relatos que muestran que la identidad profesional está impregnada de aspectos sociales, no solamente técnicos. En términos sociológicos plantearíamos la moraleja de estas historias como el uso de un 'capital erótico', es decir, un recurso que al satisfacer una demanda masculina puede reportar beneficios materiales y sociales, ya que, al aprender a usarlo, pueden obtenerse ciertas garantías en la esfera extra-doméstica, en un mundo laboral que es bravo, competitivo y jerárquico. Es esta esfera material lo que la segunda oleada del feminismo puso en cuestión: el doble esfuerzo de la mujer por sobrevivir no sólo en base a su ocupación, sino a su capacidad de heredar o de estar 'bien casada' además de lidiar con la imposición del trabajo doméstico. No es de extrañarnos que

las mujeres sean socializadas con más énfasis en los trabajos en el sector de servicios, que por su naturaleza representan una extensión del rol del hogar (e.g. el cuidado, la limpieza, la alimentación, la crianza, etc.) y, a la vez, se encuentran entre los más afectados por la desvalorización social y la precariedad laboral.

Podría seguir elaborando en relatos biográfico-sexuales de interés sociológico. Por ahora quisiera detenerme en la historia de Pedro (seudónimo) y sus compañeras de curso, a quienes tuve la ocasión de entrevistar en una escuela de enfermería chilena para uno de mis proyectos³. Cuando Pedro relataba lo difícil que es ser un hombre entre tantas mujeres, en un entorno feminizado, con docentes mayoritariamente mujeres y sin referentes masculinos importantes en las teorías de enfermería, sus compañeras expresaban una cierta lástima por esa situación, por lo cual le ayudaban con los estudios y las tareas que podrían ser difíciles para el hombre, como cargar un bebé en los brazos o hacer camas. Estos discursos compasivos hacían también eco en las docentes, quienes parecían justificar que estudiantes como Pedro eludieran ciertas tareas ‘femeninas’ y buscaran oportunidades de aprendizaje más ‘emocionantes’, como un paro cardiorrespiratorio, por ejemplo. Al pedir a los(as) estudiantes que me ayudaran a interpretar estas formas de socialización, me hicieron ver también que los enfermeros internalizan estos mecanismos a tal punto que luego se traducen en una estratificación por género al interior del campo ocupacional: las enfermeras al cuidado de los pacientes, mientras que los enfermeros a aquellas áreas que sostienen mejor una identidad masculina e indudablemente heterosexual (e.g. gestión, emergencias, entre otros). Mientras que estas narrativas reflejan con creces los patrones tradicionales de elección de carrera, es necesario tener presente que Chile es uno de los países con la menor tasa de participación de mujeres en el mercado laboral comparativamente con otros países de la región, resultado atribuido a actitudes conservadoras hacia la mujer que trabaja fuera de casa. Las actitudes llevan a preferencias; las preferencias sostienen los privilegios.

Como es evidente en éstas y otras historias, las realidades sociopolíticas que afectan a la enfermería –y, por cierto, a las enfermeras– corresponden a un debate societal más amplio, que en miras a una mayor democratización necesitará ineludiblemente más feminismo. Esta tercera oleada es rara, es vasta, es variada, es difusa, es de ellas, de ellos, de ‘todes’. Es *hardcore*, y también *software*. Es institucional; y es ciudadana. Es pública; y también privada. Siempre lo ha sido; pero hoy lo es más. Y mientras que algunos nos hemos sumado más tarde a la causa, otras han librado un 8M que ha durado años; hasta décadas.

Es de esperar que el impulso de esta era no quede sólo en las maravillosas imágenes verdipúrpuras, sino que también llegue a aula, a la clínica, a las revistas. Si estamos por la democracia, ¿quién podría no ser feminista?

Referencias

1. Ayala, R. A., Vanderstraeten, R., & Bracke, P. (2016). Reconfiguring organisational patterns of power: An ethnography on the functioning of academic credentials in Chile. *International Sociology*, 31(1), 81-99.
2. Ayala, R. A., Fealy, G. M., Vanderstraeten, R., & Bracke, P. (2014). Academisation of nursing: An ethnography of social transformations in Chile. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 603-611.
3. Ayala, R. A., Holmqvist, M. T., Messing, H. B., & Browne, R. F. (2014). Blessed art thou among women: male nursing students and gender inequalities in Chile. *Nurse education today*, 34(12), 1480-1484.