



Universidad de Oviedo

Programa de Doctorado
"Investigación en Psicología Comunitaria, Jurídica y Salud"

TESIS DOCTORAL

**PRESENTISMO, ESTRÉS, FATIGA POR COMPASIÓN Y BURNOUT EN
PROFESIONALES DE LA SALUD**

**PRESENTEEISM, STRESS, COMPASSION FATIGUE AND BURNOUT IN
HEALTHCARE PROFESSIONALS**

*María Baldonado Mosteiro
Oviedo, 2019*

RESUMEN DEL CONTENIDO DE TESIS DOCTORAL

1.- Título de la Tesis	
Español/Otro Idioma: Presentismo, Estrés, Fatiga por compasión y Burnout en profesionales de la salud	Inglés: Presenteeism, Stress, Compassion fatigue and Burnout in healthcare professionals

2.- Autor	
Nombre: María Baldonado Mosteiro	DNI/Pasaporte/NIE:
Programa de Doctorado: Educación y Psicología	
Órgano responsable: Centro Internacional de Postgrado	

RESUMEN (en español)

Antecedentes

Los elevados niveles de estrés a los que se ven expuestos en su día a día los profesionales del ámbito sanitario hacen que sean propensos a padecer problemas de salud mental. De hecho, algunos estudios ponen de manifiesto que el personal de enfermería es el que mayor riesgo presenta.

Las patologías más frecuentes dentro de la salud mental son el estrés, la ansiedad y la depresión; tanto es así que en EE. UU el porcentaje de depresión entre la población general ronda el 9%, mientras que en el personal de enfermería se sitúa en el 18%.

En el mundo laboral de la sanidad, el personal sanitario trabaja en un ambiente en continuo movimiento y bajo una gran dosis de responsabilidad, por el simple hecho de que dicho trabajo repercute directamente en la salud y trato hacia las personas, como la atención personal al paciente y a las familias, a los cuales se les debe informar, apoyar y escuchar lo que muchas veces provoca, entre otros riesgos psicosociales, estrés, fatiga por compasión, burnout o presentismo en el personal sanitario.

Objetivos

- Adaptación y validación de la Escala Stanford Presenteeism Scale SPS_6 para población española.
- Describir la incidencia de presentismo en los profesionales sanitarios del Principado de Asturias en las unidades de urgencias hospitalarias.
- Conocer y comparar los niveles de estrés de los enfermeros de España y Portugal.
- Evaluar el nivel de fatiga por compasión en enfermeros y su asociación con las características sociodemográficas / profesionales.
- Estudiar el nivel de burnout en enfermeros españoles y brasileños.

Metodología

Tesis por compendio de publicaciones. Se divide en cuatro estudios que han dado lugar a 4 publicaciones.

Mediante cuestionario anónimo y voluntario se recogieron variables sociodemográficas y también relacionadas con el trabajo, así como la percepción de éste como estresante utilizando 4 escalas adaptadas a población española, portuguesa y/o brasileña.

El primer estudio, descriptivo transversal, se lleva a cabo en distintas áreas sanitarias del Principado de Asturias, concretamente en hospitales de Oviedo, Gijón, Avilés, Mieres y Langreo. Este estudio fue realizado en 323 médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y técnicos sanitarios que trabajan en unidades de emergencias. Se utilizó la Escala de Presentismo SPS_6 adaptada a población española.

En el segundo, 474 enfermeros fueron encuestados, el 52% en Oviedo y el 48% en Porto, a través de un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Estrés laboral en enfermería de Gray-Toft y Anderson en las versiones española y portuguesa.

Para el tercer artículo, un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con 87 enfermeros de servicios de urgencia y emergencia de adultos, de un hospital Universitario. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico / profesional y la *Professional Quality of Life Scale 5*.

Por último, para el cuarto artículo, se realizó un estudio cuantitativo, transversal y comparativo, sobre 589 trabajadores de enfermería que respondieron al Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica y Profesional y la escala de Maslach (Maslach Burnout Inventory).

Resultados y discusión

En cuanto a la incidencia de presentismo en el personal sanitario del Principado de Asturias, se observó una prevalencia de presentismo del 52,9%, comprobándose la existencia de relación entre estrés y presentismo, el presentismo en función del centro de trabajo y el hecho de tener personas dependientes al cargo.

También se encontró asociación con el estrés en personal médico y personal de enfermería con personas dependientes a su cargo.

Los resultados del segundo artículo revelaron niveles bajos o moderados de estrés en el trabajo en sus diversos factores, siendo más estresantes la sobrecarga del trabajo y dificultad para lidiar con la muerte. Los dos países tienen pocas diferencias significativas, aunque en Portugal se ha considerado más estresante la falta de apoyo y la incertidumbre en cuanto a los tratamientos. En España la edad y la experiencia profesional tienen correlaciones negativas con las dimensiones de estrés, mientras que en Portugal sólo existen correlaciones negativas en los años de experiencia profesional. Se presentan asociados a mayor estrés el ser mujer, no tener hijos ni cónyuge, y tener contrato fijo, sobre todo en enfermeros españoles.

Se verificó que la satisfacción por compasión presenta los promedios más elevados, seguida del burnout y del estrés traumático secundario. Los participantes con más edad presentaron

promedios superiores de satisfacción por compasión y las mujeres, jóvenes, con menos tiempo de experiencia profesional y que no tenían actividades de ocio evidenciaron media superior de estrés traumático secundario.

Los trabajadores de enfermería españoles presentan mayores promedios de Despersonalización y los brasileños mayores puntuaciones de Realización Personal. Se observó que tanto en España como en Brasil los auxiliares / técnicos de enfermería poseen mayor cansancio emocional que los enfermeros; en Brasil la Despersonalización es mayor en enfermeros, en España es mayor en auxiliares / técnicos de enfermería.

Se observaron resultados estadísticamente significativos en la asociación de las dimensiones del burnout con las características sociodemográficas y de trabajo: edad, categoría profesional, lugar de trabajo, tipo de contrato, turno de trabajo, tiempo de experiencia profesional, tiempo de trabajo en un mismo lugar y considerar el trabajo estresante.

Conclusión

Se encontró una alta prevalencia de presentismo en el personal sanitario de los servicios de urgencia hospitalarios y extra hospitalarios del Principado de Asturias. En el personal de enfermería, el presentismo se asoció a tener personas dependientes a su cargo. Se confirmó la relación existente entre presentismo y estrés, principalmente en personal médico.

Se encontraron pocas diferencias significativas en niveles de estrés entre los países involucrados. En Portugal, las situaciones más estresantes son las relacionadas con la falta de apoyo. En España, fue sobre todo la edad la que presenta correlaciones negativas con el estrés y en especial en mujeres sin hijos.

En cuanto al tipo de contrato, la diferencia más significativa encontrada en nuestro estudio fue la existencia de un mayor nivel de estrés en las enfermeras españolas con contratos precarios, en cambio, en Portugal son las enfermeras con contrato fijo las que más estrés presentan.

Se verificó que la fatiga por compasión depende de factores personales como la edad, el sexo, la experiencia profesional y las actividades de ocio. Los participantes con más edad presentan promedios superiores de fatiga por compasión, mientras que las mujeres jóvenes, con menos experiencia profesional y que no tienen actividades de ocio evidencian media superior de estrés traumático secundario.

A pesar de las diferencias culturales, económicas y sociales, los trabajadores de enfermería se enfrentan a problemas semejantes, con algunas particularidades.

Los enfermeros brasileños presentaron mayores promedios de Realización Personal y los enfermeros españoles mayores promedios de Despersonalización.

Se comprobó, además, que las dimensiones del burnout están asociadas a algunas características sociodemográficas y de trabajo, como: edad, categoría profesional, lugar de trabajo, tipo de contrato laboral, turno de trabajo, experiencia profesional total y tiempo trabajado en la misma unidad. Tanto en España como en Brasil los auxiliares o técnicos de enfermería

poseen mayor cansancio emocional que los enfermeros. La Despersonalización en Brasil es mayor en enfermeros sin embargo en España es mayor en auxiliares de enfermería.

RESUMEN (en inglés)

Introduction/Background

The high levels of stress that health professionals are exposed to in their day-to-day life make them prone to mental health problems. In fact, some studies show that nurses are most at risk.

The most common pathologies within mental health are stress, anxiety and depression, so much so that in the US the percentage of depression among the general population is around 9% while in nursing staff it stands at 18%.

In health care world, health professionals work in an environment that is constantly moving and under a high dose of responsibility. Just because it has a direct impact on health and treatment of people such as personal care of patients and families, who must be informed and supported as well as listened too. This causes, among other psychosocial risks stress, compassion fatigue, burnout or presenteeism in healthcare professionals.

Aim

- Adaptation and validation of the Stanford Presenteeism Scale SPS_6 Scale for Spanish population.
- To describe the incidence of Presenteeism in healthcare professionals at hospital emergency units of the Principality of Asturias.
- To know and compare stress levels of nurses in Spain and Portugal.
- To assess the level of compassion fatigue in nurses and their association with sociodemographic/professional characteristics.
- To study Burnout level in Spanish and Brazilian nurses.

Methodology

Thesis by compendium of publications. It's divided into four studies that have led to 4 publications. Through anonymous and voluntary questionnaire, sociodemographic and work-related variables were collected as their perception as stressful. Four scales adapted to the Spanish, Portuguese and Brazilian population have been using.

The first one, a cross-sectional descriptive study in different health areas of the Principality of Asturias from different hospitals of Oviedo, Gijón, Avilés, Mieres and Langreo. This study has been carrying out in doctors, nurses, nursing assistants and health technicians who work in emergency units. The SPS_6 Presentism Scale adapted to the Spanish population has been using.

In the second study, 474 nurses were surveyed, 52% in Oviedo and 48% in Porto, through a sociodemographic questionnaire as well as the Nursing Stress Scale of Gray-Toft and Anderson in the Spanish and Portuguese versions.

For the third article was a quantitative, descriptive and cross-sectional study with 87 nurses of emergency services and adult emergencies of a University hospital. A sociodemographic / professional questionnaire and the Professional Quality of Life Scale 5 has been applying.

Finally, for the fourth and last article, a quantitative, cross-sectional and comparative study has been carrying out on 589 nursing workers who answered the Sociodemographic and Professional Characterization Questionnaire and the Maslach Burnout Inventory.

Results and discussion

Regarding to the incidence of presenteeism in the healthcare professionals of the Principality of Asturias a prevalence of presenteeism of 52.9% were observed verifying the existence of a relationship between stress and presenteeism.

Presenteeism was associated with stress, place of work and bearing responsibility for dependent persons in the group overall. The association between stress and presenteeism was clearly present in emergency physicians and in nurses with dependents under their care.

In the second article results revealed low or moderate levels of job stress in its various dimensions, being more stressful the work overload and the difficulty to deal with death. Both countries presented few significant differences, although in Portugal the lack of support and the uncertainty of the treatments were considered more stressful.

In Spain age and job experience present negative correlations with stress dimensions, while in Portugal the negative correlations are with years of job experience. It is associated with stress to be a woman, not having children neither partner, and having a definitive job contract, especially in Spanish nurses.

It was verified that compassion satisfaction presents the highest averages, followed by burnout and secondary traumatic stress. Older participants had higher averages of satisfaction for compassion, the ones who showed higher mean of secondary traumatic stress were to be young and a woman with less professional experience, and who did not have leisure activities.

Spanish nursing workers have a higher Depersonalization averages and Brazilians have higher Personal Accomplishment scores. Both Spanish and Brazilian auxiliary / nursing technicians have greater emotional exhaustion than nurses do, in Brazil, depersonalization is greater in nurses and in Spain, it is greater in auxiliary / nursing technicians. In the association of burnout, dimensions with sociodemographic and work characteristics significant results has been observed: age, professional category, and workplace, type of contract, work shift, professional experience time, time working at same place and consider it a stressful work.

Conclusions

In the health personnel of the hospital and extrahospital emergency services of the Principality of Asturias, a high prevalence of presenteeism (52.8%) was found.

Nursing staff presenteeism was associated with having dependents dependent on them. Mainly in medical personnel presenteeism and stress relationship was confirmed.

There were some significant differences in stress levels among the countries involved. In Portugal, the most stressful situations are those related to lack of support. Otherwise, in Spain, it was above the age that presented negative correlations with stress and especially in women without children.

Regarding to the type of contract, the most significant difference found in our study was the existence of a higher level of stress in Spanish nurses with precarious contracts, whereas in Portugal it is nurses with a fixed contract who present higher level of stress.

It's verified that compassion fatigue depends on personal factors such as age, sex, and professional experience and leisure activities. Older participants have a higher averages of compassion fatigue, while younger women with less professional experience and who do not have leisure activities showed a higher average of secondary traumatic stress.

Despite cultural, economic and social differences, nursing workers have similar problems, with some peculiarities. Brazilian nurses had a higher average of Personal Accomplishment ($p = 0.031$) while the higher average of Spanish Nurses was Depersonalization ($p = 0.004$). It was also proved that the dimensions of burnout are associated with some sociodemographic and work characteristics, such as: age, professional category, place of work, type of employment contract, work shift, total professional experience and time worked in the same unit.

Both in Spain and in Brazil, auxiliary or nursing technicians have greater emotional exhaustion than nurses do. Depersonalization in Brazil is higher in nurses however; in Spain, it is higher in nursing auxiliaries.

**SR. PRESIDENTE DE LA COMISIÓN ACADÉMICA DEL PROGRAMA DE DOCTORADO
EN EDUCACIÓN Y PSICOLOGÍA**

FORMULARIO RESUMEN DE TESIS POR COMPENDIO

1.- Datos personales solicitante

Apellidos: BALDONEDO MOSTEIRO

Nombre: MARIA

Curso de inicio de los estudios de doctorado

2014/2015

Acompaña acreditación por el Director de la Tesis de la aportación significativa del doctorando

SI	NO
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Acompaña memoria que incluye

Introducción justificativa de la unidad temática y objetivos

Copia completa de los trabajos *

Resultados/discusión y conclusiones

Informe con el factor de impacto de la publicaciones

Se acompaña aceptación de todos y cada uno de los coautores a presentar el trabajo como tesis por compendio

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Se acompaña renuncia de todos y cada uno de los coautores a presentar el trabajo como parte de otra tesis de compendio

<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
--------------------------	-------------------------------------

* Ha de constar el nombre y adscripción del autor y de todos los coautores así como la referencia completa de la revista o editorial en la que los trabajos hayan sido publicados o aceptados en cuyo caso se aportará justificante de la aceptación por parte de la revista o editorial

FOR-MAT-VOA-033

Artículos, Capítulos, Trabajos

Trabajo, Artículo 1

Titulo (o título abreviado)

Fecha de publicación

Fecha de aceptación

Inclusión en Science Citation Index o bases relacionadas por la CNEAI (indíquese)

Factor de impacto

Presentismo en profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias. Emergencias.2018; 30:35-40.

Online: 6-10-2017, Febrero de 2018

Aceptado: 4-7-2017

SCI

Factor de impacto 2017: 3,608

1er cuartil (3 de 26) Emergency Medicine

Coautor2 Doctor No doctor . Indique nombre y apellidos

Coautor3 Doctor No doctor . Indique nombre y apellidos

MARTA SANCHEZ ZABALLOS

Mª PILAR MOSTEIRO DÍAZ

Trabajo, Artículo 2

Titulo (o título abreviado)
Fecha de publicación
Fecha de aceptación
Inclusión en Science Citation Index o bases relacionadas por la CNEAI (indíquese)
Factor de impacto

Stress no trabalho em enfermeiros: estudo comparativo Espanha/Portugal. International Journal on Working Conditions. 2018;15: 67-80

Junio 2018

8-6-2018

ISI Web of Science - Emerging Sources Citation Index

Coautor2 <input checked="" type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> No doctor . Indique nombre y apellidos
Coautor3 <input checked="" type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> No doctor . Indique nombre y apellidos
Coautor4 <input checked="" type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> No doctor . Indique nombre y apellidos
Coautor5 <input checked="" type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> No doctor . Indique nombre y apellidos

PILAR MOSTEIRO

CRISTINA QUEIROS

ELISABETE BORGES

MARGARIDA ABREU

Trabajo, Artículo 3

Titulo (o título abreviado)
Fecha de publicación
Fecha de aceptación
Inclusión en Science Citation Index o bases relacionadas por la CNEAI (indíquese)
Factor de impacto

Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. 2019; Revista Latinoamericana de Enfermagem.

10 de abril de 2019

JCR: 0,712; SJR: 0,339; H Index Scopus: 29; Qualis en Enfermería: A1. Nursing (miscellaneous) 2018 Q3.

JCR: 0,712; SJR: 0,339; H Index Scopus: 29; Qualis en Enfermería: A1. Nursing (miscellaneous) 2018 Q3.

Coautor2 <input checked="" type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> No doctor . Indique nombre y apellidos
Coautor3 <input checked="" type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> No doctor . Indique nombre y apellidos
Coautor4 <input checked="" type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> No doctor . Indique nombre y apellidos
Coautor5 <input checked="" type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> No doctor . Indique nombre y apellidos
Coautor6 <input checked="" type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> No doctor . Indique nombre y apellidos
Coautor7 <input type="checkbox"/> Doctor <input type="checkbox"/> No doctor . Indique nombre y apellidos

ELISABETE BORGES

CARLA FONSECA

PATRICIA BAPTISTA

CRISTINA QUEIROS

MARIA MOSTEIRO-DIAZ

Trabajo, Artículo 4

Titulo (o título abreviado)
Fecha de publicación
Fecha de aceptación

Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis

14 de junio de 2019

Inclusión en Science Citation Index o bases relacionadas por la CNEAI (indíquese)

Factor de impacto

JCR: 0,712; SJR: 0,339; H Index Scopus: 29; Qualis en Enfermería: A1. Nursing (miscellaneous) 2018 Q3.

JCR: 0,712; SJR: 0,339; H Index Scopus: 29; Qualis en Enfermería: A1. Nursing (miscellaneous) 2018 Q3.

Coautor2	<input checked="" type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> No doctor .	Indique nombre y apellidos
----------	--------------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------

Coautor3	<input checked="" type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> No doctor .	Indique nombre y apellidos
----------	--------------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------

Coautor4	<input checked="" type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> No doctor .	Indique nombre y apellidos
----------	--------------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------

Coautor5	<input checked="" type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> No doctor .	Indique nombre y apellidos
----------	--------------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------

Coautor6	<input checked="" type="checkbox"/> Doctor	<input type="checkbox"/> No doctor .	Indique nombre y apellidos
----------	--------------------------------------------	--------------------------------------	----------------------------

MIRIAN ALMEIDA

PATRICIA BAPTISTA

MARTA SANCHEZ-ZABALLOS

FRANCISCO J RODRIGUEZ-DIAZ

MARIA PILAR MOSTEIRO-DIAZ

En caso de compendio de un número de artículos superior a seis, se incorporarán hojas suplementarias conforme a este modelo

A mi Familia

Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer la cariñosa y afectiva acogida del grupo INT-SO y de todas las personas con las que he tenido la oportunidad de compartir experiencias. A las Dras. Elisabete Borges y Dra. Cristina Queirós, ha sido un privilegio contar con gente tan acogedora y siempre dispuesta a ayudar. Muchísimas gracias/ muito obrigada.

A mi Director de Tesis el Dr. Francisco Javier Rodríguez Díaz Y a mí Tutor el Dr. Juan Herrero Bautista Olaizola por su ayuda, consejos y sobre todo por el tiempo dedicado.

A la Dra. Marta Sánchez Zaballos y a la Dra. Sara Correia, GRACIAS.

Mamá y Papá.

Mi agradecimiento y reconocimiento a todos los profesionales que han participado en este proyecto, por su desinteresada colaboración, sin ellos no hubiera sido posible esta investigación.

“Sabiduría e intelecto sin alma, en verdad nunca podría haberlos”
Sócrates en Diálogos de Platón

RESUMEN

Antecedentes

Los elevados niveles de estrés a los que se ven expuestos en su día a día los profesionales del ámbito sanitario hacen que sean propensos a padecer problemas de salud mental. De hecho, algunos estudios ponen de manifiesto que el personal de enfermería es el que mayor riesgo presenta:

Las patologías más frecuentes dentro de la salud mental son el estrés, la ansiedad y la depresión; tanto es así que en EE. UU el porcentaje de depresión entre la población general ronda el 9%, mientras que en el personal de enfermería se sitúa en el 18%

En el mundo laboral de la sanidad, el personal sanitario trabaja en un ambiente en continuo movimiento y bajo una gran dosis de responsabilidad, por el simple hecho de que dicho trabajo repercute directamente en la salud y trato hacia las personas, como la atención personal al paciente y a las familias, a los cuales se les debe informar, apoyar y escuchar lo que muchas veces provoca, entre otros riesgos psicosociales, estrés, fatiga por compasión, burnout o presentismo en el personal sanitario.

Objetivos

- Adaptación y validación de la Escala Stanford Presenteeism Scale (SPS-6) para población española.
- Describir la incidencia de presentismo en los profesionales sanitarios del Principado de Asturias en las unidades de urgencias hospitalarias.
- Conocer y comparar los niveles de estrés de los enfermeros de España y Portugal.
- Evaluar el nivel de fatiga por compasión en enfermeros y su asociación con las características sociodemográficas / profesionales.
- Estudiar el nivel de burnout en enfermeros españoles y brasileños.

Metodología

Tesis por compendio de publicaciones. Se divide en cuatro estudios que han dado lugar a 4 publicaciones.

Mediante cuestionario anónimo y voluntario se recogieron variables sociodemográficas y también relacionadas con el trabajo, así como la percepción de éste como estresante utilizando 4 escalas adaptadas a población española, portuguesa y/o brasileña.

El primer estudio, descriptivo transversal, se lleva a cabo en distintas áreas sanitarias del Principado de Asturias, concretamente en hospitales de Oviedo, Gijón, Avilés, Mieres y Langreo. Este estudio fue realizado en 323 médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y técnicos sanitarios que trabajan en unidades de emergencias. Se utilizó la Escala de Presentismo SPS-6 adaptada a población española.

En el segundo, 474 enfermeros fueron encuestados, el 52% en Oviedo y el 48% en Porto, a través de un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Estrés laboral en enfermería de Gray-Toft y Anderson en las versiones española y portuguesa.

Para el tercer artículo, un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con 87 enfermeros de servicios de urgencia y emergencia de adultos, de un hospital Universitario. Se aplicó un cuestionario sociodemográfico / profesional y la *Professional Quality of Life Scale 5*.

Por último, para el cuarto artículo, se realizó un estudio cuantitativo, transversal y comparativo, sobre 589 trabajadores de enfermería que respondieron al Cuestionario de Caracterización Sociodemográfica y Profesional y la escala de Maslach (Maslach Burnout Inventory).

Resultados y discusión

En cuanto a la incidencia de presentismo en el personal sanitario del Principado de Asturias, se observó una prevalencia de presentismo del 52,9%, comprobándose la existencia de relación entre estrés y presentismo, el presentismo en función del centro de trabajo y el hecho de tener personas dependientes al cargo.

También se encontró asociación con el estrés en personal médico y personal de enfermería con personas dependientes a su cargo.

Los resultados del segundo artículo revelaron niveles bajos o moderados de estrés en el trabajo en sus diversos factores, siendo más estresantes la sobrecarga del trabajo y dificultad para lidiar con la muerte. Los dos países tienen pocas diferencias significativas, aunque en Portugal se ha considerado más estresante la falta de apoyo y la incertidumbre en cuanto a los tratamientos. En España la edad y la experiencia profesional tienen correlaciones negativas con las dimensiones de estrés, mientras que en Portugal sólo existen correlaciones negativas en los años de experiencia profesional. Se presentan asociados a mayor estrés el ser mujer, no tener hijos ni cónyuge, y tener contrato fijo, sobre todo en enfermeros españoles.

Se verificó que la satisfacción por compasión presenta los promedios más elevados, seguida del burnout y del estrés traumático secundario. Los participantes con más edad presentaron promedios superiores de satisfacción por compasión y las mujeres, jóvenes, con menos tiempo de experiencia profesional y que no tenían actividades de ocio evidenciaron media superior de estrés traumático secundario.

Los trabajadores de enfermería españoles presentan mayores promedios de Despersonalización y los brasileños mayores puntuaciones de Realización Personal. Se observó que tanto en España como en Brasil los auxiliares / técnicos de enfermería poseen mayor cansancio emocional que los enfermeros; en Brasil la Despersonalización es mayor en enfermeros, en España es mayor en auxiliares / técnicos de enfermería.

Se observaron resultados estadísticamente significativos en la asociación de las dimensiones del burnout con las características sociodemográficas y de trabajo: edad, categoría profesional, lugar de trabajo, tipo de contrato, turno de trabajo, tiempo de experiencia profesional, tiempo de trabajo en un mismo lugar y considerar el trabajo estresante.

Conclusión

Se encontró una alta prevalencia de presentismo en el personal sanitario de los servicios de urgencia hospitalarios y extra hospitalarios del Principado de Asturias.

En el personal de enfermería, el presentismo se asoció a tener personas dependientes a su cargo. Se confirmó la relación existente entre presentismo y estrés, principalmente en personal médico.

Se encontraron pocas diferencias significativas en niveles de estrés entre los países involucrados. En Portugal, las situaciones más estresantes son las relacionadas con la falta de apoyo. En España, fue sobre todo la edad la que presenta correlaciones negativas con el estrés y en especial en mujeres sin hijos.

En cuanto al tipo de contrato, la diferencia más significativa encontrada en nuestro estudio fue la existencia de un mayor nivel de estrés en las enfermeras españolas con contratos precarios, en cambio, en Portugal son las enfermeras con contrato fijo las que más estrés presentan.

Se verificó que la fatiga por compasión depende de factores personales como la edad, el sexo, la experiencia profesional y las actividades de ocio. Los participantes con más edad presentan promedios superiores de fatiga por compasión, mientras que las mujeres jóvenes, con menos experiencia profesional y que no tienen actividades de ocio evidencian media superior de estrés traumático secundario.

A pesar de las diferencias culturales, económicas y sociales, los trabajadores de enfermería se enfrentan a problemas semejantes, con algunas particularidades.

Los enfermeros brasileños presentaron mayores promedios de Realización Personal y los enfermeros españoles mayores promedios de Despersonalización.

Se comprobó, además, que las dimensiones del burnout están asociadas a algunas características sociodemográficas y de trabajo, como: edad, categoría profesional, lugar de trabajo, tipo de contrato laboral, turno de trabajo, experiencia profesional total y tiempo trabajado en la misma unidad. Tanto en España como en Brasil los auxiliares o técnicos de enfermería poseen mayor cansancio emocional que los enfermeros. La Despersonalización en Brasil es mayor en enfermeros sin embargo en España es mayor en auxiliares de enfermería.

ABSTRACT

Introduction/Background

The high levels of stress that health professionals are exposed to in their day-to-day life make them prone to mental health problems. In fact, some studies show that nurses are most at risk.

The most common pathologies within mental health are stress, anxiety and depression, so much so that in the US the percentage of depression among the general population is around 9% while in nursing staff it stands at 18%.

In health care world, health professionals work in an environment that is constantly moving and under a high dose of responsibility. Just because it has a direct impact on health and treatment of people such as personal care of patients and families, who must be informed and supported as well as listened too. This causes, among other psychosocial risks stress, compassion fatigue, burnout or presenteeism in healthcare professionals.

Aim

- Adaptation and validation of the Stanford Presenteeism Scale SPS_6 for Spanish population.
- To describe the incidence of Presenteeism in healthcare professionals at hospital emergency units of the Principality of Asturias.
- To know and compare stress levels of nurses in Spain and Portugal.
- To assess the level of compassion fatigue in nurses and their association with sociodemographic/professional characteristics.
- To study Burnout level in Spanish and Brazilian nurses.

Methodology

Thesis by compendium of publications. It's divided into four studies that have led to 4 publications.

Through anonymous and voluntary questionnaire, sociodemographic and work-related variables were collected as their perception as stressful. Four scales adapted to the Spanish, Portuguese and Brazilian population have been using.

The first one, a cross-sectional descriptive study in different health areas of the Principality of Asturias from different hospitals of Oviedo, Gijón, Avilés, Mieres and Langreo. This study has been carrying out in doctors, nurses, nursing assistants and health technicians who work in emergency units. The SPS_6 Presentism Scale adapted to the Spanish population has been using.

In the second study, 474 nurses were surveyed, 52% in Oviedo and 48% in Porto, through a sociodemographic questionnaire as well as the Nursing Stress Scale of Gray-Toft and Anderson in the Spanish and Portuguese versions.

For the third article was a quantitative, descriptive and cross-sectional study with 87 nurses of emergency services and adult emergencies of a University hospital. A sociodemographic / professional questionnaire and the Professional Quality of Life Scale 5 has been applying.

Finally, for the fourth and last article, a quantitative, cross-sectional and comparative study has been carrying out on 589 nursing workers who answered the Sociodemographic and Professional Characterization Questionnaire and the Maslach Burnout Inventory.

Results and discussion

Regarding to the incidence of presenteeism in the healthcare professionals of the Principality of Asturias a prevalence of presenteeism of 52.9% were observed verifying the existence of a relationship between stress and presenteeism.

Presenteeism was associated with stress, place of work and bearing responsibility for dependent persons in the group overall. The association between stress and presenteeism was clearly present in emergency physicians and in nurses with dependents under their care.

In the second article results revealed low or moderate levels of job stress in its various dimensions, being more stressful the work overload and the difficulty to deal with death. Both countries presented few significant differences, although in Portugal the lack of support and the uncertainty of the treatments were considered more stressful.

In Spain age and job experience present negative correlations with stress dimensions, while in Portugal the negative correlations are with years of job experience. It is associated with stress to be a woman, not having children neither partner, and having a definitive job contract, especially in Spanish nurses.

It was verified that compassion satisfaction presents the highest averages, followed by burnout and secondary traumatic stress. Older participants had higher averages of satisfaction for compassion, the ones who showed higher mean of secondary traumatic stress were to be young and a woman with less professional experience, and who did not have leisure activities.

Spanish nursing workers have a higher Depersonalization averages and Brazilians have higher Personal Accomplishment scores. Both Spanish and Brazilian auxiliary / nursing technicians have greater emotional exhaustion than nurses do, in Brazil, depersonalization is greater in nurses and in Spain, it is greater in auxiliary / nursing technicians. In the association of burnout, dimensions with sociodemographic and work characteristics significant results has been observed: age, professional category, and workplace, type of contract, work shift, professional experience time, time working at same place and consider it a stressful work.

Conclusions

In the health personnel of the hospital and extrahospital emergency services of the Principality of Asturias, a high prevalence of presenteeism (52.8%) was found.

Nursing staff presenteeism was associated with having dependents dependent on them. Mainly in medical personnel presenteeism and stress relationship was confirmed.

There were some significant differences in stress levels among the countries involved. In Portugal, the most stressful situations are those related to lack of support. Otherwise, in Spain, it was above the age that presented negative correlations with stress and especially in women without children.

Regarding to the type of contract, the most significant difference found in our study was the existence of a higher level of stress in Spanish nurses with precarious contracts, whereas in Portugal it is nurses with a fixed contract who present higher level of stress.

It's verified that compassion fatigue depends on personal factors such as age, sex, and professional experience and leisure activities. Older participants have a higher averages of compassion fatigue, while younger women with less professional experience and who do not have leisure activities showed a higher average of secondary traumatic stress.

Despite cultural, economic and social differences, nursing workers have similar problems, with some peculiarities. Brazilian nurses had a higher average of Personal Accomplishment ($p = 0.031$) while the higher average of Spanish Nurses was Depersonalization ($p = 0.004$). It was also proved that the dimensions of burnout are associated with some sociodemographic and work characteristics, such as: age, professional category, place of work, type of employment contract, work shift, total professional experience and time worked in the same unit.

Both in Spain and in Brazil, auxiliary or nursing technicians have greater emotional exhaustion than nurses do. Depersonalization in Brazil is higher in nurses however; in Spain, it is higher in nursing auxiliaries.

PRESENTISMO, ESTRÉS, FATIGA POR COMPASIÓN Y BURNOUT EN PROFESIONALES DE LA SALUD

ÍNDICE

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN.....	3
1.1 Introducción	4
1.2 Justificación	8
1.3 Presentismo, Estrés, Fatiga por compasión y Burnout	14
CAPÍTULO II: OBJETIVOS	19
Objetivos	20
CAPÍTULO III: PUBLICACIONES	22
Estudio 1: Presentismo en profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias	23
Estudio 2: Stress no trabalho em enfermeiros: estudo comparativo Espanha/Portugal	31
Estudio 3: Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos.....	47
Estudio 4: Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis	64
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS	88
Discusión.....	89
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES	96
Conclusiones.....	97
Conclusions.....	100
CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS.....	111

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

1.1 Introducción

La actividad laboral y más en concreto su evolución, ha traído consigo una mejora de la calidad en la vida de los trabajadores, pero también se puede decir que es la responsable de la aparición de una serie de efectos negativos.

Yendo a la historia de la prevención de riesgos laborales, en concreto a la especialidad preventiva de medicina del trabajo, conviene resaltar la figura central de Bernardino Ramazzini que fue un médico italiano, considerado el fundador de la medicina del trabajo. Mediante sus estudios de las enfermedades profesionales y la promoción de medidas de protección para los trabajadores alentó el inicio de la seguridad industrial, así como, de las leyes de accidentes de trabajo. También puso en conciencia el significado económico de la salud, pues consideró el dominio técnico de la salud como garantía del desarrollo económico y del progreso de la civilización ⁽¹⁾.

Antes de él, son hechos, publicaciones o disposiciones legales aisladas y ocasionales lo que podemos encontrar relacionado con la medicina del trabajo. Luego, fue a partir de su obra en 1701 cuando la especialidad o disciplina adquiere forma orgánica y un lugar en el campo del conocimiento y de la actividad práctica, hasta llegar a ser lo que es hoy: un campo médico social cada vez más importante.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), la medicina del trabajo es la disciplina que tiende al perfeccionamiento y mantenimiento del más alto grado de bienestar físico, mental y social de los trabajadores en todas las ocupaciones; la prevención de trastornos de la salud causados por riesgos resultantes de los factores adversos; la colocación y mantenimiento del trabajador en un ambiente de trabajo adaptado a sus condiciones fisiológicas y psicológicas y, resumiendo: la adaptación del trabajo al hombre y de cada hombre a su trabajo ⁽²⁾.

Igualmente, como conceptos, ha de diferenciarse el preventivo y el social. Siendo el primero, el relativo a la medicina preventiva aplicada al trabajo y, el segundo, el que se ocupa, por un lado, de las relaciones entre condiciones, características y modos de trabajo y, por otro, de la salud de quienes trabajan.

Además de ser una especialidad médica con identidad propia, al mismo tiempo forma parte, del conjunto de especialidades que componen la Prevención de Riesgos Laborales. Sin embargo, a diferencia de la Seguridad, Higiene Industrial, la Ergonomía y la Psicosociología, que son especialidades "técnicas", que tienen por objeto las máquinas o aparatos, herramientas, materiales, procesos y/o condiciones ambientales que componen el puesto de trabajo, la medicina del trabajo tiene por objeto la persona y su estado de salud en relación con los factores de riesgo del puesto.

Teniendo en cuenta la definición de salud que da la Organización Mundial de la Salud, podemos decir que cualquier factor que altere el adecuado estado de bienestar físico, mental o social que afecte a la persona en su trabajo será objeto de atención de esta especialidad médica.

Dado que la actuación tendente a evitar las enfermedades profesionales se asocia a la especialidad preventiva de Higiene Industrial, resulta conveniente estudiar la normativa legal española a estos efectos. Así, desde un prisma nacional, la definición de enfermedad profesional se extrae del artículo 157 del Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre ⁽³⁾, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social (LGSS), por el cual:

“se entenderá por enfermedad profesional la contraída a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena en las actividades que se especifiquen en el cuadro que se apruebe por las disposiciones de aplicación y desarrollo de esta ley, y que esté provocada por la acción de los elementos o sustancias que en dicho cuadro se indiquen para cada enfermedad profesional. En tales disposiciones se establecerá el procedimiento que haya de observarse para la inclusión en dicho cuadro de nuevas enfermedades profesionales que se estime deban ser incorporadas al mismo...” ⁽³⁾.

El cuadro que señala el legislador en la LGSS, se refiere al incluido en el Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre ⁽⁴⁾, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro.

Contiene 6 grupos de enfermedades profesionales según estén causadas por:

- Grupo 1: Causadas por agentes químicos.
- Grupo 2: Causadas por agentes físicos.
- Grupo 3: Causadas por agentes biológicos.
- Grupo 4: Causadas por inhalación de sustancias y agentes no comprendidos en otros apartados.
- Grupo 5: De la piel, causada por sustancias y agentes no comprendidos en alguno de los otros apartados.
- Grupo 6: Causadas por agentes carcinogénicos.

Como puede apreciarse, los riesgos psicosociales no tienen cabida en este cuadro, algo que no resulta coherente con el alto número de estresantes y de enfermedades que día a día están padeciendo los trabajadores en sus centros de trabajo.

La Agencia Europea para la Seguridad y la Salud en el trabajo establece que:

“Los riesgos psicosociales se derivan de las deficiencias en el diseño, la organización y la gestión del trabajo, así como de un escaso contexto social del trabajo, y pueden producir resultados psicológicos, físicos y sociales negativos, como el estrés laboral, el agotamiento o la depresión. Algunos ejemplos de condiciones de trabajo que entrañan riesgos psicosociales son: cargas de trabajo excesivas; exigencias contradictorias y falta de claridad de las funciones del puesto; falta de participación en la toma de decisiones que afectan al trabajador y falta de influencia en el modo en que se lleva a cabo el trabajo; gestión deficiente de los cambios organizativos, inseguridad en el empleo; comunicación ineficaz, falta de apoyo por parte de la dirección o los compañeros; acoso psicológico y sexual, violencia ejercida por terceros” ^(4,5).

No en vano, la ansiedad, ha de considerarse como una enfermedad que puede derivarse del ámbito laboral debido a la precariedad, jefes tóxicos, clima laboral no productivo, sobrecarga de trabajo, falta de procedimientos y formación en el puesto, escasa ética organizativa, falta de alineamiento con las necesidades individuales de los trabajadores y un largo etcétera.

El pasado 25 de mayo, en la última asamblea realizada por expertos sanitarios, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reconoció el Burnout o síndrome de estar quemado como problema asociado al empleo para su próxima clasificación de enfermedades, quedando inscrito bajo el código QD85⁽⁶⁾.

Ya estaba incluido en el catálogo de 1990, que recoge más de 55.000 trastornos y causas de muerte, pero hasta ahora corresponde a una categoría más genérica que hace referencia a "problemas relacionados con dificultad en el control de la vida".

Por otro lado, cada sector, profesión y puesto laboral poseen unas características determinadas que pueden hacer que el individuo lleve a cabo conductas más ligadas al absentismo o al presentismo⁽⁷⁾, refiriendo en ello diferentes niveles de clima emocional y burnout⁽⁷⁻⁹⁾.

Los estudios muestran que los sectores más castigados por el presentismo son la educación y aquellos relacionados con el cuidado y el bienestar de las personas⁽⁸⁾. En el sector de la sanidad, con mayor presencia en las mujeres, las profesiones más afectadas son los auxiliares de enfermería, los enfermeros y los médicos⁽⁸⁻¹⁰⁾, que se asume viene determinado por la relación con los pacientes, que en la mayoría de las circunstancias son personas en un estado de vulnerabilidad, y la necesidad de responder a muchas exigencias en condiciones físicas inadecuadas⁽⁷⁾.

1.2 Justificación

Esta tesis se adscribe dentro de la línea de investigación “Psicología comunitaria, jurídica y salud” de la Universidad de Oviedo, dado que se trata de un estudio de carácter psicológico en el ámbito de la salud.

A lo largo de los últimos cinco años se ha hecho una revisión bibliométrica del tema inicial de investigación elegido, en este caso, Presentismo en profesionales de la salud. Para ello, se consultaron las principales bases de datos bibliográficas utilizadas en Ciencias Sociales como PsycINFO, WOS, Scopus, DIALNET, Medline, utilizando en su apoyo el programa Gestor de Referencias Bibliográficas “Reference Manager”.

De este modo se analizaron los principales indicadores bibliométricos, tratando con ello de obtener una visión global y actual sobre el estado de la cuestión.

Se analizaron los instrumentos de evaluación a utilizar, así como del procedimiento de aplicación a seguir (preparación de cuestionarios, manuales del entrevistador, etc.)

Se planteó la investigación: la hipótesis y objetivos, diseño del estudio y las propuestas de los primeros datos de muestra para preparación de la realización de trabajos de investigación, contactando con los principales hospitales y centros de salud del Principado de Asturias.

Se solicitó el permiso al Comité Ético de la Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias y todas las autorizaciones previas a la realización del estudio y a partir de octubre de 2015, se inició el estudio de campo y la aplicación de los instrumentos de evaluación.

También se ha podido conocer las actividades que se llevan a cabo en la Facultad de Psicología y Ciencias de la Educación de la Universidad de Oporto, Portugal, en el laboratorio de Rehabilitación Psicosocial de la FPCEUP/ESS-P, que dirige la Dra Cristina Queirós y que han sido de gran interés para la formación y para el doctorado.

Debido a la publicación de varios artículos en revistas con índice de impacto, y el interés que tienen los riesgos psicosociales en el ámbito laboral, y más en concreto, en el sector sanitario, se optó por elaborar una tesis por compendio de publicaciones.

En los últimos años, con la crisis, se observó que el absentismo laboral ha bajado, aumentando el presentismo, pues muchos trabajadores acuden a sus centros por miedo a perder su puesto de trabajo, piensan erróneamente que la compañía va a valorar su presencia, descendiendo la productividad y por tanto ocasionando daños a la empresa, pero esto también repercute en el estado de ánimo del trabajador; desmotivación, síndrome de estar quemado...son algunas de las consecuencias de esta práctica, que está muy extendida en nuestro tejido productivo.

De hecho, este año se reformó el Estatuto de los Trabajadores incluyendo la obligación por parte de las empresas a registrar diariamente la jornada del trabajador con horario concreto de entrada y salida.

Pero en otros sectores, como el sanitario, el cumplimiento del horario es parte inherente de la profesión.

Todo esto, nos lleva a la necesidad de describir la incidencia de presentismo en los profesionales sanitarios del Principado de Asturias en las unidades de urgencias hospitalarias. El primer estudio se lleva a cabo en distintas áreas sanitarias, concretamente en hospitales de Oviedo, Gijón, Avilés, Mieres y Langreo. Este estudio se lleva a cabo en médicos, enfermeros, auxiliares de enfermería y técnicos sanitarios que trabajan en unidades de emergencias.

La variable a estudiar, presentismo, cuenta con dos partes, por un lado, se mide su prevalencia mediante la cuestión *“Durante el último mes ¿ha acudido a su centro de trabajo a pesar de sentirse enfermo o tener un problema de salud que le impida realizar sus funciones con normalidad?”* ⁽⁸⁾ y si se contesta negativamente no se debe continuar con los siguientes ítems.

Por el contrario, si se padece presentismo se debe completar el resto de las categorías desarrolladas en la escala Stanford Presenteeism Scale (SPS-6)⁽¹¹⁾ en la que se incluyen dos factores diferenciados denominados trabajo completado y distracción evitada.

El trabajo completado hace referencia a la capacidad física del individuo para lograr terminar sus tareas satisfactoriamente y la distracción evitada a la capacidad de concentración psicológica para conseguir el mismo objetivo. En la adaptación se incluyeron además los siguientes problemas de salud (dolor de espalda; problema cardiovascular; problema gástrico; problema de salud en....) con la siguiente cuestión: *“El problema de salud causante de las anteriores afirmaciones ha sido”*.

Para la evaluación del presentismo se utilizó la versión abreviada de la *“Stanford Presenteeism Scale”*(SPS-6)⁽¹¹⁾. Esta escala pretende establecer una relación entre el presentismo, los problemas de salud y la productividad en el ámbito laboral midiendo la habilidad del trabajador para concentrarse y lograr realizar el trabajo a pesar de su problema de salud. Supone una autoevaluación subjetiva del trabajador mediante una escala tipo Likert en la que el individuo expone su acuerdo o desacuerdo con una serie de afirmaciones.

La escala original contaba con 32 ítems⁽¹¹⁾ que fueron reducidos a 6 entre los que se encuentran dos dimensiones diferenciadas. La primera denominada “trabajo completado” se relaciona con el resultado del trabajo y hace referencia a las causas físicas que pueden estar relacionadas con el presentismo; abarca los ítems 2, 5 y 6. La segunda dimensión o “distracción evitada” se basa en los aspectos psicológicos del proceso de trabajo y se determina por los ítems 1, 3 y 4 de la escala. De esta escala se obtiene una puntuación total de la suma de las puntuaciones de las respuestas. El rango de puntuación total se encuentra entre 6 y 30. Cada una de las categorías tipo Likert se corresponde con una puntuación determinada; siendo: 1 = totalmente en desacuerdo, 2 = parcialmente en desacuerdo, 3 = ni de acuerdo ni en desacuerdo, 4 = parcialmente de acuerdo y 5 = totalmente de acuerdo.

Las puntuaciones son de este modo para los ítems correspondientes a la dimensión “trabajo completado” mientras que para la dimensión “distracción evitada” se tiene en cuenta para el sumatorio total su inverso, de tal forma que: totalmente en desacuerdo= 5, parcialmente en desacuerdo = 4, parcialmente de acuerdo= 2 y totalmente de acuerdo = 1.

La puntuación total en la escala SPS-6 se relaciona directamente con la capacidad de los profesionales para superar su estado de enfermedad y por lo tanto no verse afectados por el presentismo. Es decir, a mayor puntuación, mejores son sus facultades tanto físicas como psicológicas para poder desarrollar su trabajo con normalidad.

El proceso de traducción y adaptación del SPS-6 al castellano siguió el guion propuesto por estudios internacionales⁽⁸⁾ incluyendo aspectos de equivalencia semántica, operacional o de medición, donde los conceptos son investigados a través de preguntas o ítems que sean correspondientes en los dos idiomas.

Para la validación de la escala SPS-6 se realizó en primer lugar la adaptación conceptual y semántica de los ítems mediante una primera traducción desde la lengua inglesa de la versión original al castellano con la ayuda de un experto en filología inglesa. Tras una reunión entre el experto y el equipo investigador se decide traspasar esta primera versión consensuada a un equipo internacional de profesionales sanitarios (dos enfermeros y un médico) con dominio del inglés y del castellano. La función de este grupo era realizar una retro traducción al inglés. Una nueva reunión con los traductores posibilitó la creación de la versión final del cuestionario SPS-6 para la población española.

Se ha solicitado la aprobación al Comité Ético de Investigación Clínica Regional (Anexo I), y una vez obtenida la autorización de dicho Organismo (Anexo II) así como de la Dirección de Enfermería y la Gerencia de los centros en los que se realizó el estudio, se llevó a cabo un pilotaje de los 20 primeros cuestionarios (Anexo III) realizados en personal sanitario, médicos, enfermeros y auxiliares de enfermería que trabajan en un hospital Universitario.

Al comprobar que todos los ítems se comprendían sin dificultad y que no había cuestiones relacionadas con la falta de entendimiento de los mismos se continuó con el estudio hasta completar el total de la muestra.

Como sabemos, y desarrollamos en la introducción, los enfermeros se enfrentan constantemente a situaciones estresantes, que a largo plazo perjudican su bienestar psicológico, teniendo implicaciones en su salud.

Por ello, aprovechando la estancia internacional realizada en Portugal, vimos la necesidad de conocer y comparar los niveles de estrés de los enfermeros de España y Portugal para realizar sus tareas, por un lado, en el Hospital de Oporto y por otro en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), así como su relación con variables sociodemográficas y laborales.

Para ello, 474 enfermeras y enfermeros fueron encuestados, el 52% en Oviedo y el 48% en Porto, a través de un cuestionario sociodemográfico y la Escala de Estrés laboral en enfermería de Gray-Toft y Anderson ⁽¹²⁾, adaptado al español y portugués. Ante los actuales flujos migratorios, estos resultados pueden contribuir a estudios transculturales de las fuentes de estrés comunes en los enfermeros, posibilitando mejorar la salud ocupacional de estos profesionales.

Así, la exigencia y el contacto frecuente con situaciones traumáticas junto con el trabajo de enfermería en los contextos de urgencia y emergencia hace que los enfermeros susceptibles a interiorizar el dolor de sus pacientes, potencien la fatiga por compasión, llevándonos a querer evaluar el nivel de fatiga por compasión en enfermeros y su asociación con las características sociodemográficas y/o profesionales.

Para ello elaboramos el tercer artículo, un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, con 87 enfermeros de servicios de urgencia y emergencia de adultos, de un hospital Universitario donde se aplicó un cuestionario sociodemográfico / profesional y la *Professional Quality of Life Scale 5*.

Todo exceso e interpretación emocional desproporcionada lleva consigo sus consecuencias ya sean a nivel físico como psicológico, lo que influye en el ambiente de trabajo y puede llegar a repercutir en la calidad de los cuidados prestados al paciente. Todo esto puede llegar a derivar también, en el Síndrome de Burnout, conocido como “Síndrome de estar quemado”.

Este síndrome es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla como respuesta al estrés laboral crónico y que afecta especialmente a los profesionales que mantienen una relación de ayuda constante y directa a otras personas.

Las tres características fundamentales del mismo son: cansancio o agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal ⁽¹³⁾.

El síndrome Burnout surge en Estados Unidos en 1974 por Freudenberg, para dar una explicación al proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional sanitarios, de servicios sociales y educativos.

A lo largo de estos años el síndrome de estar quemado por el trabajo ha quedado establecido como una respuesta al estrés laboral crónico que ocurre con frecuencia en los profesionales tales como: médicos, profesionales de enfermería, maestros, funcionarios de prisiones, policías, trabajadores sociales, etc. que trabajan en contacto directo con los usuarios ⁽¹⁴⁾.

En 1976 este término adquiere gran importancia porque dio nombre a esta patología y lo calificó como “sobrecarga emocional” o “síndrome de burnout” ⁽¹⁵⁾.

En 1982 Maslach y Jackson ⁽¹⁶⁾ propusieron una de las definiciones más aceptadas que lo describen como un síndrome tridimensional caracterizado por: agotamiento emocional (AE) por la pérdida progresiva de energía, el desgaste, el agotamiento, la fatiga; despersonalización (DP) manifestada por un cambio negativo de actitudes y respuestas hacia los demás con irritabilidad y pérdida de motivación hacia el trabajo; y baja realización personal (RP) sentimientos de fracaso y baja autoestima, con respuestas negativas hacia sí mismo y el trabajo.

En la actualidad el síndrome de burnout aparece en multitud de estudios que corroboran que tiene importantes implicaciones para la salud y bienestar y por ello es importante evitar que se produzca.

Así, y aprovechando mi estancia en Portugal, y mi integración en el grupo de investigación INTSO, que también integra investigadores de Brasil, vimos la oportunidad de realizar un estudio comparativo entre enfermeros españoles y brasileños en relación al burnout.

1.3 Presentismo, Estrés, Fatiga por compasión y Burnout

El presentismo es un concepto relativamente reciente, y por lo tanto poco explorado. Las primeras publicaciones sobre éste aparecen en el año 1955, pero hasta el año 2000 no empieza a tener presencia. De esta manera, entre los años 2010 y 2016 es donde más publicaciones podemos encontrar, sin parar de crecer en los tres años posteriores.

El concepto de presentismo se encuentra referido al trabajador que acude a su puesto habitual de trabajo a pesar de su condición de enfermedad, apareciendo en un principio como antónimo del absentismo laboral, aunque ha ido evolucionando a lo largo de las últimas décadas ⁽⁷⁾. Los conceptos de absentismo y presentismo surgen a partir de un evento de salud que interrumpe el curso normal de la jornada laboral, que el modelo teórico propuesto por Johns ⁽⁷⁾ sostiene a partir de una situación de enfermedad.

Chapman ⁽¹⁷⁾, por otro lado, acuña dicho término como creciente propensión de los empleados a pasar más horas en el lugar de trabajo, cuando sus condiciones laborales o el propio empleo están en peligro.

Se dice que el 80% del éxito en la vida puede atribuirse simplemente a presentarse. Pero como podemos ver, los estudios indican que, al menos en el lugar de trabajo, esta irónica afirmación no es así.

El problema de que los trabajadores estén en el trabajo, pero, que debido a una enfermedad u otras afecciones médicas no realicen sus funciones de una forma adecuada, puede reducir la productividad individual.

De hecho, el presentismo parece ser un problema mucho más costoso que su contraparte que reduce la productividad, el ausentismo.

Y, a diferencia del ausentismo, el presentismo no siempre es evidente: uno sabe cuándo alguien no se presenta a trabajar, pero a menudo no puede saber cuándo, o cuánto, una enfermedad o una afección médica está obstaculizando el desempeño de alguien. Por fuera estás bien, pero la gente no sabe cómo te encuentras por dentro.

A pesar de ser una temática relativamente reciente, casi una veintena de instrumentos de evaluación ^(7,11,18,19) han sido descritos para su evaluación y establecer las implicaciones de esta problemática en el contexto laboral y sobre la salud del trabajador.

Gran parte de los estudios publicados sobre el presentismo están desarrollados en habla inglesa o portuguesa, en países como Estados Unidos, Inglaterra, Australia, Portugal o Brasil ^(7,9,11,18,20-22). A su vez, están priorizados en el sector sanitario, preocupado por el cuidado humano, donde resulta esencial que sus trabajadores estén preparados física y emocionalmente para desarrollar sus responsabilidades ^(7,17,18,20), sin contar con instrumentos válidos psicométricamente en el contexto español, escribimos el artículo “Adaptación y validación de la Escala de Presentismo de Stanford-6 en profesionales de la salud” con el objetivo de adaptar y validar la versión Stanford Presenteeism Scale a población española sanitaria para la evaluación del Presentismo.

Este artículo, actualmente se encuentra pendiente de aceptación tras varias revisiones y sus correspondientes modificaciones en la revista *International Nursing Review*.

La escala SPS-6 ⁽¹¹⁾ es uno de los instrumentos destacados disponibles como instrumento de aplicación simple, con amplia repercusión internacional ^(9,11,18,21,22), que trata de conocer la relación entre presentismo, problemas de salud y productividad entre los trabajadores; está validada en varios países, mostrando adecuadas propiedades psicométricas.

Es útil para determinar la prevalencia del presentismo y cómo este afecta a la productividad de los individuos; este cuestionario evalúa las habilidades de los participantes para concentrarse y ejecutar su trabajo, a pesar de sus problemas de salud, por medio de dos factores: finalizar el trabajo o "trabajo completado" (factor relacionado con las causas físicas) y mantener la concentración o "distracción evitada" (relacionado con aspectos psicológicos) ^(11,18).

Alba Martín ⁽²³⁾ afirma que *"un hospital que no cuida de la seguridad, la salud y el bienestar de sus trabajadores no puede ser un hospital seguro para sus pacientes. Seguridad del trabajador y Seguridad del Paciente son dos caras de la misma moneda y cada vez empezamos a encontrar más estudios que orientan hacia la idea de que una peor salud y bienestar de los trabajadores sanitarios puede tener importantes repercusiones para la calidad y la seguridad de los cuidados que los pacientes reciben"*.

La Organización Mundial de la Salud ⁽²⁴⁾ ha definido a los trabajadores de la salud como profesionales altamente estresados. En este sector, los profesionales a menudo se relacionan con personas que se encuentran en situaciones difíciles, en crisis; ya sea por sus condiciones médicas o por sus demandas psicológicas. Estas relaciones se constituyen en eventos de intensa carga emocional para el profesional, y, en muchos casos, estas situaciones tienen un desenlace negativo o fatal que es acompañado por sentimientos de frustración, temor, rabia o desesperación por parte del profesional, por lo que este tipo de situaciones son definidas como experiencias que ocasionan estrés mal adaptativo ^(25,26).

Estos planteamientos conceptuales, desde una perspectiva psicológica, vienen a referir la incidencia que las variables estrés y presión laboral pueden tener en los trabajadores, que tienen una fuerte incidencia en la realidad económica y laboral de los últimos años, caracterizada por la presencia de factores de inseguridad laboral ^(8,20,21); ello no implica olvidar cómo influye en la decisión de continuar asistiendo al trabajo la relación con los compañeros, más concretamente la cooperación con éstos ^(7,20), es decir, sentirse parte de un grupo puede hacer que el trabajador acuda a su puesto para evitar cargar con sus funciones al resto de compañeros.

Pero, por otro lado, la fatiga por compasión, se considera como un tipo de estrés derivado del compromiso emocional y de la empatía, generado al estar en contacto con pacientes que precisan de un gran cuidado, pues se encuentran sometidos a un profundo dolor que puede ser psicológico, físico, social o incluso espiritual.

Este término, relativamente reciente, fue introducido por Charles Figley en 1995 ⁽²⁷⁾, visibiliza una realidad que afecta específicamente a profesionales que trabajan con el objetivo de aliviar el sufrimiento en la vida de las personas que atienden, en concreto profesionales de la salud, que con el paso del tiempo experimentan de manera indirecta los efectos del trauma que padecían las personas que cuidaban, siendo además vulnerables a otro tipo de estrés o al desgaste por el trabajo.

Desde esta realidad se destaca la importancia de las características personales del individuo y el contexto que lo rodea, destacando entre estos factores la satisfacción y el estrés laboral, la inseguridad en el puesto de trabajo, políticas estrictas de asistencia o la relación con los compañeros; otros estudios refieren los factores personales, como el impacto de la vida familiar, para influir en este comportamiento ⁽²⁰⁾.

Cuando esto no ocurre, la salud impacta en el ámbito laboral al posibilitar el presentismo, es decir, la enfermedad se complica a lo largo del tiempo hasta que finalmente su gravedad provoca que el individuo necesite una baja por enfermedad, y se vivencia el contexto laboral como estresante a la vez que aparecen los primeros síntomas de quemadura emocional o de burnout ^(7,17,22,28,29).

Por lo tanto, la secuencia en el tiempo sería el presentismo primero, que condiciona un absentismo posterior, en función de la vivencia del contexto laboral, que lo relacionarían con problemas de absentismo e incremento de costes laborales ^(7,9,20). Se mantiene que cuando aparece una enfermedad se necesita un periodo de tratamiento y recuperación posterior para un total restablecimiento de la salud, en tanto el capital humano es el principal activo intangible para cualquier empresa.

CAPÍTULO II: OBJETIVOS

Objetivos

- Adaptación y validación de la Escala Stanford Presenteeism Scale SPS-6 para población española.
- Describir la incidencia de presentismo en los profesionales sanitarios del Principado de Asturias en las unidades de urgencias hospitalarias.
- Conocer y comparar los niveles de estrés de los enfermeros de España y Portugal de dos hospitales universitarios.
- Evaluar el nivel de fatiga por compasión en enfermeros y su asociación en función de características sociodemográficas / profesionales.
- Realizar un estudio comparativo entre enfermeros españoles y brasileños en relación al burnout.

CAPÍTULO III: PUBLICACIONES

Estudio 1: Presentismo en profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias

Cita: Sánchez-Zaballos M, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Díaz MP. Presentismo en profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias. Emergencias.2018; 30:35-40.

Factor de impacto 2017: 3,608

1er cuartil (3 de 26) Emergency Medicine

ISSN 1137-6821

Título: EMERGENCIAS: REVISTA DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE MEDICINA DE URGENCIAS Y EMERGENCIAS

ISSN relacionados: 2386-5857

País: España

URL:<http://emergencias.portalsemes.org/>

Ámbito: ciencias médicas y de la salud

Campo académico: emergencias médicas

Indizada en: Science Citation Index

Expanded, Scopus, CINAHL, EMBASE, Psycodoc, DIALNET

Evaluada en: LATINDEX. Catálogo v1.0 (2002 - 2017)

Métricas en: SJR. SCImago Journal & Country Rank, Scopus Journalmetrics

Políticas OA: Dulcinea color Blanco

ICDS: ISSN: 2386-5857,2386-5857,1137-6821 Está en índices de citas (Science Citation Index Expanded, Scopus) = +3.5 Está al tiempo en WoS (AHCI, SCIE o SSCI) y en Scopus (Science Citation Index Expanded, Scopus) = +1 Está en dos o más bases datos de indización y resumen o en DOAJ (, CINAHL, EMBASE, Psycodoc) = 3+2 = 5 Antigüedad = 31 años (fecha inicio: 1988) Pervivencia: $\log_{10}(30) = +1.5$ ICDS = 11.0

Este capítulo (p. 24-29) se corresponde con el artículo:

Sánchez Zaballos M., Baldonado Mosteiro M., Mosteiro Díaz M.P. *Presentismo en profesionales sanitarios de los servicios de urgencias y emergencias*. En **Emergencias**, 30(1), p. 35-40 (2018)

Debido a la política de autoarchivo de la publicación la versión de la editorial está disponible, únicamente para usuarios con suscripción de pago a la revista, en el siguiente enlace:

<http://emergencias.portalsemes.org/numeros-anteriores/volumen-30/numero-1/presentismo-en-profesionales-sanitarios-de-los-servicios-de-urgencias-y-emergencias/>

Información facilitada por equipo RUO

Estudio 2: Stress no trabalho em enfermeiros: estudo comparativo Espanha/Portugal

International Journal on Working Conditions

ISSN 2182-9535

O International Journal on Working Conditions é uma iniciativa da Rede de Investigação sobre Condições de Trabalho (RICOT) promovida pelo Instituto de Sociologia da Faculdade de Letras da Universidade do Porto, contando com o apoio de diversos parceiros institucionais. Informação mais detalhada sobre a RICOT pode ser consultada em <http://ricot.com.pt>

INDEXAÇÃO



RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal



Driver – Digital Repository Infrastructure Vision for European Research



B-on – Biblioteca do Conhecimento Online



Google Scholar



DOAJ – Directory of Open Access Journals



Diretório e Catálogo do Sistema Regional de Informação em Linha para Revistas Científicas da América Latina, Caraíbas Espanha e Portugal



CiteFactor - Directory Indexing of International Research Journals



Scientific Indexing Services (SIS)

WEB OF SCIENCE™

ISI Web of Science - Emerging Sources Citation Index



Stress no trabalho em enfermeiros: estudo comparativo Espanha/Portugal

Maria Baldonado, Pilar Mosteiro, Cristina Queirós, Elisabete Borges, Margarida Abreu

1 Facultad de Psicología, Universidad de Oviedo, Oviedo, Espanha, mariabaldonadomosteiro@gmail.com; 2 Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud, Universidad de Oviedo, Espanha, pilarmosteiro@gmail.com; 3 Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Porto, Portugal, cqueiros@fpce.up.pt; 4 NursID:Cintesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal, elisabete@esenf.pt; 5 NursID:Cintesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal, mabreu@esenf.pt

Resumo: Os enfermeiros confrontam-se constantemente com sofrimento e situações stressantes, que a longo prazo prejudicam o seu bem-estar psicológico, tendo implicações no cuidar. Pretende-se conhecer e comparar os níveis de stress de enfermeiros espanhóis e portugueses a exercer funções em Hospitais Centrais Universitários de Oviedo e do Porto, e sua relação com variáveis sociodemográficas e laborais. Foram inquiridos 474 enfermeiros, 52% em hospitais de Oviedo e 48% em hospitais do Porto, através de um questionário sociodemográfico e laboral e da Nursing Stress Scale (Gray-Toft & Anderson, 1981) adaptada para espanhol e português. Os resultados revelaram níveis baixos ou moderados de stress no trabalho nos seus vários fatores, sendo mais stressantes a sobrecarga do trabalho e dificuldade em lidar com a morte. Os dois países apresentam poucas diferenças significativas, embora em Portugal tenha sido considerado mais stressante a falta de suporte e a incerteza quanto aos tratamentos. Em Espanha a idade e antiguidade no serviço apresentam correlações negativas com as dimensões do stress, enquanto em Portugal existem correlações negativas com os anos de experiência profissional. Surgem associados a maior stress ser mulher, não ter filhos nem cônjuge, e ter contrato definitivo, sobretudo em enfermeiros espanhóis. Perante os atuais fluxos migratórios, estes resultados podem contribuir para estudos transculturais das fontes de stress comuns nos enfermeiros, possibilitando melhorar a saúde ocupacional destes profissionais.

Palavras-chave: Stress, Enfermeiros, Estudo comparativo, Portugal, Espanha.

Stress at work among nurses: a comparative study Spain/Portugal

Abstract: Nurses are constantly confronted with suffering and stressful situations, which in a long run prejudices their psychological well-being, having implications for caring. This study aims to know and to compare the stress levels of Spanish and Portuguese nurses working in central university hospitals of Oviedo and Porto, and their relationship with sociodemographic and labor variables. We inquired 474 nurses, 52% in Oviedo hospitals and 48% in Porto hospitals, using a sociodemographic and labor questionnaire and the Nursing Stress Scale (Gray-Toft & Anderson, 1981) adapted to Spanish and Portuguese languages. Results revealed low or moderate levels of job stress in its various dimensions, being more stressful the work overload and the difficulty to deal with death. The two countries present few significant differences, although in Portugal the lack of support and the uncertainty of the treatments were considered more stressful. In Spain, age and job experience present negative correlations with stress dimensions, while in Portugal the negative correlations are with years of job experience. It is associated with stress to be a woman, not having children neither spouse, and having a definitive job contract, especially in Spanish nurses. Due current migratory flows, these results can contribute to cross-cultural studies about similar stress sources in nurses, allowing to improve the occupational health of these professionals.

Keywords: Stress, Nurses, Comparative study, Portugal, Spain.

1. Introdução

Uma das principais fontes de stress na vida de um indivíduo é a sua ocupação, sendo o stress ocupacional um problema de saúde comum, sério e dispendioso no ambiente de trabalho (Oliveira et al., 2014). As Nações Unidas consideram-no a doença do século XX e nos últimos anos a Organização Mundial de Saúde declarou-o como uma epidemia (Oliveira et al., 2014). De facto, na Europa, o stress afeta cerca de 40 milhões de trabalhadores, estimando a European Agency for Safety & Health at Work (EU-OSHA, 2017a) que seja responsável por aproximadamente 50 a 60% de todos os dias de trabalho perdidos. Note-se que o stress remete para uma situação na qual o indivíduo sente que tem falta de recursos necessários para superar as exigências impostas (Grawitch, Ballard, & Erb, 2014), reagindo com alterações fisiológicas e psicológicas que expressam esta discrepância e a dificuldade em conseguir controlar a situação. Ideia que Selye (1974) associou ao "distress", por oposição ao "eustress" como desafio ou motivação da tarefa. No contexto laboral, utiliza-se a designação de stress, que, sendo crónico, vai esgotando as capacidades do trabalhador, tendo um carácter sempre negativo (Pines & Keinan, 2005) e de drenagem lenta da capacidade de enfrentar o stress e da redução dos recursos do trabalhador (Bakker et al., 2014), sendo causa de acidentes no trabalho e considerado um risco psicossocial no trabalho (EU-OSHA, 2017b).

O stress ocupacional, laboral ou stress no trabalho é definido como uma pressão fisiológica e psicológica causada pelo desequilíbrio entre as exigências pessoais e a adaptabilidade às condições profissionais (Maina, Palmas & Filon, 2008). Sadock e Sadock (2011) reconhecem o stress como um fenómeno complexo e multicausal, que reflete a natureza de um facto ou a capacidade do indivíduo utilizar os seus recursos para se adaptar a uma situação, superando as ameaças, externas e internas. A International Labour Organization (ILO-2016) corrobora que o stress relacionado com o trabalho é determinado pela organização do trabalho, o design do trabalho e as relações de trabalho e ocorre quando as exigências do trabalho não combinam ou excedem as capacidades, os recursos ou as necessidades do trabalhador, ou quando o conhecimento ou as habilidades de um trabalhador ou de um grupo de trabalhadores para lidar com a situação não são compatíveis com as expectativas da cultura organizacional de uma empresa. Leka, Griffiths e Cox (2004) referem a falta de organização, demasiadas exigências e pressões, a má gestão, falta de condições no trabalho, falta de suporte, tarefas desagradáveis, má relação entre trabalhadores e chefes, pouca liberdade dada aos trabalhadores no controlo sobre o seu próprio trabalho e pouco poder de decisão.

Embora, durante a vida todos experimentem várias formas de stress, a maioria dos autores concorda que a maior incidência se regista entre profissionais responsáveis pelo desenvolvimento de outras pessoas e cuidadores, tais como, professores, assistentes sociais, psicólogos, médicos e enfermeiros (Lo et al., 2018; Mansour, Taha, El-Araby, & Younes, 2014).

Nos profissionais de enfermagem, o stress é um problema que tem despertado atenção de muitos investigadores, mas que ainda não tem tido a relevância necessária nas instituições de saúde onde exercem a sua atividade profissional. Além disso, alguns estudos referem que exigências da enfermagem são comuns em diferentes países, devido às características do ato de cuidar e às suas implicações no agir dos enfermeiros (Admi & Yael, 2016; Vishwanath et al., 2013; Sonoda et al., 2018).

Este é um estudo de natureza quantitativa, descritivo correlacional, comparativo e transversal, em que participaram enfermeiros a trabalhar em Hospitais Centrais

Universitários espanhóis (Oviedo) e portugueses (Porto), estando inserido no projeto "INT-SO - Dos contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha". Tem como objetivos conhecer e comparar os níveis de stress de enfermeiros espanhóis e portugueses e sua relação com variáveis sociodemográficas e laborais. Para enquadrar teoricamente o tema, descreve-se seguidamente o stress nos profissionais de enfermagem.

2. Enquadramento teórico

Na área da saúde o stress é um facto e, de todos os profissionais de saúde, os enfermeiros são os mais expostos (Ratochinski et al., 2016), sendo por isso fundamental conhecer as causas do seu stress no trabalho. Para Souza e colaboradores (2017) estas causas podem ser internas ou externas, devendo ter em consideração que as condições externas (mudanças político-económicas e sociais, acidentes, mudanças no trabalho, entre outras) que afetam o trabalhador, frequentemente não dependem da vontade da pessoa (Lipp, 2014).

A ILO (2016) identificou dez tipos de características de trabalho stressantes que podem ser divididas em dois grupos: conteúdo do trabalho e contexto de trabalho. O primeiro grupo, conteúdo do trabalho, refere-se às condições de trabalho e à organização do trabalho, tendo sido o impacto da carga de trabalho na saúde dos trabalhadores um dos primeiros aspetos a ser estudado. Tanto a carga de trabalho quantitativa (quantidade de trabalho a ser realizada) quanto a carga de trabalho qualitativa (dificuldade de trabalho) foi associada ao stress, devendo a carga de trabalho ser considerada em relação ao espaço de trabalho, ou seja, a velocidade com que o trabalho deve ser concluído e a natureza e o controle dos requisitos de estimulação. Além disso, o conteúdo do trabalho (design da tarefa) inclui vários aspetos perigosos, tais como o baixo valor do trabalho, a baixa utilização de habilidades, a falta de variedade de tarefas, a repetição do trabalho, a incerteza, a falta de oportunidade de aprender, a elevada exigência de atenção, o conflito de exigências e os recursos insuficientes. Note-se que a incerteza pode ser expressa de várias formas, incluindo a falta de feedback de desempenho, a incerteza quanto à ambiguidade do comportamento desejável e a incerteza sobre o futuro (insegurança no emprego). No que se refere aos horários de trabalho, destaca-se o impacto do trabalho por turnos, o trabalho noturno e as longas horas de trabalho, fatores associados à perturbação dos ritmos circadianos biológicos e à má qualidade do sono diurno, contribuindo para aumentar o nível de stress e fadiga. São ainda destacadas as condições físicas e ambientais precárias, incluindo a disposição do local de trabalho e a exposição a agentes perigosos, que podem afetar quer o desempenho dos trabalhadores, quer o stress e a sua saúde física.

O segundo grupo, contexto de trabalho, inclui a organização do trabalho e as relações de trabalho, tais como a cultura e função organizacional, o papel na empresa, o desenvolvimento da carreira, a tomada de decisão, o equilíbrio entre o trabalho doméstico e as relações interpessoais no trabalho. A cultura e a função organizacional são particularmente significativas, pois afetam o desempenho de tarefas, a resolução de problemas e o desenvolvimento pessoal. A ILO (2016) salienta ainda que se a organização for percebida como fraca em relação a estes ambientes é provável que esta situação conduza a níveis elevados de stress. Realça ainda outros aspetos perigosos das funções organizacionais, nomeadamente a ambição por uma determinada função, conflito

de papéis, sobrecarga de tarefas, insuficiência de papel (quando as habilidades do indivíduo não são totalmente utilizadas) e a responsabilidade por outras pessoas.

Aplicando esta perspectiva aos profissionais de enfermagem e identificando as suas fontes de stress no trabalho, verifica-se no que se refere ao conteúdo do trabalho, que os profissionais de enfermagem encontram-se expostos à falta de espaço físico no local de trabalho, a situações imprevistas relacionadas com os doentes, a situações de responsabilidade em relação aos pacientes, ao trabalho em campo clínico e ao cuidar de doentes em estado terminal (Areces & García, 2017; Ko & Kiser-Larson, 2016; Souza et al., 2017), bem como a conflitos no local de trabalho, número reduzido de profissionais por turno e problemas familiares (AbuRuz, 2014; Areces & García, 2017). Alguns autores (AbuRuz, 2014; Saedpanah, Salehi & Moghaddam, 2016) acrescentam, ainda, a violência verbal e não-verbal, principalmente perpetrada pelos familiares dos doentes, como stressores no local de trabalho, bem como os comportamentos de *bullying* no contexto de trabalho (Borges & Ferreira, 2015; Teixeira, Ferreira, & Borges, 2016), e a dupla jornada de trabalho e rotina (Ratochinski et al., 2016).

Relativamente ao contexto de trabalho, os profissionais de enfermagem encontram-se expostos a fatores organizacionais e de gestão diversos. Por exemplo, Cruz e Abellán (2015) verificaram que a presença de estudantes em estágio aumentava o nível de stress global nos enfermeiros estudados. Armaneh (2017) comparou o stress dos enfermeiros em hospitais escolares e não escolares, tendo verificado que em ambos o trabalho por turnos era preditor de stress, mas nos hospitais não escolares o nível de educação e o modelo de cuidados também funcionavam como preditores de stress. Adriaenssens, Hamelink e Bogaert (2017) realçaram o stress associado a papéis de gestão, devido ao facto de os enfermeiros desempenharem um papel chave nas instituições de saúde e, por inerência deste, terem de gerir vários problemas relacionados com o ambiente de mudança que os serviços de saúde vivenciam atualmente.

Segundo a OIT (2016) o impacto do stress na saúde pode variar de acordo com a resposta individual. No entanto, refere que elevados níveis de stress podem contribuir para o desenvolvimento de problemas de saúde físicos, tais como doenças cardiovasculares, músculo-esqueléticas, mentais e comportamentais, destacando-se nestas últimas a ansiedade, depressão, exaustão emocional e burnout. Salienta-se ainda o crescente impacto dos comportamentos de enfrentamento emergentes, tais como abuso de álcool, drogas ou tabaco, dieta inadequada, substâncias para gestão de perturbações de sono e a relação destes com uma taxa crescente de doenças não transmissíveis e acidentes de trabalho. A propósito destes últimos, a OIT (2016) refere que os sintomas cognitivos ou físicos resultantes do stress relacionado com o trabalho podem aumentar a probabilidade de distração momentânea, erros de julgamento ou falha em atividades normais. Por fim, são realçados ainda como fatores de stress a sobrecarga de trabalho, reduzida liberdade para a tomada de decisão, falta de apoio organizacional, conflitos com supervisores e colegas, e trabalho altamente monótono, todos associados a maior probabilidade de lesão quando ocorre um acidente de trabalho.

Nos profissionais de saúde o stress tem sido associado à redução da saúde física e psicológica (Adriaenssens et al., 2017; Louch, Gardner & O'Connor, 2017), redução da satisfação no trabalho, aumento da rotatividade de pessoal e menor desempenho no trabalho (AbuRuz, 2014; Mansour et al. 2014). O abuso de álcool como um dos comportamentos de enfrentamento emergentes foi encontrado por Santos (2010) no seu trabalho, bem como o *bullying* como forma de interação social no trabalho desajustada

(Borges & Ferreira, 2015; Teixeira, Ferreira, & Borges, 2016). Estudos recentes (Lo et al., 2018; Sonoda et al., 2018) realçam a vontade de mudar de serviço a menor qualidade das relações entre colegas como estratégias de gerir o stress no contexto hospitalar, com consequências negativas no desempenho e no cuidar dos pacientes. Dadas as consequências do stress nos enfermeiros, é importante identificar o seu nível para, posteriormente, se desenharem programas de prevenção.

3. Método

Optou-se por um estudo de natureza quantitativa, descritivo correlacional, comparativo e transversal. A pesquisa quantitativa recolhe e analisa dados quantitativos, permitindo identificar a natureza das variáveis, suas relações e dinâmicas (Fortin, 2009). O estudo descritivo-correlacional tenta explorar e determinar a existência de relações entre variáveis, bem como descobrir os fatores ligados ao fenómeno em estudo. O estudo comparativo pretende comparar um determinado grupo com a finalidade de estabelecer relações entre as suas variáveis. Por fim, o estudo é transversal quanto à dimensão temporal, pois a recolha de dados ocorreu num único momento temporal (Fortin, 2009).

3.1. Participantes

A população do estudo foi constituída por enfermeiros a exercer funções em Hospitais Centrais Universitários das cidades de Oviedo (Espanha) e do Porto (Portugal). Definiu-se como critério de inclusão possuir tempo de experiência profissional superior a um ano. A amostra, de conveniência, foi constituída por 474 enfermeiros que trabalhavam em hospitais universitários centrais, dos quais 52% em Oviedo e 48% no Porto, selecionados por terem características organizacionais semelhantes e ambos os hospitais integram o projeto INT-SO. Estes enfermeiros eram 80% do sexo feminino, 52% casados, 44% com filhos, 56% com contrato estável, e 86% trabalhavam por turnos. As idades variaram de 22 a 60 anos ($M=37,3$ $DP=8,9$), tinham em média 13,6 anos de experiência profissional e estavam há cerca de 8 anos no atual serviço.

3.2. Instrumentos

Os dados foram recolhidos através de um questionário anónimo, constituído por duas partes: caracterização sociodemográfica e profissional; e Nursing Stress Scale (Gray-Toft & Anderson, 1981) adaptada para espanhol (Guerrero Téllez & Mosteiro Díaz, 2014) e para português (Santos, 2010). A primeira parte do questionário inclui informações sobre sexo, idade, estado civil, número de filhos, tipo de contrato, turnos de trabalho, anos de experiência profissional e antiguidade no serviço. A segunda parte foi composta pela Nursing Stress Scale (NSS), constituída por 34 itens avaliados numa escala de 4 pontos (de 0=Nunca até 3=Muito frequentemente), organizados em 7 fatores (morte e morrer; conflitos com médicos; preparação inadequada; falta de suporte; conflitos com enfermeiros; sobrecarga de trabalho e incerteza quanto aos tratamentos) e 3 dimensões (ambiente físico, psicológico e social) coincidindo o fator sobrecarga de trabalho com a dimensão do ambiente físico. A dimensão psicológica é composta pelos fatores morte e morrer, preparação inadequada com as necessidades emocionais dos doentes e dos seus familiares, falta de suporte dos colegas e incerteza quanto aos tratamentos, enquanto a dimensão social é composta pelos fatores conflito com médicos e conflito com enfermeiros. Todos os itens relatam situações do dia-a-dia dos enfermeiros, solicitando-se que cada uma seja avaliada em termos de frequência com que é considerada stressante

(ex: "Executar procedimentos que os doentes sentem como dolorosos" é considerado "nunca stressante" até "muito frequentemente considerado stressante"), não existindo como tal a possibilidade de contribuírem para o "eustress" de Selye (1974) e traduzirem o "distress" definido por este autor.

Apesar de terem sido utilizadas adaptações da NSS para cada um dos países envolvidos neste estudo, respeitando os fatores previamente identificados, calculou-se o coeficiente *Alpha de Cronbach* da NSS (escala global, fatores e dimensões), verificando-se que os valores encontrados (Tabela 1) são considerados adequados (Pestana & Gajero, 2005). A normalidade foi verificada através do teste de Kolmogorov-Smirnov, revelando ausência de normalidade, o que é frequente em estudos sobre o comportamento humano. Contudo, a dimensão da amostra (superior a 30) permite a aplicação do teorema do limite central, corroborando a aproximação à distribuição normal e o recurso à estatística paramétrica e apoiada pelos valores de *skewness* (assimetria) inferiores a 3 e de *kurtosis* (achatamento) inferiores a 7 (Maroco, 2010).

Tabela 1. Alpha de Cronbach, Skewness, Kurtosis e teste de Kolmogorov-Smirnov para a NSS

Nursing Stress Scale (NSS)	Alpha de Cronbach	Skewness	Kurtosis	Kolmogorov-Smirnov	p
Morte e morrer	0,689	0,417	0,202	0,086	0,000***
Conflitos com médicos	0,648	0,560	0,590	0,153	0,000***
Preparação inadequada	0,621	0,504	0,961	0,243	0,000***
Fatores					
Falta de suporte	0,800	0,605	0,477	0,197	0,000***
Conflitos com enfermeiros	0,636	0,712	0,700	0,143	0,000***
Sobrecarga de trabalho	0,756	0,074	-0,369	0,079	0,000***
Incerteza quanto aos tratamentos	0,723	0,694	1,246	0,159	0,000***
Dimensões					
Ambiente físico	0,756	0,074	-0,369	0,079	0,000***
Ambiente psicológico	0,839	0,634	1,313	0,064	0,000***
Ambiente social	0,770	0,603	0,537	0,100	0,000***
Escala Global	0,903				

* $p < 0,050$ ** $p < 0,010$ *** $p < 0,001$

3.3. Procedimentos

Foram solicitadas autorizações formais nas Instituições onde os enfermeiros exerciam a sua atividade, assim como nas respetivas Comissões de Ética para a Saúde. Os participantes foram informados dos objetivos da investigação e foi solicitado o seu consentimento informado. Os questionários foram distribuídos e recolhidos pelos investigadores em envelope fechado sem contacto direto com os participantes de modo a respeitar o anonimato. Os dados foram tratados através do programa IBM-SPSS 24, tendo-se recorrido a medidas estatísticas descritivas (média e desvio padrão) e inferenciais (correlação R de Pearson e teste T de Student).

4. Resultados

Os resultados revelaram níveis baixos ou moderados de stress no trabalho nas suas várias dimensões (Tabela 2), sendo mais stressantes a sobrecarga do trabalho (M=1,71) e dificuldade em lidar com a morte (M=1,42), por oposição ao reduzido stress provocado pela falta de suporte (M=0,98) ou conflitos com enfermeiros (M=0,99).

Tabela 2. Média e desvio padrão dos fatores e dimensões da NSS

Fatores e dimensões da NSS (escala 0-3 pontos)	N	Média	DP
Morte e morrer	474	1,42	0,47
Conflitos com médicos	474	1,16	0,45
Preparação inadequada	472	1,11	0,48
Falta de suporte	464	0,98	0,66
Conflitos com enfermeiros	472	0,99	0,52
Sobrecarga de trabalho/ Ambiente físico	474	1,71	0,57
Incerteza quanto aos tratamentos	469	1,20	0,48
Ambiente Psicológico	474	1,18	0,40
Ambiente Social	474	1,07	0,42

A comparação entre países (Tabela 3) revelou poucas diferenças significativas, entre Portugal e Espanha, embora em Portugal tenham sido considerados mais stressantes os fatores: falta de suporte e incerteza quanto aos tratamentos.

Tabela 3. Análise comparativa entre amostras para NSS

NSS	Pais	N	M (DP)	t-Student (p)
Morte e morrer	Espanha	247	1,42 (0,43)	-0,081 (0,936)
	Portugal	227	1,42 (0,51)	
Conflito com Médicos	Espanha	247	1,15 (0,44)	-0,272 (0,786)
	Portugal	227	1,16 (0,46)	
Preparação Inadequada	Espanha	247	1,10 (0,43)	-0,637 (0,524)
	Portugal	225	1,13 (0,54)	
Falta de Suporte	Espanha	247	0,92 (0,64)	-2,009 (0,045*)
	Portugal	217	1,05 (0,68)	
Conflito com Enfermeiros	Espanha	247	0,95 (0,46)	-1,586 (0,113)
	Portugal	225	1,03 (0,58)	
Sobrecarga de Trabalho/Ambiente Físico	Espanha	247	1,74 (0,53)	1,005 (0,315)
	Portugal	227	1,69 (0,61)	
Incerteza quanto aos Tratamentos	Espanha	247	1,16 (0,42)	-2,267 (0,024*)
	Portugal	222	1,26 (0,54)	
Ambiente Psicológico	Espanha	247	1,15 (0,33)	-1,752 (0,081)
	Portugal	227	1,22 (0,46)	
Ambiente Social	Espanha	247	1,05 (0,40)	-1,133 (0,258)
	Portugal	227	1,10 (0,45)	

* $p < 0,050$ ** $p < 0,010$ *** $p < 0,001$

Relativamente à comparação de médias no grupo de enfermeiros espanhóis (Tabela 4), constatamos que os enfermeiros do sexo feminino evidenciam maior stress associado ao fator preparação inadequada ($M=1,12$), enquanto os enfermeiros sem parceiro revelam maior stress associado à sobrecarga de trabalho/ambiente físico, ($M=1,84$). Os enfermeiros sem filhos apresentam maior stress nos fatores conflito com enfermeiros ($M=1,04$), sobrecarga trabalho/ambiente físico ($M=1,87$), incerteza quanto aos tratamentos ($M=1,23$), e nas dimensões ambiente psicológico ($M=1,20$) e ambiente social ($M=1,12$). O stress associado ao conflito com enfermeiros ($M=1,01$) e incerteza quanto aos tratamentos ($M=1,21$) é maior nos enfermeiros com vínculo precário.

Tabela 4. Análise comparativa em função de variáveis sociodemográficas/profissionais (Espanha)

NSS	Variável	N	M (DP)	t (p)
Preparação Inadequada	Mulher	210	1,12 (0,42)	2,204 (0,028*)
	Homem	30	0,94 (0,51)	
Conflito com Enfermeiros	Sem filhos	118	1,04 (0,50)	2,760 (0,006**)
	Com filhos	123	0,87 (0,41)	
	Definitivo	97	0,87 (0,48)	-2,367 (0,019*)
	Precário	148	1,01 (0,45)	
Sobrecarga de Trabalho/ Ambiente Físico	Sem Parceiro	99	1,84 (0,50)	2,323 (0,021*)
	Com Parceiro	146	1,68 (0,55)	
	Sem filhos	118	1,87 (0,49)	4,037 (0,000***)
	Com filhos	123	1,60 (0,53)	
Incerteza quanto aos Tratamentos	Definitivo	97	1,59 (0,49)	-3,552 (0,000***)
	Precário	148	1,84 (0,54)	
	Sem filhos	118	1,23 (0,43)	2,981 (0,003**)
	Com filhos	123	1,07 (0,39)	
Ambiente Psicológico	Definitivo	97	1,07 (0,37)	-2,668 (0,008**)
	Precário	148	1,21 (0,45)	
	Sem filhos	118	1,20 (0,34)	
Ambiente Social	Com filhos	123	1,10 (0,31)	2,411 (0,017*)
	Sem filhos	118	1,12 (0,41)	2,657 (0,008**)
	Com filhos	123	0,99 (0,37)	

* $p < 0,050$ ** $p < 0,010$ *** $p < 0,001$

Quando comparadas as médias entre grupos na amostra de enfermeiros portugueses (Tabela 5), verificamos que os enfermeiros sem parceiro apresentam média superior no fator conflito com médicos ($M=1,23$) em dimensão ambiente social ($M=1,17$) e os que não têm filhos têm média superior no fator incerteza quanto aos tratamentos ($M=1,32$). No que se refere às variáveis profissionais são os enfermeiros com contrato definitivo que apresentam maior stress associado ao conflito com enfermeiros ($M=1,09$), sobrecarga de trabalho/ambiente físico ($M=1,76$) e dimensão ambiente social ($M=1,13$).

Tabela 5. Análise comparativa em função de variáveis sociodemográficas/profissionais (Portugal)

NSS	Variável	N	M (DP)	t (p)
Conflito com Médicos	Sem Parceiro	127	1,23 (0,47)	2,337 (0,020*)
	Com Parceiro	100	1,08 (0,43)	
Conflito com Enfermeiros	Definitivo	165	1,09 (0,60)	2,454 (0,015*)
	Precário	59	0,87 (0,51)	
Sobrecarga de Trabalho/ Ambiente Físico	Definitivo	167	1,76 (0,61)	2,813 (0,005**)
	Precário	59	1,50 (0,56)	
Incerteza quanto aos Tratamentos	Sem filhos	141	1,32 (0,55)	2,262 (0,025*)
	Com filhos	80	1,15 (0,50)	
Ambiente Social	Sem Parceiro	127	1,17 (0,46)	2,575 (0,011*)
	Com Parceiro	100	1,01 (0,41)	
	Definitivo	167	1,13 (0,45)	1,990 (0,048*)
	Precário	59	1,00 (0,42)	

* $p < 0,050$ ** $p < 0,010$ *** $p < 0,001$

A análise correlacional (Tabela 6) permitiu verificar que a idade dos enfermeiros espanhóis apresenta uma associação fraca e negativa com os fatores morte e morrer, conflito com médicos, preparação inadequada, conflito com enfermeiros, sobrecarga de

trabalho/ambiente físico, incerteza quanto aos tratamentos, e dimensões ambiente psicológico e ambiente social. Na variável experiência profissional foram os enfermeiros portugueses que evidenciaram resultados estatisticamente significativos, com uma associação fraca e negativa, nomeadamente com os fatores morte e morrer, conflito com médicos, sobrecarga de trabalho/ambiente físico, incerteza quanto aos tratamentos e dimensão ambiente psicológico. Assim, em Espanha a idade constitui uma proteção, enquanto em Portugal a proteção resulta dos anos de experiência profissional.

Tabela 6. Correlações entre idade, experiência profissional, fatores e dimensões da NSS nas duas amostras

Fatores e dimensões da NSS	Espanha		Portugal	
	Idade	Experiencia Profissional	Idade	Experiencia Profissional
Morte e morrer	-,155*	-,119	-,137	-,158*
Conflitos com médicos	-,132*	-,064	-,126	-,158*
Preparação inadequada	-,128*	-,106	-,054	-,127
Falta de suporte	,081	,081	,098	,029
Conflitos com enfermeiros	-,139*	-,125	-,013	-,068
Sobrecarga de trabalho/ Ambiente físico	-,254**	-,215**	-,107	-,155*
Incerteza quanto aos tratamentos	-,241**	-,192**	-,129	-,189*
Ambiente Psicológico	-,129*	-,095	-,066	-,131*
Ambiente Social	-,153*	-,107	-,074	-,125

* $p \leq 0,05$ ** $p \leq 0,01$

5. Discussão e Conclusões

Trabalhar pode ser satisfatório ou pode ser perigoso e arriscado, pois segundo Rogers (2011) os enfermeiros prestam cuidados a indivíduos para os ajudar a atingir um ótimo estado de saúde e, simultaneamente, estão expostos a numerosos riscos no seu local de trabalho, nomeadamente o stress. Como já referido, o stress, pela sua abrangência e repercussões negativas na vida dos trabalhadores, é considerado o "mal do século" e um problema de saúde pública (Oliveira et al., 2014). A comparação dos níveis de stress de enfermeiros espanhóis e portugueses a trabalhar em hospitais de Oviedo e Porto revelou baixos ou moderados níveis de stress no trabalho, sendo fatores mais stressantes a sobrecarga do trabalho e dificuldade em lidar com a morte, por oposição ao reduzido stress provocado pela falta de suporte ou conflitos com colegas. Areces e García (2017), num estudo realizado em Oviedo-Espanha com enfermeiros, encontraram níveis moderados de stress e como situações que geraram mais stress a falta de profissionais e sobrecarga de trabalho. Um outro estudo realizado na Andalúzia-Espanha (Cruz & Abellán, 2015) também revelou níveis de stress médio, enquanto Mansour e colaboradores (2014), em Ryadh, verificaram que cerca de metade da amostra (49%) sentia stress e 7% apresentava stress extremo. Embora, os stressores ocupacionais variem de acordo com a natureza do local de trabalho (Amarneh, 2017), estudo comparativos sobre o impacto do stress em profissionais de enfermagem jordanas e sauditas a exercer a sua atividade profissional em vários serviços, incluindo oncologia e urgência (AbuRuz, 2014) e em serviços de ambulatório de oncologia nos Estados Unidos (Ko & Kiser-Larson, 2016), verificaram que as situações mais stressantes se encontravam relacionadas com a sobrecarga de trabalho e com a morte e o morrer. AbuRuz (2014)

alertou que, independentemente dos profissionais apresentarem maiores níveis de stress nas mesmas dimensões, que os enfermeiros jordanos estão mais sensibilizados para a percepção de stress por terem maiores habilitações profissionais que os sauditas, e que a sobrecarga de trabalho na Jordânia se deve à redução do número de enfermeiros e à sua elevada taxa de rotatividade nos serviços.

No atual estudo encontraram-se poucas diferenças significativas entre os países envolvidos. Em Portugal, as situações mais stressantes encontravam-se relacionadas com a falta de suporte e a incerteza quanto aos tratamentos, existindo correlação negativa e significativa do stress com os anos de experiência profissional. Em Espanha foi sobretudo a idade a apresentar correlações negativas com o stress. Noutros estudos realizados com enfermeiros portugueses, Gomes e colaboradores (2009) também constataram que a idade não influenciou os níveis de stress nos enfermeiros, enquanto Gonçalves (2015) e Rodrigues e Ferreira (2011) encontraram resultados diferentes em termos das situações mais stressantes, pois identificaram a sobrecarga de trabalho e a morte e o morrer como situações mais stressantes para os enfermeiros. Em termos de experiência profissional, Rodrigues e Ferreira (2011) observaram que os enfermeiros em início de carreira apresentavam níveis de stress mais elevados em relação aos enfermeiros graduados e aos enfermeiros especialistas. No entanto, não encontraram uma associação estatisticamente significativa entre a experiência profissional e o stress dos enfermeiros (Rodrigues & Ferreira, 2011). Já Gonçalves (2015) encontrou correlação negativa fraca entre a idade e os conflitos com os médicos, e correlação negativa fraca entre os anos de experiência e os fatores Morrer e morte, Conflitos com os médicos, Sobrecarga no trabalho, Incerteza quanto aos tratamentos, e com as dimensões ambiente psicológico e social. Estudos espanhóis corroboram os nossos resultados em termos de idade dos enfermeiros espanhóis (Cruz & Abellán, 2015), embora Areces e García (2017) não tenham encontrado correlações estatisticamente significativas entre a idade e o nível de stress. Noutros países, Mansour e colaboradores (2014), não encontraram nenhuma relação entre as características sociodemográficas, experiências e local de trabalho (maternidade, oncologia), enquanto Ko e Kiser-Larson (2016) encontraram uma relação positiva e significativa da idade e experiência profissional com os níveis de stress no trabalho.

No presente estudo, ser mulher e não ter filhos nem cónyuge estavam associados a maior percepção de stress, sobretudo em enfermeiros espanhóis, existindo estudo que associam mais stress ao sexo feminino em enfermeiros espanhóis (Areces & García, 2017) ou portugueses (Rodrigues & Ferreira, 2011). Gomes e colaboradores (2009) não encontraram diferenças estatisticamente significativas entre sexos nem estado civil, embora valores mais elevados fossem associados ao sexo feminino, e a enfermeiros que viviam em união de facto ou casados, mais novos, com menor experiência profissional, nos trabalhadores com contratos a prazo, nos profissionais que realizam trabalho por turnos e nos que trabalham mais horas. Já Gonçalves (2015) verificou que o sexo, habilitações e turno tiveram pouca influência nos fatores de stress mas encontrou os casados/união de facto com menor stress nos fatores Conflitos com os Médicos e Incerteza quanto aos tratamentos.

No tipo de contrato, a diferença mais relevante encontrada no nosso estudo foi a existência de maior nível de stress nos enfermeiros espanhóis com contrato precário e nos enfermeiros portugueses com contrato definitivo. Os resultados obtidos em Portugal estão em contradição com os resultados de Rodrigues e Ferreira (2011), que constataram

não existir relação entre o tipo de contrato e níveis de stress dos enfermeiros, ou mais stress nos enfermeiros com contrato precário. Contudo, Gonçalves (2015) constatou que o tipo de contrato tinha pouca influência no stress, embora enfermeiros com contrato definitivo apresentassem mais stress nos fatores Morte e morrer e Sobrecarga de trabalho. Os estudos de Areces e García (2017) e Qin, Zhong, Ma e Lin (2016) corroboram os nossos resultados em relação aos enfermeiros espanhóis, pois encontraram maior nível de stress nos trabalhadores com contrato precário.

Face à existência de stress a nível dos profissionais de enfermagem, os investigadores concordam que o stress ocupacional necessita ser gerido para prevenir que os profissionais de enfermagem atinjam elevados níveis de stress e que é necessário ajuda-los na transição para um menor nível ou ausência de stress. Assim, alguns autores (AbuRuz; 2014; Ko & Kiser-Larson, 2016; Labrage et al., 2018) recomendam que os líderes e os educadores em enfermagem desenvolvam intervenções (ex: exercícios e grupos de suporte que encorajem a verbalização dos sentimentos), e ainda que alguns gestores defendam que um certo nível de stress é produtivo para a sua instituição, quando tem efeitos negativos deve ser gerido efetivamente. Cruz e Abellán (2015) sugerem a formação em técnicas de autocontrolo e gestão de stress que reforcem o otimismo e a autoestima, incrementando a participação e a comunicação entre os trabalhadores e a direção. Em relação aos enfermeiros com papel de liderança, Admi e Eilon-Moshe (2016) recomendam a realização de workshops para estes manterem e desenvolverem as suas habilidades como líderes e gerirem o stress resultante do papel que desempenham. A utilização destas intervenções ajudam os enfermeiros a controlar o seu stress, a melhorar a sua qualidade de vida e a qualidade dos cuidados prestados (AbuRuz, 2014; Admi & Eilon-Moshe, 2016; Ko & Kiser-Larson, 2016). Adriaenssens e colaboradores (2017) salientam que a criação de um ambiente seguro e de apoio para os profissionais de saúde focado no seu bem-estar e na qualidade de cuidados ao doente é da responsabilidade de todos os *stakeholders*, tais como, executivos, administradores, gestores e equipa de enfermagem. É também consensual ser necessário conhecer as causas e o nível de stress para o sucesso das intervenções (AbuRuz, 2014; Admi & Eilon-Moshe, 2016).

Este estudo apresenta como limitações o desenho transversal, que apenas permite a análise das associações entre as variáveis e impede o estabelecimento de relações de causalidade, bem como a não comparação entre serviços específicos, apesar das semelhanças organizacionais entre os dois hospitais selecionados. Contudo, dado que nos dois países existiram resultados de enfermeiros colocados em serviços semelhantes e o objetivo era comparar países, os resultados podem ter implicações para a prática, a educação e a investigação.

Relativamente à prática, os responsáveis pelas instituições de saúde devem prevenir e reduzir o stress ocupacional dos enfermeiros, pois este tem impacto na saúde e bem-estar destes, na segurança dos doentes, na qualidade dos cuidados, nos resultados e nos custos da instituição, sugestão que está de acordo com as recomendações da EU-OSHA (2017) e da sua campanha "Locais de trabalho saudáveis para todas as idades". Admi e Eilon-Moshe (2016) recomendam que os programas devem ser desenhados de acordo com a perceção de stress dos profissionais de saúde e o seu nível de experiência no papel, sugerindo atividades de aprendizagem experimentais e simulações de situações que ocorrem no dia-a-dia, seguidas de discussão. Li e colaboradores (2017) sugerem

intervenções baseadas em técnicas psicodinâmicas e cognitivo-comportamentais apoiadas em modelos teóricos sólidos como o Effort-Reward Imbalance.

Quanto ao ensino, os resultados poderão estimular a discussão sobre a preparação idêntica dos enfermeiros, pois estudos com estudantes de enfermagem apontam já stressores comuns (Burnard et al., 2008), sugerindo que os enfermeiros enquanto cuidadores profissionais enfrentam mais desafios comuns do que diferenças culturais, podendo sofrer da mesma forma os efeitos do stress no seu trabalho e na sua formação. Do ponto de vista da investigação, poderão contribuir para estudos transculturais das fontes de stress comuns nos enfermeiros, dado os atuais fluxos migratórios, possibilitando melhorar a saúde ocupacional destes profissionais, independentemente do seu país de origem e focando-se no impacto que o stress laboral tem nestes profissionais e no seu ato de cuidar dos pacientes.

Referências

- AbuRuz M. E. (2014). A comparative study about the impact of stress on job satisfaction between Jordanian and Saudi nurses. *European Scientific Journal*, 10 (17), 162-172.
- Admi, H. & Yael, E.M. (2016). Do hospital shift charge nurses from different cultures experience similar stress? An international cross sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 48-57.
- Adriaenssens, J., Hamelink, A., & Bogaert P.V. (2017). Predictors of occupational stress and well-being in first-line nurse managers: a cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 85-92.
- Amarneh, B.H (2017). Social Support Behaviors and Work Stressors among Nurses: A Comparative Study between Teaching and Non-Teaching Hospitals. *Behavior Sciences*, 7 (5), 2-11.
- Arecas, R.S. & García Aranda, F.J. (2017). Occupational stressors in nurses working at hospitalization and critical care units. *Metas de Enfermería*, 20 (7), 56-61.
- Bakker, A.B., & Demerouti, E., & Sanz-Vergel, A.I (2014). Burnout and work engagement: The JD-R approach. *Annual Review of Organisational Psychology and Organizational Behaviour*, 1, 19.1-19.23.
- Borges, E., & Ferreira, T. (2015). Bullying no trabalho: Adaptação do Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) em enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 13, 25-33.
- Burnard, P., Edwards, D., Bennett, K., Thaibah, H., Tothova, V., Baldacchino, D., ... Myteveli, J. (2008). A comparative, longitudinal study of stress in student nurses in five countries: Albania, Brunei, the Czech Republic, Malta and Wales. *Nurse Education Today*, 28 (2), 134-145.
- Cruz, S., & Abellán, M. (2015). Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 543-552.
- Duan, X., Wu, Q., Zhu, X., & Shi, Y. (2017). Improving sleep quality relieves occupational stress in nurses of cardiac surgical intensive care unit. *Biomedical Research*, 28 (9), 3934-3940.
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2017a). *Riscos Psicossociais e Stress no Trabalho*. Acedido em Março 2018 in <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>
- EU-OSHA, European Agency for Safety and Health at Work (2017b). *Estimating the costs of work-related accidents and ill-health: An analysis of European data sources*. Luxembourg: Publications Office of the European Union.
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gomes, A.R., Cruz, J.F., & Cabanelas, S. (2009). Stress Ocupacional em Profissionais de Saúde: Um Estudo com Enfermeiros Portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25(3), 307-318.

- Gonçalves, S. F. (2015). *Stress em enfermeiros: estudo exploratório com a Nursing Stress Scale*. Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia. Porto: FPCEUP.
- Grawitch, M., Ballard, D., & Erb, K. (2014). To Be or Not to Be (Stressed): The Critical Role of a Psychologically Healthy Workplace in Effective Stress Management. *Stress and Health, 31*(4), 264-273.
- Gray-Toft, P., & Anderson, J. (1981). The Nursing Stress Scale: Development of an Instrument. *Journal of Behavioral Assessment, 3*(1), 11-23.
- Guerrero, T.A., & Mosteiro-Díaz, M.P. (2014). Psychological and psychological stress in emergency nurses: a multicentric cross-sectional study in three European hospitals of Finland, Portugal and Spain. Tesis fin de master. Oviedo: Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud (Enfermería), Universidad de Oviedo.
- ILO, International Labour Organization (2016). *Workplace stress: A collective challenge*. Geneva: International Labour Organization.
- Ko, W. & Kiser-Larson, N. (2016). Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units. *Clinical Journal of Oncology Nursing, 20*(2), 158-64.
- Labrage, L.J., McEnroe-Petite, D.M., Leocadio, M.C., Van Bogaert, P., & Cummings, G.G. (2018). Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review. *Journal of Clinical Nursing, 27*(7-8), 1346-1359.
- Leka, S., Griffiths, A., & Cox, T. (2004). *Work, organisation and stress: Systematic problem approaches for employers, managers and trade union representatives*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
- Lipp, M.E. (2014). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp*. S. Paulo, Brasil: Casa do Psicólogo.
- Lo, W.Y., Chien, L.Y., Hwang, F.M., Huang, N., & Chiou, S.T. (2018). From job stress to intention to leave among hospital nurses: A structural equation modelling approach. *Journal of Advanced Nursing, 74*(3), 677-688.
- Louch, G., O'Hara, J., Gardner, P. & O'Connor, D.B. (2017). A daily diary approach to the examination of chronic stress, daily hassles and safety perceptions in hospital nursing. *International Journal of Behavior Medicine. doi: 10.1007/s12529-017-9655-2*.
- Maina, G., Palmas, A., & Filon, F.L. (2008). Relationship between self reported mental stressors at the workplace and salivary cortisol. *International Archives of Occupational and Environmental Health, 81*, 391-400.
- Maio, T.M. (2016). *Bullying e engagement em enfermeiros*. Dissertação de Mestrado. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Mansour, E., Taha, N., El-Araby, M., & Younes, H. (2014). Nurses' perceived job related stress and job satisfaction in two main hospitals in Riyadh city. *Life Science Journal, 11*(8), 336-341.
- Maroco, J. (2010). *Análise estatística com o PASW Statistics*. Pêro Pinheiro: Report Number.
- Oliveira, J. D., Pessoa Júnior, J.M., Miranda, F.A., Cavalcante, E.S., & Almeida M G. (2014). Stress of nurses in emergency care: A social representations study. *Online Brazilian Journal of Nursing, 13*(2), 150-157.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. 4ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Pines, A., & Keinan, G. (2005). Stress and burnout: the significant difference. *Personality and Individual Differences, 39*, 625-635.
- Purpora, C., Cooper, A., & Sharifi, C. (2015). The prevalence of nurses' perceived exposure to workplace bullying and its effect on nurse, patient, organization and nursing-related outcomes in clinical settings: a quantitative systematic review protocol. *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports, 13*(9), 51-62.
- Ratochinski, C.M.W., Powlowytsch, P.W.M., Grzelczak, M.T., Souza, W.C., & Mascarenhas, L.P.G. (2016). O Estresse em Profissionais de Enfermagem: Uma Revisão Sistemática. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 20*(4), 341-346.

- Rodrigues, V.M.C.P. & Ferreira, A.S.S. (2011). Fatores geradores de stress em enfermeiros de Unidades de Terapia Intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 19(4), 1025-1032.
- Rogers, B. (2011). O enfermeiro de saúde no trabalho. In: Stanhope, M. & Lancaster, J. (Ed.), *Enfermagem de Saúde Pública: cuidados de saúde na comunidade centrados na população*. 7ª Ed. Loures: Lusodidacta, 1070-1095.
- Sadock, B.J., & Sadock, V.A. (2011). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (9ª ed.). Porto Alegre, Brasil: Artmed.
- Saedpanah, D., Salehi, S., & Moghaddam, L. F. (2016). The Effect of Emotion Regulation Training on Occupational Stress of Critical Care Nurses. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(12), VC01-VC04.
- Santos, J.M.O. (2010). *Stress profissional. consumo de bebidas alcoólicas. estudos numa amostra de enfermeiros*. Tese de Doutoramento em Ciências Sociais. Porto: Universidade de Fernando Pessoa.
- Selye, H. (1974). *Stress without distress*. Philadelphia, PA: J.B. Lippincott.
- Selye, H. (2005). *Stress of life*. New York, USA: McGraw-Hill.
- Sonoda, Y., Onozuka, D., & Hagihara, A. (2018). Factors related to teamwork performance and stress of operating room nurses. *Journal of Nursing Management*, 26(1), 66-73.
- Souza, J.A., Pessoa Júnior, J.M., & Miranda, F.A.N. (2017). Stress em serviço de urgência e os desafios para enfermeiros brasileiros e portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(12), 107-116.
- Teixeira, A., Ferreira, T., & Borges, E. (2016). Conceito e Atos de Bullying no Trabalho: Percepção dos Enfermeiros. *International Journal on Working Conditions*, 12, 19-34.
- Thompson, R., & George, L. (2016). Preparing New Nurses to Address Bullying: The Effect of an Online Educational Module on Learner Self-Efficacy. *MEDSURG Nursing*, 25(6), 412-432.
- Vishwanath, V.B., Tourigny, L., Wang, X., Lituchy, T., & Monserrat, S.I. (2013). Stress among nurses: a multi-nation test of the demand-control-support model. *Cross Cultural Management: An International Journal*, 20(3), 301-321.

Estudio 3: Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos

Revista latinoamericana de Enfermagem

ISSN 0104-1169

JCR: 0,712; SJR: 0,339; H Index Scopus: 29; Qualis en Enfermería: A1

<https://www.scimagojr.com/journalsearch.php?q=University%20of%20Sao%20Paulo,%20Ribeirao%20Preto%20College%20of%20Nursing%20Organisation&tip=pub>

Nursing (miscellaneous) 2018 Q3



Centro Colaborador de CAPES/CNPq para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

Avenida Bandeirantes, 3900 - Ribeirão Preto - São Paulo - Brasil - CEP 14040-902
Fone: 55 16 3315 3382 - 55 16 3315 3381 - Fax: 55 16 3315 0518
www.eerp.usp.br - eerp@usp.br

Ofício RLAE nº 012/2019, de 24/06/2019

Prezada autora,

Informamos que o artigo "Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos", de autoria de Elisabete Maria das Neves Borges, Carla Isabel Nunes da Silva Fonseca, Patrícia Campos Pavan Baptista, Cristina Maria Leite Queirós, Maria Baldonado-Mosteiro e Maria-Pilar Mosteiro-Díaz, protocolo RLAE-2018-2973.R1, foi aprovado e encontra-se em processo de publicação junto à Revista Latino-Americana de Enfermagem.

Atenciosamente,

Vinicius Vargas de Souza Nori

Secretaria da Revista Latino-Americana de Enfermagem

Seção de Comunicação e Publicações – EERP/USP

Ilma. Sra.

Elisabete Maria das Neves Borges

Autora de correspondência



Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos

Journal:	<i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>
Manuscript ID:	RLAE-2018-2973.R1
Manuscript Type:	Original Article
Study Area:	Occupational Health Nursing < Nursing
Select the study type:	Quantitative Research
Select the research design/procedure:	Cross-sectional Study
Keywords in English:	Compassion Fatigue, Nurses, Hospitals, Emergency Service, Professional Exhaustion, Work

SCHOLARONE[®]
Manuscripts

<https://mc04.manuscriptcentral.com/rlae-sclelo>

Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos

Objetivos: avaliar o nível de fadiga por compaixão em enfermeiros e sua associação em função de características sociodemográficas/profissionais. **Método:** estudo quantitativo, descritivo e transversal, com 87 enfermeiros de um serviço de urgência emergência de adultos, de um hospital universitário. Aplicou-se um questionário sociodemográfico/profissional e a escala *Professional Quality of Life Scale 5*. Para a análise dos dados recorreu-se a estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** verificou-se que a satisfação por compaixão apresenta as médias mais elevadas, seguida do *burnout* e do estresse traumático secundário. Encontraram-se no nível elevado 51% dos enfermeiros na satisfação por compaixão, 54% no *burnout* e 59% no estresse traumático secundário. Os participantes com mais idade apresentaram médias superiores de satisfação por compaixão e os do sexo feminino, mais novos, com menos tempo de experiência profissional e que não tinham atividades de lazer evidenciaram média superior de estresse traumático secundário. **Conclusão:** existe fadiga por compaixão expressa na grande percentagem de enfermeiros com elevados níveis de *burnout* e de estresse traumático secundário. A fadiga depende de fatores individuais como a idade, sexo, experiência profissional e atividades de lazer. A pesquisa e a compreensão deste fenómeno permitem o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde no trabalho.

Descritores: Fadiga por Compaixão; Enfermeiros; Hospitais; Emergências; Esgotamento Profissional; Trabalho.

Descriptoros: Desgaste por Empatia; Enfermeros; Hospitales; Urgencias Médicas; Agotamiento Profesional; Trabajo.

Descriptors: Compassion Fatigue; Nurses; Hospitals; Emergency Service; Professional Exhaustion; Work.

Introdução

A segurança, saúde e bem-estar dos profissionais de saúde são alvo de atenção a nível mundial dadas as exigências emocionais da sua tarefa, com significativa importância para a produtividade, competitividade e sustentabilidade das organizações⁽¹⁻³⁾.

Considerada uma das maiores ameaças à saúde mental dos profissionais de saúde⁽⁴⁻⁷⁾ a fadiga por compaixão foi definida como "comportamentos e emoções consequentes naturais resultantes do conhecimento de um evento traumatizante experimentado por um outro significativo – o stress resultante do ajudar ou do querer ajudar uma pessoa traumatizada ou em sofrimento"⁽⁸⁾. Posteriormente, o modelo de Qualidade de Vida Profissional apresenta a fadiga por compaixão como resultado da combinação de elevado burnout e estresse traumático secundário e reduzida satisfação por compaixão⁽⁹⁾.

Diferentes fatores contribuem para a fadiga por compaixão destacando-se a nível individual a personalidade, educação, experiência de trabalho, qualidade de vida pessoal, e a nível organizacional a especificidade da função e a reforma do sistema de saúde^(6,10). Pela sua exigência e contato frequente com situações traumáticas, o trabalho de enfermagem nos contextos de urgência e emergência torna os enfermeiros suscetíveis a interiorizarem a dor dos seus pacientes potenciando a fadiga por compaixão⁽¹¹⁻¹³⁾.

As manifestações da fadiga por compaixão são variadas e nem sempre têm sido valorizadas. Desenvolvem-se ao longo do tempo, comprometendo não só a saúde física, psicológica, cognitiva e espiritual dos profissionais, mas também a sua vida pessoal, social e profissional, o que se repercute negativamente no seu bem-estar e na qualidade de vida, bem como nas próprias instituições de saúde e a qualidade dos cuidados prestados^(4-5,14-16). Tendo os enfermeiros uma atividade emocionalmente exigente realizada em condições estressantes⁽¹⁷⁻²⁰⁾, com este estado pretendeu-se avaliar o nível de fadiga por compaixão em enfermeiros de um

1
2
3 serviço de urgência e emergência hospitalar de adultos e sua associação em função de
4 características sociodemográficas e profissionais.
5
6

7 8 9 **Método**

10 Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e transversal desenvolvido de maio a julho
11 de 2017, com enfermeiros portugueses de um serviço de urgência e emergência de adultos de
12 um hospital universitário da cidade do Porto, Portugal. Definiu-se como critério de inclusão ser
13 enfermeiro com tempo de serviço superior a 6 meses. Optou-se por uma amostra de
14 conveniência a partir de uma população de 93 enfermeiros. Participaram na pesquisa 87
15 enfermeiros, o que representou uma taxa de adesão de 94%.
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25

26 A coleta de dados foi efetuada por meio de um instrumento de auto-preenchimento de
27 caracterização sociodemográfica (sexo, idade, estado civil, ter filhos, habilitações académicas e
28 atividade de lazer) e profissional (tempo de experiência profissional, vínculo de trabalho,
29 horário de trabalho, ter dependentes a cargo, renda mensal e considerar o seu trabalho
30 estressante) e da *Professional Quality of Life Scale - ProQOL5*, traduzida e adaptada para a
31 população portuguesa^(9,21). Este instrumento avalia a fadiga por compaixão, sendo constituída
32 por 30 itens divididos em 3 subescalas, cada uma formada por 10 itens e que avalia os três
33 fenômenos distintos da satisfação por compaixão, *burnout* e estresse traumático secundário.
34 Cada item tem uma afirmação à qual se atribui uma pontuação numa escala de likert que varia
35 de 1 (Nunca) a 5 (Muito frequentemente). A fadiga por compaixão resulta de elevado *burnout*
36 e elevado estresse traumático secundário. Optou-se por esta escala dado que a mesma tem sido
37 atualmente uma das mais utilizadas para avaliar a fadiga por compaixão, sendo do interesse dos
38 investigadores, uma vez que integra o componente positivo de satisfação por compaixão e não
39 apenas o componente negativo⁽⁹⁾.
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Esta pesquisa foi aprovada pela Comissão de Ética para a Saúde, pelo Conselho de
4 Administração do hospital universitário e pelos autores da versão portuguesa da *Professional*
5 *Quality of Life Scale - ProQOL5*. O estudo encontra-se integrado no projeto "INT-SO - Dos
6 contextos de trabalho à saúde ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo
7 comparativo entre Portugal, Brasil e Espanha", do NuriID: Inovação e Desenvolvimento em
8 Enfermagem: Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS).
9

10
11
12 Após contato informal com o enfermeiro chefe do serviço de urgência e emergência de
13 adultos, onde foi realizada a pesquisa foi agendado, o momento de aplicação dos instrumentos.
14 Através do contato direto por uma das investigadoras com os enfermeiros potenciais
15 participantes foi apresentado o documento de informação do estudo, o consentimento
16 informado e o instrumento de coleta de dados. Com os enfermeiros que aceitaram participar na
17 pesquisa foi combinado a devolução dos instrumentos, passadas duas semanas, em envelope
18 fechado, de forma a garantir o anonimato e sendo recolhidos pela mesma investigadora.
19

20
21 Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial através do
22 *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 24. Realizou-se a análise com recurso a
23 frequências absolutas e relativas e a medidas de tendência central como a média, mediana,
24 máximo, mínimo e o Desvio Padrão, o coeficiente de correlação de Pearson, o teste paramétrico
25 t de student para amostras independentes e o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Na
26 análise estatística assumiu-se o limite de significância de $p < 0,05$ (grau de confiança de 95%).
27 Avaliou-se confiabilidade das subescalas através do coeficiente alfa de cronbach e a
28 normalidade através do teste de aderência de Kolmogorov-Smirnov.
29

30
31 Para o cálculo dos pontos de corte da *Professional Quality of Life Scale - ProQOL5* foram
32 seguidas as orientações da autora⁽⁹⁾, transformando os valores primários das subescalas
33 satisfação por comparação, burnout e estresse traumático secundário em Zscores e estes em
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 tscores. A reconversão dos valores primários forçada para obter $M=50$ e $DP=10$ possibilita a
4
5 comparação entre os valores das três dimensões e a comparação com outros estudos.
6
7

8 9 10 **Resultados**

11
12 Em relação às características sociodemográficas e profissionais, 57 (65,5%) dos
13
14 enfermeiros eram do sexo feminino, com média de idade de 37,1 ($DP=6,3$) anos, sendo a
15
16 mediana de 36, a mínima de 25 e a máxima de 52 anos, 50 (57,5%) não tinham parceiro, 42
17
18 (48,2%) tinham filhos, 80 (94,1%) eram licenciados e 5 (5,6%) tinham pós-graduação, 84
19
20 (96,6%) tinham vínculo definitivo, 85 (97,7%) trabalhavam por turnos rotativos, tinham 13,9
21
22 ($DP=6,1$) anos de média de experiência profissional, com um mínimo de 3, máximo de 31 e
23
24 mediana de 11 anos, 55,2% sem dependentes a cargo e 12,6% dependiam apenas da sua renda
25
26 mensal. Quanto ao estresse no local de trabalho, 86 (96,6%) dos participantes considerou o seu
27
28 trabalho estressante, apesar de 56 (64,4%) ter algum tipo de atividade de lazer fora do horário
29
30 de trabalho, sendo a atividade mais citada a prática de exercício físico.
31
32

33
34 A *Professional Quality of Life Scale - ProQOL5* apresentou valores de coeficiente de ajuste
35
36 de Cronbach referentes à satisfação por compaixão (0,90), *burnout* (0,77) e estresse traumático
37
38 secundário (0,82) semelhantes aos obtidos pela versão original⁽⁹⁾ e portuguesa⁽²¹⁾, com valores
39
40 de 0,88; 0,75; 0,81 e 0,86; 0,71; 0,83, respectivamente.
41
42

43
44 A análise das dimensões da Qualidade de vida profissional revela que a satisfação por
45
46 compaixão apresenta os valores médios mais elevados, seguida do *burnout*, tendo o estresse
47
48 traumático secundário os valores mais baixos (Tabela 1). A análise de correlação entre as
49
50 dimensões revelou que a correlação entre a satisfação por compaixão e o *burnout* é negativa e
51
52 forte, enquanto entre a satisfação por compaixão e estresse traumático secundário é negativa
53
54 mas fraca, e entre *burnout* e estresse traumático secundário é positiva mas fraca (Tabela 1).
55
56
57
58
59
60

Tabela 1 - Análise descritiva e correlacional das dimensões da fadiga por compaixão, dos enfermeiros, Porto, Portugal, 2017

Dimensões da ProQOL5* (10-50)	Min	Mx	M	DP	Satisfação por compaixão	Burnout
Satisfação por compaixão	22	48	37,1	5,9		
Burnout	16	38	26,0	5,6	-0,602 (0,000)*	
Estresse traumático secundário	11	39	23,9	5,5	-0,116	0,456 (0,000)†

*ProQOL5: Professional Quality of Life Scale; †valor obtido por meio do coeficiente de correlação de Pearson

Com base nos pontos de corte, verificou-se (Tabela 2) que 51% dos enfermeiros têm nível alto de satisfação por compaixão e 20% um nível baixo, no burnout 54% têm nível alto e 24% nível baixo e no estresse traumático secundário 59% têm nível alto e 20% nível baixo. Agrupando os níveis médio/alto das diferentes subescalas, encontramos na satisfação por compaixão 81%, no burnout 76% e no estresse traumático secundário 80% dos participantes.

Tabela 2 - Pontos de Corte da Professional Quality of Life Scale - ProQOL5 e frequências dos níveis das subescalas satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário, dos enfermeiros, Porto, Portugal, 2017

Dimensões Profissional Quality of Life Scale - ProQOL5*	Pontos de Corte - Percentis (tscores)			Níveis - N (%)		
	25	50	75	Baixo	Médio	Alto
Satisfação por compaixão	42,9	51,4	56,4	17 (19,5)	26 (29,9)	44 (50,6)
Burnout	42,8	48,1	58,8	21 (24,1)	19 (21,8)	47 (54,0)
Estress traumático secundário	43,0	48,3	59,1	17 (19,5)	19 (21,8)	51 (58,6)

*ProQOL5: Professional Quality of Life Scale

Considerando as características sociodemográficas e profissionais, verificou-se que dos 51% que apresentam nível alto de satisfação por compaixão, a maioria são mulheres (53%), com idade superior ou igual a 36 anos (59%), sem parceiro (56%), licenciados (50%), com experiência profissional inferior a 11 anos (53%), tempo de experiência no serviço inferior a 9 anos (54%) e consideraram o seu trabalho estressante (51%).

Apresentaram nível alto de burnout 54% dos enfermeiros, e destes são sobretudo mulheres (54%), com idade inferior a 35 anos (61%), sem parceiro (58%), pós Graduados/Mestrados/Doutorados (60%), com experiência profissional superior ou igual a 12

anos (55%), tempo de experiência no serviço superior ou igual a 10 anos (64%) e consideraram o trabalho stressante (55%).

Dos 59% com nível alto de estresse traumático secundário, a maioria são mulheres (67%), com idade inferior a 35 anos (74%), sem parceiro (64%), licenciados (61%), com experiência profissional inferior a 11 anos (68%), tempo de experiência no serviço inferior a 9 anos (69%) e consideraram o trabalho stressante (60%).

A análise comparativa em função de características sociodemográficas e profissionais revelou diferenças estatisticamente significativas apenas em função do grupo etário, sexo, experiência profissional e atividades de lazer (Tabela 3). Em relação ao grupo etário, os enfermeiros de idade igual ou superior a 36 anos apresentaram médias superiores de satisfação por compaixão e inferiores de burnout. Os Enfermeiros mais novos, do sexo feminino e com experiência igual ou inferior a 11 anos evidenciaram média superior de estresse traumático secundário. Por fim, os enfermeiros que não tinham atividades de lazer apresentaram médias superiores de burnout e de estresse traumático secundário.

Tabela 3 - Análise comparativa da ProQOL5* em função da idade, sexo e atividades de lazer dos enfermeiros, Porto, Portugal, 2017

ProQOL5*	Variável	N	M (DP)	pt
Satisfação por compaixão	≤ 35 anos	38	46,7 (10,7)	-0,006
	≥ 36 anos	49	52,5 (8,6)	
Burnout	Atividade Lazer -Sim	56	48,3 (9,2)	0,041
	Atividade Lazer -Não	31	52,9 (10,7)	
Estresse traumático secundário	≤ 35 anos	38	53,1 (9,8)	0,008
	≥ 36 anos	49	47,5 (9,4)	
	Mulher	57	51,9 (9,1)	0,011
	Homem	30	46,2 (10,6)	
	≤ 11 anos	38	52,6 (10,6)	0,031
	≥ 12 anos	49	47,9 (9,0)	
	Atividade Lazer -Sim	56	48,3 (9,4)	0,041
Atividade Lazer -Não	31	52,9 (10,4)		

*ProQOL5: Professional Quality of Life Scale. †valor obtido por meio do teste t de Student

1
2
3 Não foram encontradas diferenças em função do estado civil, existência de filhos, grau
4 acadêmico, tempo de experiência no serviço, dependentes a carga, renda familiar e percepção do
5 trabalho como estressante.
6
7
8
9

10 11 12 **Discussão**

13
14 Os valores médios encontrados através dos escores brutos para as subescalas satisfação
15 por compaixão, *burnout* e estresse traumático secundário são semelhantes aos de outras
16 investigações⁽²²⁻²⁵⁾, o mesmo acontecendo com os valores da satisfação por compaixão, *burnout*
17 e estresse traumático secundário em função dos pontos de corte^(4,9,21). De um modo geral, os
18 resultados deste estudo demonstram, como nos estudos supracitados, a predisposição que os
19 enfermeiros têm para desenvolver níveis elevados de fadiga por compaixão. Diversas pesquisas
20 demonstraram os custos emocionais de cuidar de pessoas em sofrimento, realçando a associação
21 entre a fadiga por compaixão e estresse no trabalho, sobretudo quando este é crônico e se
22 transforma em *burnout*^(14,24-26), bem como quando as situações são emocionalmente
23 desgastantes, podendo conduzir ao stress-pós-traumático primário^(30,14-15,20,27). De fato, a
24 possibilidade de poderem ser afetados pelas suas vivências, associado ao carácter altruísta e à
25 preocupação empática que caracteriza a relação profissional estabelecida com os pacientes,
26 constituem fatores de risco para o desenvolvimento da fadiga por compaixão, e
27 consequentemente, uma ameaça à saúde mental e ao bem-estar dos enfermeiros⁽⁶⁻⁷⁾.
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46

47 Relativamente à variação dos níveis de fadiga por compaixão em função de características
48 sociodemográficas e profissionais, os dados obtidos corroboram pesquisas em que as mulheres
49 apresentam médias superiores aos homens no estresse traumático secundário, talvez pela
50 capacidade empática das mulheres de se identificarem com os seus pacientes e absorverem os
51 seus medos e traumas⁽⁹⁾. Contudo, o mesmo não acontece em função da idade, que noutros
52 estudos não revelou uma diferença significativa^(9,21-22), enquanto nesta pesquisa os enfermeiros
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 com idade igual ou superior a 36 anos apresentam médias superiores de satisfação por
4 compaixão, mas inferiores de estresse traumático secundário, e os profissionais mais novos
5 revelam médias inferiores de satisfação por compaixão e superiores de estresse traumático
6 secundário, resultados semelhantes aos de outros investigadores⁽²¹⁾ maior capacidade de
7 adaptação às situações, bem como pelo mito do trabalhador saudável, ou seja, os enfermeiros
8 que estão efetivamente com mal-estar psicológico não se voluntariam para a participação em
9 estudos ou já poderão ter abandonado a profissão.

10
11
12 Verificou-se ainda que os enfermeiros com mais idade, em especial as mulheres,
13 apresentaram maiores níveis de satisfação por compaixão, o que corrobora resultados de outras
14 estudos⁽²²⁾ sugerindo que as mulheres evidenciaram maior prevalência na satisfação por
15 compaixão e capacidade de desempenhar o trabalho ao cuidar de quem sofre. Os enfermeiros
16 com tempo de experiência igual ou inferior a 11 anos revelam valores superiores de estresse
17 traumático secundário, o que se deve provavelmente ao fato de estes serem menos experientes
18 e se identificarem com mais facilidade com os pacientes, sugerindo assim que a fadiga por
19 compaixão diminui com os anos de experiência profissional^(7,23), podendo estar relacionada
20 com a capacidade de adaptação que ainda não é tão notória nos enfermeiros menos experientes.
21 Constatou-se que os enfermeiros que não realizam atividades de lazer estão mais expostos ao
22 *burnout* e ao estresse traumático secundário, o que vem confirmar a ideia de que os profissionais
23 que não investem na sua qualidade de vida pessoal estão em maior risco de fadiga por
24 compaixão⁽⁶⁾, pois concentram todo o seu foco de vida no trabalho, e quando este não
25 corresponde às expectativas ficam mais vulneráveis ao *burnout* e mal-estar psicológico.

26
27
28 Apesar do estudo apresentar como limitações o seu carácter transversal e a amostra de
29 conveniência o que não permite a extrapolação dos resultados para outros contextos, pode
30 contribuir para o estudo da fadiga por compaixão como fenómeno sobre o qual tem crescido a
31 evidência científica de que é uma ameaça à saúde mental dos enfermeiros^(3,7). Desta forma, é
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 possível alertar os enfermeiros e gestores hospitalares de que é importante monitorizar a saúde
4 mental dos profissionais de saúde tentando que o seu estado emocional e psicológico não seja
5 demasiado afetado pelos cuidados que prestam aos doentes e possam manter um nível ótimo de
6 desempenho ao nível dos cuidados prestados.
7
8
9
10
11

12 13 14 **Conclusão**

15
16 O estudo permitiu verificar que existe satisfação por compaixão, burnout e estresse
17 traumático secundário, com níveis médios a altos nesta amostra, e que a fadiga por compaixão
18 depende de fatores pessoais como a idade, sexo, experiência profissional e atividades de lazer.
19
20

21 Consideramos que a pesquisa e a compreensão deste fenómeno potenciam o
22 desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde no local de trabalho, em busca de uma
23 melhor qualidade de vida profissional dos enfermeiros e de uma prestação de cuidados de
24 qualidade. Recentemente diferentes autores enfatizaram as consequências negativas do cuidar
25 dos outros sem cuidar de si, alertando para a necessidade de melhor articular trabalhador e
26 tarefa, na promoção da sua saúde ocupacional, tal como vem sendo preconizado na enfermagem
27 do trabalho. Além disso, poderão ser utilizadas como estratégias de prevenção do stress
28 ocupacional nos enfermeiros, a implementação de formações sobre sintomas de stress laboral e
29 fadiga, bem como estimular a monitorização regular (ex: através de breves questionários da
30 responsabilidade dos serviços de saúde ocupacional) e os mecanismos de partilha e de suporte
31 entre pares (ex: sessões de discussão de casos reais com partilha de vivências, devendo existir
32 o máximo cuidado em não constituírem momentos de fragilidade pessoal passíveis de
33 acusações profissionais), os quais podem constituir importantes contributos para a prevenção
34 do burnout e da fadiga de compaixão, aumentando a satisfação com a prestação de cuidados
35 aos utentes.
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Referências

1. Elliott C. Emotional labour: learning from the past, understanding the present. *British Journal of Nursing*. Mark Allen Group; 2017 Oct 26; 26(19):1070-7. doi:10.12968/bjon.2017.26.19.1070.
2. Ueno LGS, Bobroff MCC, Martins JT, Bueno RCRM, Linares PG, SG. Occupational Stress: Stressors Referred By the Nursing Team. *Journal of Nursing UFPE on line*. 2017; 11(4):1632-38. doi:10.5205/reuol.9763-85423-1-SM.1104201710.
3. Giménez-Espert MC, Prado-Gascó VI, Valero-Moreno S. Impact of work aspects on communication, emotional intelligence and empathy in nursing. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019; 27: e3118. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2933.3118>.
4. Adimando A. Preventing and Alleviating Compassion Fatigue Through Self-Care: An Educational Workshop for Nurses. *J Holist Nurs*. 2017. doi: 10.1177/0898010117721581.
5. Wentzel D, Brysiewicz P. Integrative Review of Facility Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2017; 44(3): E124–40. doi: 10.1188/17.ONF.E124-E140.
6. Pehlivan T. Compassion Fatigue: The Known, Unknown. *Journal of Psychiatric Nursing* 2018; 9(2): 129-134. Doi:10.14744/phd.2017.25582
7. Missouridou E. Secondary posttraumatic stress and nurses' emotional responses to Patient's trauma. *J Trauma Nurs*. 2017; 24(2):110–5. doi:10.1097/jtn.0000000000000280.
8. Figley CR. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. *Journal of Clinical Psychology* 2002; 58:1433–41. doi: 10.1002/jclp.10090.
9. Stamm BH. *The Concise ProQOL Manual*. 2nd Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org. 2010. Available from: https://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf

- 1
2
3 10. Duarte J, Pinho-Gouveia J. The role of psychological factors in oncology nurses' burnout
4 and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*. 2017; 28:114-21.
5
6 doi: <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.04.002>
7
8
9
10 11. Van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of
12 compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: A
13 systematic review. *PLoS One*. 2015; 10(8):1-22. doi:10.1371/journal.pone.0136955.
14
15
16 12. Drury V, Craigie M, Francis K, Aoun S, Hegney DG. Compassion satisfaction, compassion
17 fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: Phase 2 results. *Journal*
18 *of Nursing Management*. 2014; 22(4):519-31. doi:10.1111/jonm.12168.
19
20
21 13. Henson JS. When Compassion Is Lost. *MedSurg Nurs*. 2017; 26(2):139-142. Available
22 from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30304598>
23
24
25 14. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Ventrato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L.
26 Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International Journal*
27 *of Nursing Studies*. 2017 Apr; 69:9–24. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003.
28
29
30 15. Jarrad R, Hammad S, Shawashi T, Mahmoud N. Compassion fatigue and substance use
31 among nurses. *Annals of General Psychiatry*. Springer Nature; 2018 Mar 13;17(1). Available
32 from: <http://dx.doi.org/10.1186/s12991-018-0183-5>
33
34
35 16. Ames M, Salmond E, Holly C, Kamienski M. Strategies that reduce compassion fatigue and
36 increase compassion satisfaction in nurses. *JBI Database Syst Rev Implement Reports*.
37 2017;15(7):1800–4. doi: 10.111124/JBISRIIR-2016-003142.
38
39
40 17. Guirardello EB. Impacto do ambiente de cuidados críticos no burnout , percepção da
41 qualidade do cuidado e atitude de segurança da equipe de enfermagem. *Revista Latino-*
42 *Americana de Enfermagem*. 2017; 25: e2884. doi: [http://dx.doi.org/10.1590/1518-](http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884)
43 [8345.1472.2884](http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884).
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 18. Gómez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendin-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-
4 Campos EM, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency
5 Nurses: A Meta-Analysis. *Critical Care Nurse*. AACN Publishing; 2017 Oct; 37(5):e1–e9. doi:
6 <http://dx.doi.org/10.4037/ccn2017508>.
7
8
9
10
11
- 12 19. Puerto J, Soler, L, Montesinos, M, Marcos, A, Chorda, V. A new contribution to the
13 classification of stressors affecting nursing professionals. *Revista Latino-Americana de*
14 *Enfermagem*. 2017; 25: e2895-2017. doi:10.1590/1518-8345.1240.2895.
15
16
17
18
- 19 20. Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, et al.
20 Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma
21 nurses. *Journal of Trauma Nursing*. 2014; 21(4):160-9. doi:10.1097/jtn.0000000000000055.
22
23
24
25
- 26 21. Carvalho P, Sá L. Qualidade de vida profissional nos cuidados paliativos: Adaptação
27 Cultural e estado de validade da escala "Professional Quality of Life 5 (ProQOL5)." *Inst*
28 *Ciências da Saúde da Univ Católica Port*. 2011. Available from:
29 <http://hdl.handle.net/10400.14/8918>
30
31
32
33
- 34 22. Duarte J. Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the
35 Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise*
36 *Psicológica*. 2017 Dec 26;35(4):529–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.14417/ap.1260>.
37
38
39
40
41
- 42 23. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors That Influence the Development of
43 Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses.
44 *Journal of Nursing Scholarship*. 2015; 47(2):186-94. doi: 10.1111/jnu.12122.
45
46
47
48
- 49 24. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion Satisfaction, Burnout,
50 and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected
51 Inpatient Specialties. *Journal of Emergency Nursing*. 2010; 36(5):420-7. doi:
52 [10.1016/j.jen.2009.11.027](https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027).
53
54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3 25. Giorgi F, Mattei A, Notarnicola I, Petrucci C, Lancia L. Can sleep quality and burnout affect
4 the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. *Journal of*
5 *Advanced Nursing*. Wiley-Blackwell; 2018 Nov 22; 74(3):698-708. doi:10.1111/jan.13484.
6
7
8
9 26. Chen S-C, Chen C-F. Antecedents and consequences of nurses' burnout. *Management*
10 *Decision*. Emerald; 2018 Apr 9;56(4): 777-92. doi:10.1108/MD-10-2016-0694.
11
12
13 27. Yu H, Jiang A, Shen J. Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and
14 compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-sectional survey. *International*
15 *Journal of Nursing Studies*. 2016; 57:28–38. doi:10.1016/j.ijnursta.2016.01.012.
16
17
18
19 28. Sacco TL, Ciarzynski SM, Harvey ME, Ingersoll GL. Compassion Satisfaction and
20 Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse*. 2015; 35(4):32–43.
21
22
23
24
25
26
27
28
29 29. Mooney C, Fetter K, Gross BW, Rinehart C, Lynch C, Rogers FB. A Preliminary Analysis
30 of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue with Considerations for Nursing Unit
31 Specialization and Demographic Factors. *Journal of Trauma Nursing*. 2017; 24(3):158–63.
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Estudio 4: Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis

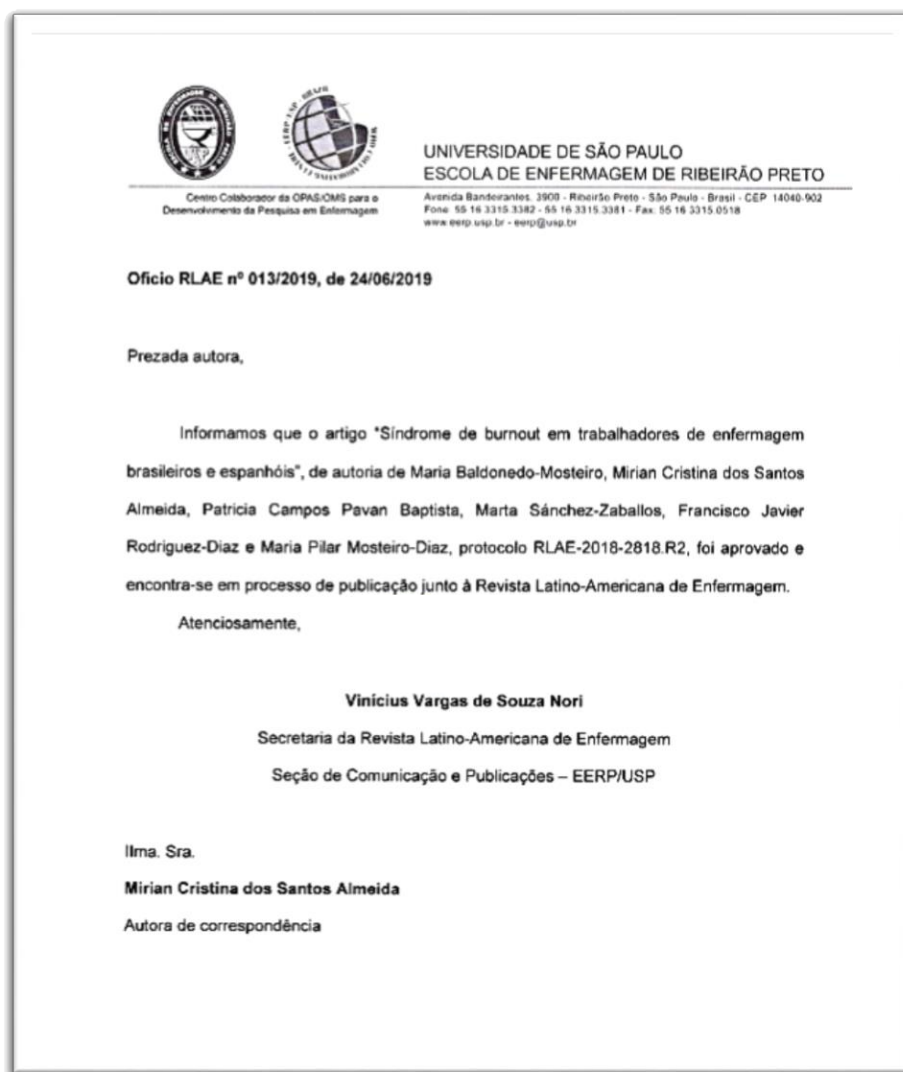
Revista latinoamericana de Enfermagem

ISSN 0104-1169

JCR: 0,712; SJR: 0,339; H Index Scopus: 29; Qualis en Enfermería: A1

<https://www.scimagojr.com/journalsearch.php?q=University%20of%20Sao%20Paulo,%20Ribeirao%20Preto%20College%20of%20Nursing%20Organisation&tip=pub>

Nursing (miscellaneous) 2018 Q3





**Síndrome de burnout em trabalhadores de enfermagem
brasileiros e espanhóis**

Journal:	<i>Revista Latino-Americana de Enfermagem</i>
Manuscript ID	RLAE-2018-2818.R2
Manuscript Type:	Original Article
Study Area:	Human Resources in Nursing < Nursing
Select the study type:	Quantitative Research
Select the research design/procedure:	Cross-sectional Study
Keywords in English:	Burnout, Professional, Despersonalization, Nursing, Nursing Staff, Health Personnel Management, Occupational Health

SCHOLARONE™
Manuscripts

Síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis

Objetivos: analisar os escores das dimensões do *burnout* em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis. Método: estudo quantitativo, transversal e comparativo, realizado com 589 trabalhadores de enfermagem que responderam o Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional e o *Maslach Burnout Inventory*. Procedeu-se a análise descritiva e analítica dos dados. Resultados: Os trabalhadores de enfermagem espanhóis apresentam maiores médias na dimensão Despersonalização ($p=0,004$) e os brasileiros maiores pontuações na dimensão Realização Profissional ($p= 0,031$). Observou-se que tanto na Espanha quanto no Brasil auxiliares/técnicos de enfermagem possuem maior Exaustão Emocional do que os enfermeiros; no Brasil a Despersonalização é maior em enfermeiros, na Espanha é maior em auxiliares/técnicos de enfermagem. Verificou-se resultados estatisticamente significativos na associação das dimensões do *burnout* com as características sociodemográficas e de trabalho: idade, categoria profissional, local de trabalho, regime de trabalho, turno de trabalho, tempo de experiência profissional, tempo de atuação no mesmo local de trabalho e considerar o trabalho estressante. Conclusão: Apesar dos trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis pontuarem níveis baixos de Despersonalização e elevados de Realização Profissional, verifica-se níveis médios de Exaustão Emocional, indicando um fator preventivo importante a ser trabalhado, uma vez que a Exaustão Emocional é considerada o primeiro estágio do *burnout*.

Descritores: Esgotamento Profissional; Despersonalização; Enfermagem; Recursos Humanos de Enfermagem; Administração de Recursos Humanos em Saúde; Saúde do Trabalhador.

Descriptors: Burnout, Professional; Despersonalization; Nursing; Nursing Staff; Health Personnel Management; Occupational Health.

1
2
3 Descriptores: Agotamiento Profesional; Despersonalización; Enfermería; Personal de
4 Enfermería; Administración del Personal en Salud; Salud Laboral.
5
6
7
8
9

10 **Introdução**

11
12 Os transtornos mentais nos trabalhadores de enfermagem têm adquirido maior
13 expressividade na última década, evidenciando uma séria problemática no campo da saúde do
14 trabalhador e para os serviços de saúde no contexto internacional⁽¹⁻³⁾.
15
16
17
18

19 Dentre os transtornos mentais, o *burnout*, uma síndrome psicossocial que surge em
20 resposta a estressores crônicos do trabalho, composta por Exaustão Emocional (EE),
21 Despersonalização (DE) e Realização Profissional (RP)⁽⁴⁾ tem sido alvo de muitas
22 investigações. Revisão sistemática recente apontou que países de todo o mundo estão
23 reconhecendo o impacto do *burnout* e do desgaste psíquico dos trabalhadores na produtividade,
24 especialmente pelo número de dias perdidos e pelo impacto na capacidade para o trabalho⁽¹⁾.
25 Outros estudos apontam os transtornos psíquicos e o *burnout* como responsáveis por grande
26 parte das restrições na enfermagem, intenção de abandonar a profissão, baixa qualidade da
27 assistência, aumento de erros, refletindo na segurança do paciente^(3,5-6).
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39

40 Apesar de algumas particularidades, o processo de trabalho da enfermagem acontece de
41 forma semelhante em diferentes países, devido às características inerentes ao cuidar e suas
42 implicações práticas, relacionadas a tensão emocional constante, necessidade de concentração,
43 atenção e grande responsabilidade⁽⁷⁾. Além disso, a natureza do trabalho em saúde,
44 caracterizada pela experiência da dor, sofrimento e perda de pacientes, pode afetar os
45 trabalhadores, propiciando o surgimento da síndrome de *burnout*⁽²⁾.
46
47
48
49
50
51
52

53 Contudo, o *burnout* e outros transtornos psíquicos têm sido alvo de investigações, na
54 perspectiva da análise das condições de trabalho, e detalhamento das variáveis que permeiam
55 esse constructo⁽⁸⁻¹¹⁾. Nessa direção, questões organizacionais no trabalho da enfermagem
56
57
58
59
60

1
2
3 brasileira e europeia também têm refletido no adoecimento físico e psíquico dos trabalhadores
4 devido às condições de trabalho adversas, agravadas com a recente crise econômica, que expôs
5 os trabalhadores desses cenários ao aumento da sobrecarga de trabalho, má dimensionamento
6 de recursos humanos, aumento do número de vínculos informais e medo do desemprego^(8,10,12).
7
8

9
10
11
12 Esses resultados trazem implicações para o campo de estudos e práticas em saúde do
13 trabalhador, revelando a necessidade de medidas protetivas à saúde mental dos profissionais da
14 equipe de saúde, especialmente da enfermagem.
15
16
17

18
19 Tanto no Brasil como na Espanha, a equipe de enfermagem é constituída por
20 enfermeiros, profissional com escolaridade de nível superior e auxiliares/técnicos de
21 enfermagem, que se profissionalizam com um curso de menor duração, de nível médio. O papel
22 da enfermeiro envolve ações mais complexas do cuidar e o gerenciamento da equipe, enquanto
23 os auxiliares/técnicos são responsáveis pelo desenvolvimento de atividades de menor
24 complexidade e maior exigência física como higienização dos pacientes e arrumação dos leitos.
25
26 Ponderando sobre os dados apresentados, a similaridade dos contextos do trabalho e a
27 importância de diagnosticar para intervir e prevenir agravos aos trabalhadores e
28 consequentemente às organizações e aos pacientes, o presente estudo objetivou analisar os
29 escores das dimensões do *burnout* em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis.
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43

44 **Método**

45
46
47 Estudo de abordagem quantitativa, transversal e comparativo, utilizando amostragem
48 não probabilística por conveniência constituída por 589 trabalhadores de enfermagem
49 (enfermeiros, auxiliares/técnicos de enfermagem) brasileiros e espanhóis. Seguindo os
50 preceitos éticos vigentes em cada país, foi aprovado no Brasil pelo Comitê de Ética em Pesquisa
51 da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (parecer 912.483 de 17/11/2014) e na
52 Espanha pelo Comitê Regional de Ética em Pesquisa Clínica do Principado de Astúrias (código
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 83/15). Esta pesquisa é parte do projeto multicêntrico “Dos contextos de trabalho à saúde
4 ocupacional dos profissionais de enfermagem, um estudo comparativo entre Portugal, Brasil e
5 Espanha”, desenvolvido entre a Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, a
6 Universidade de Oviedo, a Universidade do Porto e a Escola Superior de Enfermagem do Porto.
7
8
9

10
11 A coleta de dados foi realizada por dois dos autores, entre junho de 2015 e dezembro de
12 2016, em quatro instituições públicas hospitalares e uma pré-hospitalar do litoral norte de São
13 Paulo, Brasil e, em seis hospitais e seis instituições pré-hospitalares de uma Província do norte
14 de Espanha.
15
16

17
18 Tanto no Brasil, como na Espanha adotou-se seguintes procedimentos para coleta de
19 dados: previamente foi verificado junto aos gerentes das instituições de saúde os dias e horários
20 mais propícios para realização do convite aos trabalhadores de enfermagem para participarem
21 do estudo; estes foram abordados individualmente no local de trabalho e após esclarecimentos
22 sobre o teor da pesquisa e aspectos éticos pertinentes, os questionários, juntamente com os
23 Termos de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foram distribuídos e posteriormente
24 recolhidos, em data e horário agendados, em envelope lacrado, sem identificação externa,
25 buscando garantir o sigilo e a confiabilidade das informações, bem como não interferir na rotina
26 de trabalho. Foram elegíveis os trabalhadores de enfermagem das instituições que autorizaram
27 a aplicação do estudo e que estavam presentes no local de trabalho nas datas acordadas para
28 coleta de dados com os respectivos gerentes; excluiu-se 08 questionários com dados
29 incompletos e/ou ilegíveis.
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48

49 Para a coleta de dados, foram utilizados um Questionário de Caracterização
50 Sociodemográfica e Profissional (constam informações sobre idade, sexo, estado conjugal,
51 categoria profissional, tempo de formação profissional e no local atual de trabalho, regime de
52 trabalho e turno, se considera o trabalho estressante e se possui dependente ao qual presta
53 cuidados) e o *Maslach Burnout Inventory - Human Services Survey* (MBI-HSS) elaborado por
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Maslach e Jackson⁽¹³⁾, traduzido e validado para o Português⁽¹⁴⁾ e para o Espanhol⁽¹⁵⁾. Tanto no
4
5 Brasil, como na Espanha o MBI-HSS é constituído por 22 itens. Na versão brasileira cada item
6
7 é distribuído numa escala de 5 pontos, que varia de 0 a 4 (“nunca” até “diariamente”) e na
8
9 versão espanhola numa escala de 7 pontos, que varia 0 a 6 (“nunca” até “diariamente”). Assim,
10
11 para possibilitar a comparação dos escores entre os países foi necessário a normalização dos
12
13 mesmos, que foi realizada multiplicando-se os escores da versão brasileira por 600 e da versão
14
15 espanhola por 400. Após, os escores de ambas as versões da escala passaram a ser de 0 a 100.
16
17

18
19 O MBI-HSS avalia como é a vivência do trabalhador no seu trabalho em três dimensões:
20
21 Exaustão Emocional (EE) (itens 1, 2, 3, 6, 8, 13, 14, 16 e 20), Despersonalização (DE) (itens 5,
22
23 10, 11, 15 e 22) e Realização Profissional (RP) itens (4, 7, 9, 12, 17, 18, 19 e 21). Valores
24
25 elevados nas dimensões EE e DE, associadas à baixa pontuação na dimensão RP indicam
26
27 *burnout*⁽¹⁴⁾. Nesse estudo não se adotou ponto de corte; as análises foram realizadas pelo cálculo
28
29 das médias dos escores em cada dimensão, tanto para trabalhadores de enfermagem brasileiros,
30
31 quanto para os espanhóis.
32
33

34
35 Os dados coletados foram inseridos em planilha do programa de computador Microsoft
36
37 Office Excel®, em forma de banco de dados eletrônico e, posteriormente, convertidos para o
38
39 programa Statistical Package for the Social Sciences® (SPSS) 22.0 e Software livre R 3.3.2
40
41 para análise. Foi realizada análise descritiva e analítica dos dados, por meio de frequências
42
43 relativas, absoluta, média, desvio padrão, mínimo e máximo, bem como testes de associação e
44
45 correlação entre as variáveis. Para a comparação das médias das dimensões do *burnout* entre
46
47 os países foi utilizado o Test T Student. O modelo ANOVA dois fatores foi utilizado para a
48
49 associação das dimensões do *burnout* em cada país com as variáveis categóricas e o ANCOVA
50
51 fatorial para associação com as variáveis numéricas, adotando-se intervalo de confiança de
52
53 95%.
54
55
56
57
58
59
60

Resultados

Dos 589 participantes do estudo, 47,20% são brasileiros e 52,80% são espanhóis, 89,47% do sexo feminino, sendo que 60,61% vivem em união conjugal estável (Tabela 1).

Possuem idade média de 39,5 anos (DP 9,36; mínimo 20; máximo 64).

Tabela 1- Caracterização sociodemográfica e profissional dos trabalhadores de enfermagem.

São Paulo, Brasil/Astúrias, Espanha, 2015-2016

Variáveis		n*=589	%†
País	Brasil	278	47,20
	Espanha	311	52,80
Sexo	Feminino	527	89,47
	Masculino	62	10,53
Estado Conjugal	Solteiro	177	30,05
	União estável	357	60,61
	Divorciado, separado ou viúvo	51	8,66
	Sem informação	4	0,68
Categoria Profissional	Auxiliar/ Técnico de enfermagem	286	48,56
	Enfermeiro	303	51,44
Local de Trabalho	Atenção pré-hospitalar (SAMU‡)	34	5,77
	Atenção hospitalar	554	94,06
	Sem informação	1	0,17
Regime de Trabalho	Com estabilidade	148	25,13
	Sem estabilidade	436	74,02
	Sem informação	5	0,85
Turno de Trabalho	Fixo	284	48,22
	Rotativo	279	47,37
	Sem informação	26	4,41
Possui pessoas dependentes de seus cuidados?	Sim	183	31,07
	Não	342	58,06
	Sem informação	64	10,87
Considera o trabalho estressante?	Sim	458	77,76
	Não	122	20,71
	Sem informação	9	1,53

*n- número (frequência absoluta); †%- porcentagem (frequência relativa); ‡SAMU- Serviço de

Atendimento Móvel de Urgência.

1
2
3 Quanto às características profissionais, 48,56% são trabalhadores de enfermagem de
4 nível médio (técnico) e 51,44% são enfermeiros; 94,06% trabalham na atenção hospitalar,
5 74,02% não possuem estabilidade no emprego, e 77,76% consideram o trabalho como
6 estressante (Tabela 1).
7
8
9
10
11

12 O tempo de experiência profissional média é de 13,5 anos (DP 8,94; mínimo 0,16;
13 máximo 45) e tempo médio de atuação no local atual de trabalho é 7,9 anos (DP 7,05; mínimo
14 0; máximo 40).
15
16
17
18

19 Em relação às dimensões do *burnout*, os trabalhadores de enfermagem espanhóis
20 apresentaram maiores médias na dimensão DE ($p=0,004$) e os trabalhadores de enfermagem
21 brasileiros maiores pontuações na dimensão RP ($p= 0,031$) (Tabela 2).
22
23
24

25 Tabela 2- Distribuição e comparação das médias das dimensões do *burnout* em trabalhadores
26 de enfermagem brasileiros e espanhóis. São Paulo, Brasil/Astúrias, Espanha, 2015-2016
27
28
29
30

Dimensões	País	n*	M†	DP‡	Valor - p§
Exaustão Emocional	Brasil	278	40	21	0,414
	Espanha	308	42	19	
Despersonalização	Brasil	278	21	19	0,004
	Espanha	310	26	19	
Realização Profissional	Brasil	278	71	18	0,031
	Espanha	306	74	17	

31 *n- número (frequência absoluta); †M- média; ‡DP- desvio padrão; §Valor-p (Test T Student)
32
33
34
35
36
37
38

39 Não houve evidência de associação das dimensões do *burnout* em cada país com as
40 variáveis categóricas sexo, estado civil e presença de dependentes. A Tabelas 3 apresenta as
41 associações com significância estatística das dimensões do *burnout* com as demais variáveis
42 categóricas.
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Tabela 3- Associação das dimensões do *burnout* em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis com as variáveis categóricas. São Paulo, Brasil/Astúrias, Espanha, 2015-2016

Variáveis	Brasileiros		Espanhóis		Total		Valor - p*	
	n†	M _± (DP§)	n†	M _± (DP§)	n†	M _± (DP§)	Interação	EF
Exaustão Emocional								
Categoria Profissional								
AE/TE¶	168	40 (22)	75	47(18)	243	43(21)	0,112	0,029
Enfermeiro	65	39 (18)	229	40(19)	294	40(19)		
Total	233	40 (21)	304	42(19)	537	41(20)		
Local de trabalho								
APH**	10	25(11)	22	21(20)	32	22(18)	0,382	<0,001
AH††	222	41(21)	282	43(18)	504	42(20)		
Total	232	40(21)	304	42(19)	536	41(20)		
Turno de Trabalho								
Fixo	204	40(21)	41	30(26)	245	39(22)	0,001	0,807
Rotativo	11	29(10)	260	43(18)	271	43(17)		
Total	215	40(21)	301	42(19)	516	41(20)		
Considera o trabalho estressante								
Sim	180	45(20)	246	45(18)	426	45(19)	0,939	>0,001
Não	49	24(16)	55	25(15)	104	25(15)		
Total	229	40(21)	301	42(19)	530	41(20)		
Despersonalização								
Categoria Profissional								
AE/TE¶	168	21(19)	75	29(19)	243	23(19)	0,024	0,960
Enfermeiro	65	25(18)	229	25(19)	294	25(19)		
Total	233	22(19)	304	26(19)	537	24(19)		
Local de trabalho								
APH**	10	12(11)	22	10(12)	32	10(12)	0,398	>0,001
AH††	222	23(19)	282	27 (19)	504	25(19)		
Total	232	22(19)	304	26(19)	536	24(19)		
Turno de Trabalho								
Fixo	204	22(18)	41	17(21)	245	21(19)	0,047	0,380
Rotativo	11	18(14)	260	27(18)	271	27(18)		
Total	215	22(18)	301	26(19)	516	24(19)		
Considera o trabalho estressante								
Sim	180	25(19)	246	28(19)	426	27(19)	0,977	<0,001
Não	49	14(14)	55	17(15)	104	16(14)		
Total	229	22(19)	301	26(19)	530	24(19)		
Realização Profissional								
Regime de Trabalho								
Com estabilidade	17	63(19)	126	73(19)	143	72(19)	0,309	0,025
Sem estabilidade	214	71(18)	176	76(16)	390	73(17)		
Total	231	71(18)	302	74(17)	533	73(17)		
Considera o trabalho estressante								
Sim	180	70(17)	246	73(18)	426	72(17)	0,272	0,041
Não	49	72(21)	55	79(14)	104	76(18)		
Total	229	71(18)	301	74(17)	530	73(17)		

1
2
3 *Valor-p (Modelo ANOVA dois fatores); †n- número (frequência absoluta); ‡M- média; §DP-
4 desvio padrão; ||EF- efeito principal; ¶AE/TE- Auxiliar/Técnico de Enfermagem; **APH-
5 Atenção Pré-Hospitalar; ††AH- Atenção Hospitalar.
6
7

8 Verifica-se que tanto na Espanha quanto no Brasil auxiliares/técnicos de enfermagem
9 possuem maior EE do que enfermeiros (efeito principal $p= 0,029$); os trabalhadores da atenção
10 hospitalar possuem níveis maiores de EE do que os da atenção pré-hospitalar (efeito principal
11 $p<0,001$) e que os participantes que consideram o trabalho estressante possuem maiores níveis
12 de EE do que aqueles que não consideram o trabalho estressante (efeito principal $p<0,001$). No
13 Brasil, trabalhadores com turno de trabalho fixo possuem maior grau de EE, enquanto na
14 Espanha são os trabalhadores do turno rotativo (interação $p=0,001$).
15
16

17 Na associação da dimensão DE verifica-se que tanto na Espanha como no Brasil, os
18 trabalhadores da atenção hospitalar possuem níveis maiores do que os da atenção pré-hospitalar
19 (efeito principal $p<0,001$), assim como os trabalhadores que consideram o trabalho estressante
20 possuem maiores níveis de DE do que os que não consideram (efeito principal $p<0,001$). No
21 Brasil a DE é maior em enfermeiros, enquanto na Espanha é maior em auxiliares/técnicos de
22 enfermagem (interação $p=0,024$). No Brasil, trabalhadores com turno de trabalho fixo possuem
23 maior grau de DE, enquanto na Espanha são os trabalhadores do turno rotativo (interação
24 $p=0,047$) (Tabela 3).
25
26

27 Os dados da Tabela 3 evidenciam ainda que quanto a dimensão RP a associação com a
28 estabilidade no trabalho evidencia que na Espanha e no Brasil os trabalhadores sem estabilidade
29 possuem maior RP (efeito principal $p=0,025$), assim como os trabalhadores que não consideram
30 o trabalho estressante (efeito principal $p=0,041$).
31
32

33 A Figura 1 apresenta a associação das dimensões do *burnout* com as variáveis
34 numéricas. Não se encontrou relação entre idade com a dimensão EE (Coeficiente de Regressão
35 (CR)=0,261; p-valor interação= 0,209; Intervalo de Confiança (IC)95%: -0,14 a 0,66;
36 Coeficiente de determinação(R^2) = 0.009). No Brasil verifica-se correlação positiva entre tempo
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

de experiência profissional e EE, ou seja, conforme aumenta o tempo de experiência profissional, eleva também os níveis de EE (CR=0,652; p-valor interação=0,005; IC95%: 0,19 a 1,10; $R^2 = 0.023$), enquanto na Espanha essa interação não é significativa.

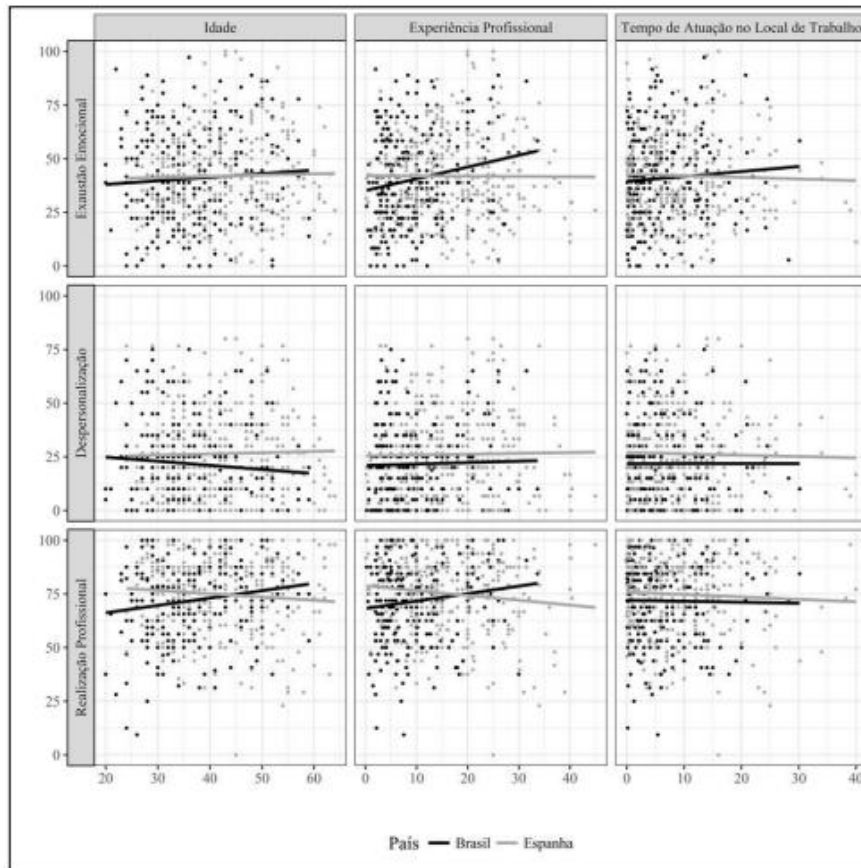


Figura 1- Relação das dimensões do *burnout* com as variáveis idade, experiência profissional e tempo de atuação no atual local de trabalho. São Paulo, Brasil/Astúrias, Espanha, 2015-2016

Além disso, os dados pontuam que no Brasil quanto maior o tempo de atuação no local de trabalho maior a EE, enquanto na Espanha, quanto maior o tempo de atuação no local de trabalho, menor a EE (CR=0,552; p-valor interação=0,050; IC95%: -0,001 a 1,106; $R^2 = 0.010$).

1
2
3 Não se encontrou relação entre as variáveis numéricas idade (CR=-0,086; p-valor
4 interação=0,661; IC95%: -0,47 a 0,29; $R^2 = 0.010$), experiência profissional (CR=0,148; p-
5 valor interação=0,503; IC95%: -0,28 a 0,58; $R^2 = 0.012$) e tempo de atuação no local de trabalho
6 (CR=0,237; p-valor interação=0,372; IC95%: -0,28 a 0,75; $R^2 = 0.010$) com a dimensão DE.
7
8

9
10 Ao associar a dimensão RP com as variáveis numéricas observa-se correlação positiva
11 entre idade e RP nos trabalhadores brasileiros, e correlação negativa nos trabalhadores
12 espanhóis (CR=0,475; p-valor interação=0,008; IC95%:0,12 a 0,82; $R^2 = 0.023$); no Brasil há
13 correlação positiva entre tempo de experiência profissional e RP, enquanto na Espanha esta
14 correlação é negativa (CR=0,515; p-valor interação=0,012; IC95%:0,11 a 0,91; $R^2 = 0.024$).
15 Não houve correlação entre tempo de atuação no local de trabalho e RP (CR=0,025; p-valor
16 interação=0,920; IC95%:-0,46 a 0,51; $R^2 = 0.012$).
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30

31 **Discussão**

32
33 Atualmente, são poucos os estudos que analisam a síndrome de *burnout* em
34 trabalhadores de enfermagem em uma perspectiva multicultural. A amostra deste estudo foi
35 composta por trabalhadores brasileiros e espanhóis adultos jovens, com predominância
36 feminina, corroborando com resultados obtidos em outros estudos⁽¹⁶⁻¹⁹⁾. Este estudo demonstra
37 também que a divisão técnica do trabalho, a falta de estabilidade no emprego e a percepção de
38 que o trabalho seja estressante são fatores que permeiam o cenário brasileiro e espanhol.
39
40
41
42
43
44
45
46

47 Encontramos uma grande variação na literatura internacional ao comparar em
48 trabalhadores de enfermagem as médias de cada dimensão do *burnout*, inclusive dentro dos
49 países aqui estudados^(2,17,20-21). Neste estudo, ao analisar as médias das dimensões no *burnout*
50 em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis observa-se que apesar de níveis baixos
51 de DE e elevados de RP, verifica-se níveis médios de EE, indicando um fator preventivo
52 importante a ser trabalhado, uma vez que a EE é considerada o primeiro estágio do *burnout*
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 levando a DE, podendo interferir na RP. A literatura demonstra que a EE é resultante da
4 sobrecarga de trabalho e de conflitos no relacionamento interpessoal e relaciona-se à falta de
5 energia para realização das atividades laborais, ao sentimento de estar sobrecarregado, fadigado
6 e com esgotamento físico e mental; a DE é uma forma de enfrentamento da EE, uma tentativa
7 de se distanciar dos receptores do seu trabalho devido à EE, o que leva o trabalhador a uma
8 resposta negativa no contexto interpessoal, tratando os receptores do seu trabalho com cinismo
9 ou frieza, como se fossem objetos, como os responsáveis pelos seus problemas e; a reduzida
10 RP é resultante de processo de auto avaliação, quando o trabalhador sente-se incompetente,
11 fracassado, com baixa autoestima e com baixo desempenho no trabalho⁽⁴⁾.

12
13 Além disso, a EE está associada à insatisfação profissional, a intenção em deixar o
14 emprego no próximo ano e ao sentimento de sobrecarga⁽¹⁷⁾.

15
16 Tratando-se da organização do trabalho, cada vez mais evidencia-se a influência do líder
17 na manutenção de um clima de trabalho e de equipe favoráveis à realização dos trabalhadores
18 e concretização das metas organizacionais. Nesse âmbito, a formação continuada dos líderes e
19 a maturidade da equipe pode representar um ponto chave para a construção de estratégias de
20 promoção de qualidade de vida no trabalho e conseqüentemente, redução do *burnout*.

21
22 Quanto à comparação das dimensões do *burnout* entre os países evidenciou diferenças
23 significativas, onde trabalhadores de enfermagem brasileiros apresentam maior RP, enquanto
24 os trabalhadores de enfermagem espanhóis DE.

25
26 Outra diferença observada tem relação com a organização do trabalho, de modo que a
27 EE e a DE é mais elevada nos trabalhadores de enfermagem brasileiros com turno de trabalho
28 fixo, enquanto na Espanha isso ocorre no turno rotativo.

29
30 A categoria profissional também parece desempenhar um papel importante nas
31 diferentes dimensões do *burnout*, em função do país. Este estudo observou que os níveis de EE
32 foram maiores em auxiliares/técnicos de enfermagem do que em enfermeiros, tanto no Brasil
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

como na Espanha. Importante destacar a divisão técnica e social do trabalho de enfermagem que não somente expõe os trabalhadores à diferentes tipos de cargas de trabalho como, processos de adoecer, também diferentes, uma vez que os trabalhadores de nível superior se dedicam às atividades de maior exigência intelectual e cunho gerencial e os trabalhadores de nível médio, atividades de cunho manual, que exigem maior esforço físico.

Nos contextos brasileiro e espanhol, as atribuições dos auxiliares/técnico de enfermagem incluem atividades de assistência direta ao paciente; como técnicas de limpeza e higiene, ocasionando maior desgaste físico à categoria. Por outro lado, a pressão direta por ocasião da supervisão estrita, pela qualidade do atendimento tanto pelos usuários, quanto pelo supervisor (enfermeiro), também se constitui um elemento capaz de incrementar a EE nesses trabalhadores.

Esse dado diverge de pesquisa realizada com trabalhadores de saúde hospitalares italianos⁽²²⁾, porém corrobora com estudo brasileiro que evidenciou altos níveis de EE associado com o baixo nível de escolaridade⁽²³⁾.

Em relação aos níveis mais elevados de DE em enfermeiros brasileiros do que em auxiliares/técnicos de enfermagem, os dados coincidem com resultados da pesquisa⁽²²⁾ realizada na Itália e com estudo⁽²³⁾ com trabalhadores brasileiros da saúde hospitalar que encontrou associação da DE com maior grau de escolaridade em enfermeiros. Presume-se que o maior grau de escolaridade esteja atrelado à atribuição de maiores responsabilidades e com expectativas mais elevadas desses trabalhadores em relação à profissão. No entanto, outro estudo foi consistente com os resultados na população espanhola, que mostrou níveis mais elevados de DE em técnicos/auxiliares de enfermagem⁽²⁴⁾.

Tanto na Espanha como no Brasil os resultados indicaram maiores níveis de EE e DE nos trabalhadores de enfermagem da atenção hospitalar. Parece possível que estes resultados se devam às particularidades do ambiente de trabalho: enquanto o pré-hospitalar é caracterizada

1
2
3 por um maior dinamismo e liberdade nas próprias decisões, no hospital o trabalho é realizado
4
5 em unidades fechadas, com pacientes internados por longos períodos de tempo, em contato
6
7 contínuo e direto com supervisores e gerentes, além de execução mais frequentes de tarefas
8
9 administrativas.
10

11
12 Considerar o trabalho estressante demonstrou associação com *burnout*, uma vez que
13
14 esses trabalhadores de enfermagem apresentaram maiores níveis de EE e DE, e menor RP,
15
16 corroborando com a literatura que indica o estresse como preditor do *burnout*(^{22,25}). Outros
17
18 autores encontraram associação do estresse com duas das dimensões do *burnout*: EE e DE(²⁶⁻
19
20 28).
21

22
23 Os dados evidenciaram ainda que trabalhadores brasileiros e espanhóis sem estabilidade
24
25 possuem maiores níveis de RP. Se por um lado a instabilidade pode estar atrelada a incerteza
26
27 de não ter um emprego estável, por outro a estabilidade no emprego pode imbuir menor
28
29 expectativa em relação ao crescimento profissional. A associação e comparação da EE com a
30
31 estabilidade no emprego neste estudo não foi significativa, contrapondo estudo com
32
33 trabalhadores da saúde hospitalar no Brasil onde maiores pontuações de EE foram encontradas
34
35 em trabalhadores com estabilidade do que nos sem estabilidade(²⁹).
36
37

38
39 Ademais, os resultados mostraram que, ao contrário do que acontece no Brasil, na
40
41 Espanha os trabalhadores de enfermagem mais jovens e com menor tempo de experiência
42
43 profissional possuem menor RP. Esses resultados são semelhantes aos anteriormente
44
45 encontrados no ambiente ocupacional(^{22,30}). Destarte que outro estudo brasileiro com
46
47 trabalhadores da saúde hospitalar também encontrou associação entre maior idade e maior
48
49 RP(²⁹).
50
51

52
53 No Brasil conforme aumenta o tempo de experiência profissional, eleva também os
54
55 níveis de EE, enquanto na Espanha esta correlação é nula. A influência do tempo de atuação no
56
57 mesmo local de trabalho pontuam também dados contraditórios: enquanto na Espanha trabalhar
58
59
60

1
2
3 no mesmo local de trabalho por um tempo maior está associado a menor EE, no Brasil ocorre
4 o oposto, colaborando com o estudo realizado na Itália⁽²²⁾. Isto pode ser devido a trabalhadores
5 de enfermagem espanhóis desenvolverem um processo de adaptação ao trabalho mais eficaz e
6
7
8 de não acumular responsabilidades pelo tempo no mesmo local de trabalho.
9
10

11
12 Considerando os dados relacionados aos dois contextos, evidencia-se a necessidade de
13 implementar medidas de intervenção para reduzir os riscos do desenvolvimento do *burnout*.
14
15 Nesse aspecto, os estudos reforçam maior efetividade e durabilidade de intervenções que
16 contemplem tanto o nível individual, quanto o organizacional. A abordagem individual inclui
17 ações psicoeducativas, com discussão de fatores de risco, práticas de relaxamento,
18 desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, dentre outras⁽³¹⁻³²⁾. No âmbito
19 organizacional, as intervenções interferem nas condições de trabalho, como pode ser verificado
20 no estudo com enfermeiros australianos que avaliou o impacto de uma intervenção
21 organizacional na redução do estresse ocupacional utilizando ferramenta para avaliar as cargas
22 de trabalho, aumento do número de pessoal de enfermagem, maior acesso ao desenvolvimento
23 profissional, entre outros, e obtiveram uma redução significativa no sofrimento psicológico e
24 exaustão emocional e uma melhora importante da satisfação no trabalho⁽³³⁾.
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39

40 Vale destacar o trabalho em equipe como um fortalecedor de saúde nos trabalhadores
41 de enfermagem, tendo em vista que o mesmo pode oportunizar uma prática colaborativa, em
42 que os papéis são bem definidos e existe um foco a ser atingido embora haja a especificidade
43 de cada atuação. Nessa ótica, torna-se fundamental envolver os sujeitos no processo de
44 construção e redesenho do trabalho, com vistas à melhoria do clima de trabalho, clima de equipe
45 e conseqüentemente valorização dos profissionais.
46
47
48
49
50
51
52

53 As limitações deste estudo estão relacionadas ao delineamento do mesmo que
54 impossibilita a relação de causa e efeito, ao número de participantes, e a falta de algumas
55 variáveis que podem interferir nos níveis de *burnout*, como exemplo a resiliência⁽³⁴⁻³⁵⁾, que
56
57
58
59
60

1
2
3 pode levar o sujeito a agir positivamente diante da adversidade, tornando-se um fator protetivo
4 no desenvolvimento deste agravo. Pode ser interessante o estudo abranger também outros
5 trabalhadores da saúde, inclusive os da atenção primária, considerando os diversos cenários de
6 atuação e relevância destes para a saúde a nível internacional. Entretanto, os dados evidenciam
7 semelhanças nos contextos e subsidia o planejamento de ações no âmbito individual e coletivo,
8 em face ao adoecimento no trabalho e necessidade de manutenção da qualidade e segurança do
9 paciente.
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19

20 21 **Conclusão**

22 Conclui-se que apesar das diferenças culturais, econômicas e sociais, os trabalhadores
23 de enfermagem enfrentam problemas semelhantes, com algumas particularidades.
24 Trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis possuem níveis moderados de EE, baixos
25 níveis de DE e elevada RP. Ao comparar as populações observou-se que os brasileiros
26 apresentaram maiores médias de RP e os espanhóis maiores médias de DE. Verificou-se ainda
27 que dimensões do *burnout* estão associadas a algumas características sociodemográficas e de
28 trabalho, como: idade, categoria profissional, local de trabalho, regime de trabalho, turno de
29 trabalho, tempo de experiência profissional, tempo de atuação no mesmo local de trabalho e
30 considerar o trabalho estressante.
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43

44 A investigação do *burnout* em trabalhadores de enfermagem e seus fatores associados,
45 bem como mecanismos de prevenção e enfrentamento torna-se imprescindível como
46 instrumento de avaliação e suporte para implementação de medidas preventivas e interventivas,
47 buscando proteger a saúde do trabalhador, e conseqüentemente a segurança do paciente e o
48 sucesso organizacional.
49
50
51
52
53
54

55 56 57 **Referências**

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1. Dewa CS, Loong D, Bonato S, Thanh NX, Jacobs P. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review. *BMC Health Services Research*. 2014; 14:325. doi: <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-325>
2. Portero S, Vaquero M. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2015; 23(3):543-52. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0284.2586>
3. Perry L, Lamont S, Brunero S, Gallagher R, Duffield C. The mental health of nurses in acute teaching hospital settings: a cross-sectional survey. *BMC Nursing*. [internet]. 2015 [cited dec 29, 2017]; 14:15. Available from: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12912-015-0068-8>
4. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review Of Psychology*. 2001;52: 397-422. doi: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
5. Baptista PCP, Pustiglione M, Almeida MCS, Felli VEA, Garzin ACA, Melleiro MM. Nursing workers health and patient safety: the look of nurse managers. *Rev. esc. enferm. USP*. [Internet] 2015[cited dec 29, 2017]; 49(Esp2):120-126. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49nspe2/en_1980-220X-reeusp-49-spe2-0122.pdf
6. Silveira ALP, Colleta TCD, Ono HRB, Woitas LR, Soares SH, Andrade VLA, et al. Burnout Syndrome: consequences and implications of an increasingly prevalent reality in health professionals' lives. *Rev Bras Med Trab*[internet].2016[cited 03 marc 2019];14(3):275-284. Available from: <http://www.rbmt.org.br/details/121/pt-BR/sindrome-de-burnout--consequencias-e-implicacoes-de-uma-realidade-cada-vez-mais-prevalente-na-vida-dos-profissionais-de-saude>
7. Admi H, Yael EM. Do hospital shift charge nurses from different cultures experience similar stress? An international cross sectional study. *Int J Nurs Stud*.2016; 63: 48-57.doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.08.005>

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
8. Granero A, Blanch JM, Ochoa P. Labor conditions and the meanings of nursing work in Barcelona. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2018;26:e2947. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2342.2947>
9. Blanca-Gutiérrez JJ, Arias-Herrera A. Burnout syndrome among nursing staff: hospital-environment stress associations, Andalucía, Spain. *Enferm. univ [internet]*. 2018 mar [citado 2019 mar 06] ; 15(1): 30-44. Available: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632018000100030&lng=es. <http://dx.doi.org/10.22201/eneo.23958421e.2018.1.62903>.
10. Cañadas-De la Fuente GA, Albendin-García L, de la Fuente EI, San Luis C, Gómez-Urquiza JL, Cañadas GR. Burnout in Nursing Professionals Performing Overtime Workdays in Emergency and Critical Care Departments. Spain. *Rev Esp Salud Publica. [internet]*. 2016 set [cited marc 02, 2019]; 90: e1-9. Available from: http://www.msbs.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL90/ORIGINALES/RS90C_GCF.pdf
11. Soto-Rodríguez A, Pérez-Fernandez MR. Burnout syndrome and stress of nursing staff in a Ourense hospital. *Rev ROL Enferm. [internet]*. 2015 fev [cited fev 28, 2018];38(2):101-6. Available from: [http://www.e-rol.es/articulospub/articulospub_paso3.php?articulospubrevista=38\(02\)&itemrevista=101-106#](http://www.e-rol.es/articulospub/articulospub_paso3.php?articulospubrevista=38(02)&itemrevista=101-106#)
12. Machado MH, Oliveira E, Lemos W, Lacerda WF, Aguiar Filho W, Wermelinger M et al. Mercado de trabalho da enfermagem: aspectos gerais. *Enferm Foco.[internet]*. 2015[cited mar 02, 2019]; 6 (1/4): 43-78. Available from: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/691/301>
13. Maslach C, Jackson SE. MBI- Inventário "Burnout" de Maslach. Madrid:TEA Ediciones, 1997.

- 1
2
3 14. Lautert L. O desgaste do Profissional enfermeiro. Tese. Salamanca. Universidad Pontificia
4 Salamanca, 1995 [acesso març 09, 2017]. Available from:<http://hdl.handle.net/10183/11028>
5
6
- 7 15. Seisdedos N. MBI- Inventario Burnout de Maslach: manual. Madrid: TEA, 1997.
8
9
- 10 16. Panunto MR, Guirardello EB. Professional nursing practice: environment and emotional
11 exhaustion among intensive care nurses. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2013; 21(3):765-72.
12 doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692013000300016>
13
14
- 15 17. Gasparino RC. Burnout syndrome in the nursing team of a teaching hospital. Cogitare
16 Enferm. 2014 apr/jun [cited dec 28, 2017]; 19(2):232-8. Available from:
17
18 <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/32649/22725>
19
20
- 21 18. Geuens N, Van Bogaert P, Franck E. Vulnerability to burnout within the nursing workforce:
22 The role of personality and interpersonal behaviour. J Clin Nurs. 2017;26(23-24):4622-33. doi:
23
24 <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13808>
25
26
- 27 19. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Heede KV, Sermeus W. Nurses' reports of working
28 conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. Int J Nurs Stud. 2013;
29 50(2):143-53. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.11.009>
30
31
- 32 20. Guo J, Chen J, Fu J, Ge X, Chen M, Liu Y. Structural empowerment, job stress and burnout
33 of nurses in China. Appl Nurs Res. 2016; 31: 41-5. doi:
34
35 <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.12.007>
36
37
- 38 21. Zhang L, You L, Liu K, Zheng J, Fang J, Lu M et al. The association of Chinese hospital
39 work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. Nurs
40 Outlook.[Internet]. 2014[cited dec 29, 2017]; 62(2):128- 37. Available from:
41
42 <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3959248/pdf/nihms540287.pdf>
43
44
- 45 22. Mattei A, Fiasca F, Mazzei M, Necozone S, Bianchini V. Stress and Burnout in Health-
46 Care Workers after the 2009 L'Aquila Earthquake: A Cross-Sectional Observational Study.
47 Front Psychiatry. 2017; 8: 98. doi: <http://doi.org/10.3389/fpsy.2017.00098>
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

- 1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60
23. Paiva LC, Canário ACG, China ELCP, Gonçalves AK. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics (São Paulo)*. 2017; 72(5): 305-9. doi: [http://doi.org/10.6061/clinics/2017\(05\)08](http://doi.org/10.6061/clinics/2017(05)08)
24. Arrogante O. Mediator effect of resilience between burnout and health in nursing staff. *Enfermería Clínica*. 2014; 24(5): 283-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2014.06.003>
25. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nursing: a systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*. 2015; 52(2): 649-61. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
26. Ríos-Risquez MI, García-Izquierdo M. Patient satisfaction, stress and burnout in nursing personnel in emergency departments: A cross-sectional study. *Int J Nurs Stud*. 2016; 59:60-67. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.02.008>
27. Li B, Bruyneel L, Sermeus W, Van den Heede K, Matawie K, Aiken L et al. Group-level impact of work environment dimensions on burnout experiences among nurses: a multivariate multilevel probit model. *Int J Nurs Stud*. 2013; 50: 281-91. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.001>
28. Khamisa N, Peltzer K, Oldenburg B. Burnout in relation to specific contributing factors and health outcomes among nurses: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2013; 10(6): 2214-40. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph10062214>
29. Ebling M, Carlotto MS. Burnout syndrome and associated factors among health professionals of a public hospital. *Trends Psychiatry Psychother*. 2012;34(2): 93-100. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S2237-60892012000200008>
30. Gracia-Gracia P, Oliván-Blázquez B. Burnout and Mindfulness Self-Compassion in Nurses of Intensive Care Units. *Holist Nurs Pract*. 2017; 31(4):225-33. doi: <http://doi.org/10.1097/HNP.0000000000000215>

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

31. Nowrouzi B, Lightfoot N, Larivière M, Carter L, Rukholm E, Schinke R et al. Occupational Stress Management and Burnout Interventions in Nursing and Their Implications for Healthy Work Environments: A Literature Review. *Workplace Health Saf.* 2015; 63 (7): 308-15. doi: <https://doi.org/10.1177/2165079915576931>
32. Westermann C, Kozak A, Harling M, Nienhaus A. Burnout intervention studies for inpatient elderly care nursing staff: Systematic literature review. *Int J Nurs Stud.* 2014; 51:63-71. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.12.001>
33. Rickard G, Lenthall S, Dollard M, Opie T, Knight S, Dunn S et al. Organisational intervention to reduce occupational stress and turnover in hospital nurses in the Northern Territory, Australia. *Collegian*. [internet]. 2012[cited mar 02, 2019]; 19(4): 211-21. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23362607>
34. Bamonti P, Conti E, Cavanagh C, Gerolimatos L, Gregg J, Goulet C et al. Coping, Cognitive Emotion Regulation, and Burnout in Long-Term Care Nursing Staff: A Preliminary Study. *J Appl Gerontol.* 2017;1:733464817716970. doi: <http://doi.org/10.1177/0733464817716970>
35. Guo YF, Luo YH, Lam L, Cross W, Plummer V, Zhang JP. Burnout and its association with resilience in nurses: a cross-sectional study. *J Clin Nurs.* 2018;27(1-2):441-9. doi: <http://doi.org/10.1111/jocn.13952>

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Discusión

El estudio consistió principalmente en conocer si existen diferencias estadísticamente significativas entre variables relacionadas con el trabajo en los aspectos psicosociales presentismo, estrés, fatiga por compasión y burnout y las variables sociodemográficas del personal sanitario que trabaja en España, Portugal y Brasil.

El objetivo que nos planteamos en primer lugar fue describir la incidencia de presentismo en los profesionales sanitarios del Principado de Asturias en las unidades de urgencias hospitalarias, pues profundizando en el conocimiento del presentismo se podrían establecer los puntos débiles de los sistemas sanitarios y mejorar tanto la productividad como la salud física y laboral de los empleados al tratarse de un fenómeno que afecta directamente a la salud del trabajador, considerándose éste, un riesgo psicosocial que es necesario controlar para que la calidad de atención al paciente no tenga consecuencias negativas para el sistema y el usuario ⁽¹⁰⁾.

Son muy pocos los estudios que ahondan en el presentismo en trabajadores sanitarios a pesar de la ascendente progresión de este fenómeno. Uno de los principales resultados del trabajo es la existencia de presentismo en más de la mitad de los participantes, observándose cifras similares a los datos publicados en estudios previos ^(7,8,30,31).

El valor medio de la puntuación total de la escala SPS-6 hace pensar en una óptima repuesta física y psicológica a la hora de poder realizar las tareas profesionales con normalidad. Los ítems relacionados con la dimensión evitada tienden a puntuarse con valores más bajos que aquellos implicados en trabajo completado, traduciéndose en una alta capacidad del personal sanitario de realizar sus funciones laborales a pesar de estar enfermo.

Con el fin de apoyar el modelo conceptual ofrecido por Miraglia y Johns ⁽³²⁾, hemos recogido diversas variables sociodemográficas además de otras relacionadas con el trabajo, encontrando relación estadísticamente significativa en los dos factores: trabajo completado y distracción evitada.

De esta manera, los resultados obtenidos sobre presentismo y la variable que relacionamos con la percepción del estrés muestran relación estadística, con mayor relevancia y significación en la categoría profesional de personal médico.

Este dato subraya las conclusiones obtenidas en trabajos previos en este campo ⁽³³⁻³⁷⁾ en relación a dicho factor.

Así, **el segundo objetivo** fue conocer y comparar los niveles de estrés de los enfermeros de España y Portugal de dos hospitales universitarios, ya que, debido al elevado nivel de estrés aparentemente existente en los profesionales de enfermería, los investigadores ven la necesidad de que el estrés ocupacional tiene que ser gestionado para lograr niveles más bajos o incluso que desaparezca. En este sentido, algunos autores ⁽³⁸⁻⁴⁰⁾ recomiendan que tanto los puestos de mando como los educadores de enfermería desarrollen intervenciones como por ejemplo grupos de apoyo que trabajen la verbalización de los sentimientos, y aunque algunos gestores defiendan que un cierto nivel de estrés es productivo para sus empresas, cuando tiene efectos negativos debe ser gestionado efectivamente. Portero de la Cruz y Vaquero Abellán en el año 2015 ⁽⁴¹⁾ sugieren la formación en técnicas de autocontrol y gestión del estrés que refuercen el optimismo y la autoestima, incrementando la participación y la comunicación entre los trabajadores y la dirección.

Este estudio presenta como limitación su diseño transversal, que sólo permite el análisis de las asociaciones entre las variables e impide el establecimiento de relaciones de causalidad, así como la no comparación entre servicios específicos, a pesar de las similitudes organizacionales entre los dos hospitales seleccionados. Sin embargo, dado que en los dos países existieron resultados de enfermeros trabajando en servicios similares y el objetivo era comparar países, los resultados pueden tener implicaciones para la práctica, la educación y la investigación.

En cuanto a la práctica, los responsables de las instituciones relacionadas con la salud deben prevenir y reducir el estrés ocupacional de los sanitarios, pues como ya se indicó, éste tiene impacto en la salud y bienestar de los profesionales, en la seguridad de los pacientes, en la calidad de los cuidados, en los resultados y en los costes de las instituciones, sugeriendo que está de acuerdo con las recomendaciones de la EUOSHA y de su campaña "Lugares de trabajo saludables para todas las edades" ^(42,43).

Admi y Eilon-Moshe ⁽⁴⁴⁾ recomiendan que los programas sean diseñados de acuerdo con la percepción de estrés de los profesionales de la salud y de su nivel de experiencia profesional, sugiriendo actividades de aprendizaje experimentales y simulaciones de situaciones que ocurren en el día a día.

El tercer objetivo, consistió en evaluar el nivel de fatiga por compasión en enfermeros y su asociación en función de las características sociodemográficas / profesionales.

Los valores medios encontrados a través de las puntuaciones globales para las subescalas de satisfacción por compasión, burnout y estrés traumático secundario son similares a los de otras investigaciones ^(45,46). Lo mismo sucede con los valores de la satisfacción por la compasión, el burnout y el estrés traumático secundario en función de los puntos de corte ⁽⁴⁷⁻⁴⁹⁾.

En general, los resultados de este estudio demuestran, como en los estudios antes citados, la predisposición que los enfermeros tienen para desarrollar niveles elevados de fatiga por compasión.

Diversas investigaciones demostraron los costes emocionales de cuidar de las personas que sufren, subrayando la asociación entre la fatiga por compasión y el estrés en el trabajo, sobre todo cuando éste es crónico y se transforma en burnout ⁽⁵⁰⁻⁵²⁾, así como cuando las situaciones son emocionalmente desgastantes, pudiendo conducir al estrés post-traumático primario ⁽⁵³⁻⁵⁷⁾.

De hecho, la posibilidad de que puedan verse afectados por sus vivencias, asociado al carácter altruista y la empatía que caracteriza la relación profesional establecida con los pacientes, constituyen factores de riesgo para el desarrollo de la fatiga por compasión, y, por consiguiente, una amenaza para la salud mental y el bienestar de los enfermeros ^(58,59).

En cuanto a la variación de los niveles de fatiga por compasión en función de las características sociodemográficas y profesionales, los datos obtenidos corroboran investigaciones en las que las mujeres presentan promedios superiores a los hombres en estrés traumático secundario, tal vez por la mayor capacidad empática de las mujeres para identificarse con sus pacientes y sentir sus miedos y traumas ⁽⁵³⁾. Sin embargo, esto no sucede en función de la edad, ya que en otros estudios no revelaron una diferencia significativa ^(45,48,49), mientras que en esta investigación los enfermeros con una edad igual o superior a 36 años presentan promedios superiores de satisfacción por compasión, pero inferiores de estrés traumático secundario, en cambio los profesionales más jóvenes tienen promedios inferiores de satisfacción por compasión y superiores de estrés traumático secundario.

Con el cuarto y último objetivo realizamos un estudio comparativo entre enfermeros españoles y brasileños en relación al burnout.

Actualmente, son pocas las investigaciones que analizan el síndrome de burnout en trabajadores de enfermería desde una perspectiva multicultural. La muestra de este estudio fue compuesta por trabajadores brasileños y españoles adultos y jóvenes, con predominancia femenina, corroborando con resultados obtenidos en otros estudios ⁽⁶⁰⁻⁶³⁾.

Este estudio demuestra también que la división técnica del trabajo, la falta de estabilidad en el empleo y la percepción de que el trabajo es estresante son factores que prevalecen en el escenario brasileño y español.

Encontramos una gran variación en la literatura internacional al comparar en los trabajadores de enfermería las medias de cada dimensión del burnout, incluso dentro de los países aquí estudiados ^(41,61,64,65).

En este estudio, al analizar las medias de las dimensiones en el burnout en trabajadores de enfermería brasileños y españoles se observa que, a pesar de niveles bajos de despersonalización y altos de realización personal, se verifican niveles medios de cansancio emocional, indicando un factor preventivo importante a tener en cuenta, una vez que el cansancio emocional se considera la primera etapa del burnout llevando a la despersonalización, pudiendo interferir en la realización personal.

La literatura demuestra que el cansancio emocional es consecuencia de la sobrecarga de trabajo y de conflictos en la relación interpersonal y se relaciona con la falta de energía para la realización de las actividades laborales, el sentimiento de estar sobrecargado, fatigado y con agotamiento físico y mental; la despersonalización es una forma de enfrentamiento del cansancio emocional, un intento de distanciarse de los compañeros de trabajo debido al cansancio emocional, lo que lleva al trabajador a una respuesta negativa en el contexto interpersonal, tratándoles con cinismo o frialdad, como si fueran objetos, como los responsables de sus problemas y; la reducida realización personal es resultante de un proceso de autoevaluación, cuando el trabajador se siente incompetente, fracasado, con baja autoestima y con bajo desempeño en el trabajo ⁽⁶⁶⁾.

Además, el cansancio emocional está asociado a la insatisfacción profesional, la intención de dejar el empleo el próximo año y el sentimiento de sobrecarga ⁽⁶¹⁾.

Se trata de la organización del trabajo, donde cada vez más la figura del líder se asocia con el clima laboral y de equipo reflejado en la realización de los trabajadores y en la concreción de las metas a alcanzar.

En este ámbito, la formación continuada de los líderes y la unión del equipo puede representar un punto clave para la construcción de estrategias de promoción de calidad de vida en el trabajo y consecuentemente, reducción del burnout.

En cuanto a la comparación de las dimensiones del burnout entre los países se evidenciaron diferencias significativas, donde los trabajadores de enfermería brasileños presentan mayor realización personal, mientras que los trabajadores de enfermería españoles serán en la despersonalización.

Otra diferencia observada tiene relación con la organización del trabajo, de modo que el cansancio emocional y la despersonalización es más elevada en los trabajadores de enfermería brasileños con turno de trabajo fijo, mientras que en España eso ocurre en el turno rotatorio.

La categoría profesional también parece desempeñar un papel importante en las diferentes dimensiones del burnout, en función del país. Este estudio observó que los niveles de cansancio emocional fueron mayores en auxiliares / técnicos de enfermería que, en enfermeros, tanto en Brasil como en España.

Estos datos se diferencian de otra investigación realizada con trabajadores de salud hospitalarios italianos⁽⁶⁷⁾, pero coincide con el estudio brasileño que evidenció altos niveles de cansancio emocional asociados con el bajo nivel de estudios⁽⁶⁸⁾.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES

Conclusiones

- Se encontró una alta prevalencia de presentismo (52,8%) en el personal sanitario de los servicios de urgencia hospitalarios y extrahospitalarios del Principado de Asturias.

En el personal de enfermería, el presentismo se asoció a tener personas dependientes a su cargo.

Se confirmó la relación existente entre presentismo y estrés, principalmente en personal médico.

- Se encontraron pocas diferencias significativas en niveles de estrés entre los países involucrados.

En Portugal, las situaciones más estresantes son las relacionadas con la falta de apoyo.

En España, fue sobre todo la edad la que presenta correlaciones negativas con el estrés y en especial en mujeres sin hijos.

En cuanto al tipo de contrato, la diferencia más significativa encontrada en nuestro estudio fue la existencia de un mayor nivel de estrés en las enfermeras españolas con contratos precarios, en cambio, en Portugal son las enfermeras con contrato fijo las que más estrés presentan.

- Se verificó que la fatiga por compasión depende de factores personales como la edad, el sexo, la experiencia profesional y las actividades de ocio. Los participantes con más edad presentan promedios superiores de fatiga por compasión, mientras que las mujeres jóvenes, con menos experiencia profesional y que no tienen actividades de ocio evidencian media superior de estrés traumático secundario.

- A pesar de las diferencias culturales, económicas y sociales, los trabajadores de enfermería se enfrentan a problemas semejantes, con algunas particularidades.

Los enfermeros brasileños presentaron mayores promedios de Realización Personal ($p = 0,031$) y los enfermeros españoles mayores promedios de Despersonalización ($p = 0,004$).

Se comprobó, además, que las dimensiones del burnout están asociadas a algunas características sociodemográficas y de trabajo, como: edad, categoría profesional, lugar de trabajo, tipo de contrato laboral, turno de trabajo, experiencia profesional total y tiempo trabajado en la misma unidad. En Brasil el cansancio emocional y la despersonalización es mayor en enfermeros con turno fijo, en cambio en España es mayor en enfermeros con turno rotatorio.

Tanto en España como en Brasil los auxiliares o técnicos de enfermería poseen mayor cansancio emocional que los enfermeros. La Despersonalización en Brasil es mayor en enfermeros sin embargo en España es mayor en auxiliares de enfermería.

Conclusions

- A high prevalence of presenteeism (52.8%) was found in the health personnel of the hospital and extrahospital emergency services of the Principality of Asturias.

Nursing staff presenteeism was associated with having dependents dependent on them.

Mainly in medical personnel presenteeism and stress relationship was confirmed.

- There were few significant differences in stress levels among the countries involved.

In Portugal, the most stressful situations are those related to lack of support. Otherwise, in Spain, it was above the age that presented negative correlations with stress and especially in women without children.

Regarding to the type of contract, the most significant difference found in our study was the existence of a higher level of stress in Spanish nurses with precarious contracts, whereas in Portugal it is nurses with a fixed contract who present higher level of stress.

- It was verified that compassion fatigue depends on personal factors such as age, sex, professional experience and leisure activities.

Older participants have a higher averages of compassion fatigue, while younger women with less professional experience and who do not have leisure activities showed a higher average of secondary traumatic stress.

- Despite cultural, economic and social differences, nursing workers have similar problems, with some peculiarities.

Brazilian nurses had a higher average of Personal Accomplishment ($p = 0.031$) while the higher average of Spanish Nurses was Depersonalization ($p = 0.004$).

It's also proved that the dimensions of burnout are associated with some sociodemographic and work characteristics, such as age, professional category, and place of work, type of employment contract, work shift, total professional experience and time worked in the same unit.

Both in Spain and in Brazil, auxiliary or nursing technicians have greater emotional exhaustion than nurses do. Depersonalization in Brazil is higher in nurses however; in Spain, it is higher in nursing auxiliaries.

CAPÍTULO VI: REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Referencias bibliográficas

1. Rodríguez E, Menéndez A. La Medicina del trabajo en la historia. In: Gil F. Tratado de Medicina del Trabajo. Primera Edición. España:Masson SA Editores; 2005. p. 3–6.
2. Organización Mundial de la Salud. Salud Mental [Internet]. Available from: https://www.who.int/topics/mental_health/es/
3. Ministerio de Empleo y Seguridad Social. Real Decreto Legislativo 8/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley General de la Seguridad Social. Boletín Oficial del Estado, nº261, (31/10/2015).
4. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Real Decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, por el que se aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social y se establecen criterios para su notificación y registro. Boletín Oficial del Estado, nº302, (19/12/2006).
5. Agencia Europea para la Salud y la Seguridad en el Trabajo. Los riesgos psicosociales y el estrés en el trabajo [Internet]. [cited 2018 Apr 9]. Available from: <https://osha.europa.eu/es/themes/psychosocial-risks-and-stress>
6. Organización Mundial de la Salud. QD85 Síndrome de desgaste ocupacional [Internet]. CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad. 2019 [cited 2019 Apr 15]. Available from: <https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>
7. Johns G. Presenteeism in the workplace:A review and research agenda. J Organ Behav. 2009;31:519–42.
8. Aronsson G, Gustafsson K, Dallner M. Sick but yet at work. An empirical study of sickness presenteeism. J Epidemiol Community Health [Internet]. 2000 Jul [cited 2019 Jan 26];54(7):502–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10846192>
9. Goetzel RZ, Long SR, Ozminkowski RJ, Hawkins K, Wang S, Lynch W. Health, absence, disability, and presenteeism cost estimates of certain physical and mental health conditions affecting U.S. employers. J Occup Environ Med. 2004;46(4):398–412.
10. Sánchez-Zaballos M, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Díaz MP. Presenteeism among emergency health care staff. Emergencias [Internet]. 2018 [cited 2019 Feb 22];30(1):35–40. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29437308>

11. Koopman C, Pelletier KR, Murray JF, Sharda CE, Berger ML, Turpin RS, et al. Stanford presenteeism scale: health status and employee productivity. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2002 [cited 2019 Feb 22];44(1):14–20. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11802460>
12. Gray-Toft P, Anderson J. The Nursing Stress Scale: Development of an instrument. *Journal Behav Assess*. 1981;3(1):11–23.
13. Ding Y, Qu J, Yu X, Wang S. The mediating effects of burnout on the relationship between anxiety symptoms and occupational stress among community healthcare workers in China: a cross-sectional study. *PLoS One*. 2014;9(9):e107130.
14. Freudenberger H. Staff Burn-Out. *J Soc Issues*. 1974;30:159–65.
15. Maslach C. Burned-out. *Hum Behav*. 1976;9(5):16–22.
16. Maslach C, Jackson S. Social psychology of health and illness. In: Sanders, GS, Suls J. *Social Psychology of Health and Illness*. Erlbaum: Hillsdale; 1982. p. 227–51.
17. Chapman LS. Presenteeism and its role in worksite health promotion. *Am J Health Promot*. 2005;19(4):suppl 1-8.
18. Campos H, Harter R, Luz M, Correa D. Adapación transcultural y validación para el portugués brasileño del Standford Presenteeism Scale para evaluación del presentismo. *Rev Latino-Am Enferm* [Internet]. 2013;21(1):[08 pantallas]. Available from: <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/52966/57004>
19. Chambers C, Frampton C, Barclay M. Presenteeism in the New Zealand senior medical workforce-a mixed-methods analysis. *N Z Med J*. 2017;130(1449):10–21.
20. Hansen CD, Andersen JH. Going ill to work-what personal circumstances, attitudes and work-related factors are associated with sickness presenteeism? *Soc Sci Med*. 2008;67(6):956–64.
21. Aronsson G, Gustafsson K. Sickness presenteeism: prevalence, attendance-pressure factors, and an outline of a model for research. *J Occup Environ Med* [Internet]. 2005 [cited 2019 Feb 21];47(9):958–66. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16155481>
22. Levin-Epstein J. Presenteeism and paid sick days [Internet]. Washington; 2005 [cited 2018 Feb 8]. Available from: www.clasp.org/resources-and-publications/files/0212.pdf

23. Alba Martín R. Evolución histórica del concepto “presentismo” en enfermería. *Cult los Cuid.* 2016;20(45):74–80.
24. Organización Mundial de la Salud. La organización del trabajo y el estrés. Estrategias sistemáticas de solución de problemas para empleadores, personal directivo y representantes sindicales. *Série protección de la salud de los trabajadores nº3.* Francia: Organización Mundial de la Salud; 2004.
25. Chacón M, Grau J. Síndrome de estrés asistencial en enfermeros que brindan atención a pacientes oncológicos. *Rev Cuba Oncol.* 1997;13(2):118–25.
26. Borja C, Gómez A, León M, Murcia A, Hewitt N, Molina J. Variables de la práctica clínica relacionadas con la salud mental de los psicólogos que ejercen como terapeutas en Bogotá [tesis de grado]. Bogotá: Universidad Católica de Colombia; 2001.
27. Figley CR. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized.* New York: Brunner; 1995.
28. Grinyer A, Singleton V. Sickness absence as risk-taking behaviour: A study of organisational and cultural factors in the public sector. *Health Risk Soc.* 2000;2(1):7–21.
29. Sanderson K, Tilse E, Nicholson J, Oldenburg B, Graves N. Which presenteeism measures are more sensitive to depression and anxiety? *J Affect Disord.* 2007;101(1–3):65–74.
30. Susser P, Ziebarth NR. Profiling the U.S. Sick Leave Landscape: Presenteeism among Females. *Health Serv Res.* 2016;51(6):2305–2317.
31. Graf E, Cignacco E, Zimmermann K, Zuniga F. Affective Organizational Commitment in Swiss Nursing Homes: A Cross-Sectional Study. *Gerontologist.* 2016;56(6):1124–37.
32. Miraglia M, Johns G. Going to work ill: A meta-analysis of the correlates of presenteeism and a dual-path model. *J Occup Health Psychol.* 2016;21(3):261–83.
33. Suzuki T, Miyaki K, Sasaki Y, Song Y, Tsutsumi A, Kawakami N, et al. Optimal cutoff values of WHO-HPQ presenteeism scores by ROC analysis for preventing mental sickness absence in Japanese prospective cohort. *PLoS One.* 2014;9(10):e111191.
34. Chiu S, Black CL, Yue X, Greby SM, Laney AS, Campbell AP, et al. Working with influenza-like illness: Presenteeism among US health care personnel during the 2014-2015 influenza season. *Am J Infect Control.*

2017;45(11):1254–8.

35. Callen BL, Lindley LC, Niederhauser VP. Health risk factors associated with presenteeism in the workplace. *J Occup Environ Med.* 2013;55(11):1312–7.
36. Coutu MF, Corbiere M, Durand MJ, Nastasia I, Labrecque ME, Berbiche D, et al. Factors Associated With Presenteeism and Psychological Distress Using a Theory-Driven Approach. *J Occup Environ Med.* 2015;57(6):617–26.
37. Umann J, Guido L, da Silva R. Stress, coping and presenteeism in nurses assisting critical and potentially critical patients. *Rev da Esc Enferm.* 2014;48(5):887–94.
38. Ko W, Kiser-Larson N. Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units. *Clin J Oncol Nurs.* 2016;20(2):158–64.
39. AbuRuz M. A comparative study about the impact of stress on job satisfaction between Jordanian and Saudi nurses. *Eur Sci J.* 2014;10(17):162-172.
40. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Leocadio MC, Van Bogaert P, Cummings GG. Stress and ways of coping among nurse managers: An integrative review. *J Clin Nurs.* 2018;27(7–8):1346–59.
41. Portero de la Cruz S, Vaquero Abellán M. Professional burnout, stress and job satisfaction of nursing staff at a university hospital. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2015;23(3):543–52.
42. EU-OSHA. European Agency for Safety and Health at Work. Riscos Psicossociais e Stress no Trabalho [Internet]. 2017 [cited 2018 Mar 7]. Available from: osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risksand-stress
43. EU-OSHA. European Agency for Safety and Health at Work. Estimating the costs of workrelated accidents and ill-health: An analysis of European data sources. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2017.
44. Admi H, Eilon-Moshe Y. Do hospital shift charge nurses from different cultures experience similar stress? An international cross sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016;63:48–57.
45. Duarte J. Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica* [Internet]. 2017;35(4):529–42. Available from: <http://dx.doi.org/10.14417/ap.1260>
46. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in

emergency department nurses. *J Nurs Scholarsh.* 2015;47(2):186–94.

47. Adimando A. Preventing and Alleviating Compassion Fatigue Through Self-Care: An Educational Workshop for Nurses. *J Holist Nurs.* 2018;36(4):304–17.
48. Stamm BH. The Concise ProQOL Manual [Internet]. 2nd Edition. Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org; 2010. Available from: https://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
49. Carvalho P. Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal : tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of Life 5” [tesis de master]. Porto:Universidade Católica Portuguesa; 2012. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.14/8918>
50. Gomez-Urquiza JL, De la Fuente-Solana EI, Albendin-Garcia L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Canadas-De la Fuente GA. Prevalence of Burnout Syndrome in Emergency Nurses: A Meta-Analysis. *Crit Care Nurse.* 2017;37(5):e1–9.
51. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs.* 2010;36(5):420–7.
52. Giorgi F, Mattei A, Notarnicola I, Petrucci C, Lancia L. Can sleep quality and burnout affect the job performance of shift-work nurses? A hospital cross-sectional study. *J Adv Nurs.* 2018;74(3):698–708.
53. Duarte J, Pinto-Gouveia J. The role of psychological factors in oncology nurses’ burnout and compassion fatigue symptoms. *Eur J Oncol Nurs.* 2017;28:114–21.
54. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud.* 2017;69:9–24.
55. Jarrad R, Hammad S, Shawashi T, Mahmoud N. Compassion fatigue and substance use among nurses. *Ann Gen Psychiatry.* 2018;17:13.
56. Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, et al. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *J Trauma Nurs.* 2014;21(4):160–9.
57. Yu H, Jiang A, Shen J. Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: A cross-

- sectional survey. *Int J Nurs Stud.* 2016;57:28–38.
58. Pehlivan T, Güner P. Compassion fatigue: The known and unknown. *J Psychiatr Nurs.* 2018;9(2):129–34.
 59. Missouridou E. Secondary Posttraumatic Stress and Nurses' Emotional Responses to Patient's Trauma. *J Trauma Nurs.* 2017;24(2):110–5.
 60. Panunto MR, Guirardello EB. Professional nursing practice: environment and emotional exhaustion among intensive care nurses. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2013;21(3):765–72.
 61. Gasparino R. Burnout syndrome in the nursing team of a teaching hospital. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2014;19(2):232–8. Available from: www.saude.ufpr.br/portal/revistacogitare/wp-content/uploads/sites/28/2017/02/32649-136285-1-PB.pdf%0D
 62. Geuens N, Van Bogaert P, Franck E. Vulnerability to burnout within the nursing workforce-The role of personality and interpersonal behaviour. *J Clin Nurs.* 2017;26(23–24):4622–33.
 63. Aiken LH, Sloane DM, Bruyneel L, Van den Heede K, Sermeus W. Nurses' reports of working conditions and hospital quality of care in 12 countries in Europe. *Int J Nurs Stud.* 2013;50(2):143–53.
 64. Guo J, Chen J, Fu J, Ge X, Chen M, Liu Y. Structural empowerment, job stress and burnout of nurses in China. *Appl Nurs Res.* 2016;31:41–5.
 65. Zhang LF, You LM, Liu K, Zheng J, Fang JB, Lu MM, et al. The association of Chinese hospital work environment with nurse burnout, job satisfaction, and intention to leave. *Nurs Outlook.* 2014;62(2):128–37.
 66. Maslach C, Schaufeli W, Leiter M. Job Burnout. *Ann Rev Psychol.* 2001;52(1):397–422.
 67. Mattei A, Fiasca F, Mazzei M, Necozone S, Bianchini V. Stress and Burnout in Health-Care Workers after the 2009 L'Aquila Earthquake: A Cross-Sectional Observational Study. *Front psychiatry.* 2017;8:98.
 68. de Paiva LC, Canario ACG, de Paiva China ELC, Goncalves AK. Burnout syndrome in health-care professionals in a university hospital. *Clinics (Sao Paulo).* 2017;72(5):305–9.

ANEXOS

ANEXO 1. SOLICITUD COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN



PRESENTISMO EN PROFESIONALES DE LA SALUD

Oviedo, a 8 de Junio de 2015

De: María Baldonado Mosteiro y Francisco Javier Rodríguez Díaz
Facultad de Psicología y Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud. Universidad de Oviedo

A: Comité Ético Regional de Investigación.

Asunto: *Tesis Doctoral*

Con motivo de la realización de la Tesis doctoral dentro del Programa de Doctorado de Psicología y Educación, línea de investigación Psicología Comunitaria, Jurídica y Salud, en la Universidad de Oviedo, a través de este escrito solicitamos el permiso oportuno para poder realizar la recogida de datos del siguiente estudio:

TÍTULO.- "Presentismo en profesionales de la Salud"

AUTORA.- María Baldonado Mosteiro

TUTORES.- Prof. Dr Francisco Javier Rodríguez Díaz

BREVE DESCRIPCIÓN DEL ESTUDIO:

- OBJETIVOS

- Conocer la incidencia de presentismo en el personal sanitario del Principado de Asturias.
- Describir cuales son los problemas de salud asociados al presentismo

- MATERIAL Y MÉTODO

- Estudio descriptivo, transversal en una muestra de enfermeros y auxiliares de enfermería de unidades médico-quirúrgicas de hospitales del Principado de Asturias.

A través de entrevista personal se facilitarán cuestionarios para realizar de forma autoaplicada sobre datos de carácter sociodemográfico y el cuestionario de evaluación del presentismo (SPS_6). La participación en el estudio es voluntaria y la recogida de datos se llevará a cabo durante los meses de Julio a diciembre de 2015.

En espera de recibir su autorización enviamos E-mail y teléfono de contacto por si es de interés y para comunicarnos su decisión.



PRESENTISMO EN PROFESIONALES DE LA SALUD


Adjuntamos hoja de recogida de datos con todos los cuestionarios a utilizar.

Muy agradecidas por su colaboración.

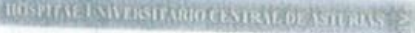
Atentamente,

En Oviedo a 8 de junio de 2015

ANEXO 2. PERMISO DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS



HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS

Comité de Ética de la Investigación del
Principado de Asturias
C/ Celestino Villamil s/n
33008.-Oviedo
Tfno: 985.10.79.27/985.10.60.28
e mail: caicr.asturias@hca.es

Área Sanitaria


Oviedo, 10 de Junio de 2015

El Comité Ético de Investigación Clínica Regional del Principado de Asturias, ha revisado el Proyecto de Investigación nº 102/15, titulado: "PRESENTISMO EN PROFESIONALES DE LA SALUD" Investigador principal Maria Baldonado Mosteiro. Tesis doctoral.

El Comité ha tomado el acuerdo de considerar que el citado proyecto reúne las condiciones éticas necesarias para poder realizarse y en consecuencia emite su autorización.


Le recuerdo que deberá guardarse la máxima confidencialidad de los datos utilizados en este proyecto.

Fdo: Eduardo ~~Aznáz~~ Morat
Secretario del Comité de Ética de la Investigación
del Principado de Asturias



SERVICIO DE SALUD
DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS
HOSPITAL UNIVERSITARIO CENTRAL DE ASTURIAS
COMITÉ DE ÉTICA DE LA
INVESTIGACIÓN DEL
PRINCIPADO DE ASTURIAS

ANEXO 3. CUESTIONARIO

 <p>CENTRO INTERNACIONAL DE POSTGRADO UNIVERSIDAD DE OVIEDO</p>		<p>"Presentismo en profesionales de la salud" Programa Doctorado de Educación y Psicología. Universidad de Oviedo</p>	
<p>Con motivo de la participación de la Universidad de Oviedo en el proyecto INT-SO, desarrollado junto a las universidades de Porto (Portugal) y Sao Paulo (Brasil) le pedimos su colaboración para poder llevar a cabo un proyecto de investigación cuyos objetivos son conocer el nivel de Ansiedad y Estrés así como describir la prevalencia del Presentismo en profesionales de Enfermería, Auxiliares de Enfermería y Médicos. Para ello utilizaremos una serie de escalas y nos gustaría contar con su colaboración mediante la cumplimentación de las mismas. Muchas gracias.</p>			
<p style="text-align: center;">HOJA DE REGISTRO DE DATOS</p>			
1.-CENTRO DE TRABAJO		9.-ESTADO CIVIL	
<input type="checkbox"/> Urgencias HUCA <input type="checkbox"/> Urgencias H San Agustín <input type="checkbox"/> Urgencias H Cabueñes <input type="checkbox"/> Urgencias Arriendas <input type="checkbox"/> SAMU Oviedo <input type="checkbox"/> SAMU Avilés <input type="checkbox"/> SAMU Gijón. <input type="checkbox"/> SAMU Arriendas		<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado/En pareja <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo	
2.-CATEGORÍA PROFESIONAL		10.-NÚMERO DE HIJOS _____	
<input type="checkbox"/> Médica/o <input type="checkbox"/> Enfermera/o <input type="checkbox"/> Auxiliar de Enfermería		11.-¿TIENE ALGUNA PERSONA DEPENDIENTE A SU CARGO? Si es así especifique cuál. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Niños <input type="checkbox"/> Ancianos <input type="checkbox"/> Discapacitados	
3.-TIPO DE CONTRATO		12.-¿DISPONE DE ALGUNA AYUDA PARA SU CUIDADO? Si es así especifique cuál. <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Social <input type="checkbox"/> Económica <input type="checkbox"/> Familiar	
<input type="checkbox"/> Plaza en propiedad <input type="checkbox"/> Interinidad <input type="checkbox"/> Eventual		13.-¿EN SU HOGAR DEPENDEN EXCLUSIVAMENTE DEL SUELDO QUE USTED APORTA? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No aporto nada <input type="checkbox"/> Otros miembros de la familia aportan	
4.-TURNO DE TRABAJO*		14.-¿CONSIDERA SU TRABAJO ESTRESANTE? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> M/T <input type="checkbox"/> M/T/N <input type="checkbox"/> 12h <input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> Deslizante		15.-REALIZA ALGÚN TIPO DE ACTIVIDAD/OCIO FUERA DE SU JORNADA LABORAL <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Especifique cuál: _____	
5.-EXPERIENCIA PROFESIONAL _____ Años _____ Meses			
6.-ANTIGÜEDAD EN EL SERVICIO _____ Años _____ Meses			
7.-SEXO <input type="checkbox"/> Mujer <input type="checkbox"/> Hombre			
8.-EDAD _____ Años			
<p>*M: turno fijo de mañanas. T: turno fijo de tardes. M/T: turno rotatorio de mañanas y tardes. M/T/N: turno rotatorio de mañanas, tardes y noches. 12h: jornada laboral de doce horas continuas. 24h: jornada laboral de veinticuatro horas continuas.</p>			

ESCALA STAI

A continuación, encontrará unas frases que se utilizan corrientemente para describirse uno a sí mismo. Lea cada frase y rodee la puntuación (0 a 3) que indique mejor como se **SIENTE VD. AHORA MISMO**, en este momento. No hay respuestas buenas ni malas. No emplee demasiado tiempo en cada frase y conteste señalando la respuesta que mejor describa su situación presente.

	Nada	Algo	Bastante	Mucho
1.- Me siento calmado.	0	1	2	3
2.- Me siento seguro.	0	1	2	3
3.- Estoy tenso.	0	1	2	3
4.- Estoy contrariado.	0	1	2	3
5.- Me siento cómodo (estoy a gusto).	0	1	2	3
6.- Me siento alterado.	0	1	2	3
7.- Estoy preocupado por posibles desgracias futuras.	0	1	2	3
8.- Me siento descansado.	0	1	2	3
9.- Me siento angustiado.	0	1	2	3
10.- Me siento confortable.	0	1	2	3
11.- Tengo confianza en mí mismo.	0	1	2	3
12.- Me siento nervioso.	0	1	2	3
13.- Estoy desasosegado.	0	1	2	3
14.- Me siento muy "atado" (como oprimido).	0	1	2	3
15.- Estoy relajado.	0	1	2	3
16.- Me siento satisfecho.	0	1	2	3
17.- Estoy preocupado.	0	1	2	3
18.- Me siento aturdido y sobreexcitado.	0	1	2	3
19.- Me siento alegre.	0	1	2	3
20.- En este momento me siento bien.	0	1	2	3

Indique a continuación cómo se **SIENTE VD. EN GENERAL**, en el día a día

	Casi nunca	A veces	A menudo	Casi siempre
21.- Me siento bien.	0	1	2	3
22.- Me canso rápidamente.	0	1	2	3
23.- Siento ganas de llorar.	0	1	2	3
24.- Me gustaría ser tan feliz como otros.	0	1	2	3
25.- Pierdo oportunidades por no decidirme pronto.	0	1	2	3
26.- Me siento descansado.	0	1	2	3
27.- Soy una persona tranquila, serena y sosegada.	0	1	2	3
28.- Veo que las dificultades se amontonan y no puedo con ellas.	0	1	2	3
29.- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	0	1	2	3
30.- Soy feliz.	0	1	2	3
31.- Suelo tomar las cosas demasiado seriamente.	0	1	2	3
32.- Me falta confianza en mí mismo	0	1	2	3
33.- Me siento seguro.	0	1	2	3
34.- Evito enfrentarme a las crisis o dificultades.	0	1	2	3
35.- Me siento triste (melancólico)	0	1	2	3
36.- Estoy satisfecho.	0	1	2	3
37.- Me rondan y molestan pensamientos sin importancia.	0	1	2	3
38.- Me afectan tanto los desengaños, que no puedo olvidarlos.	0	1	2	3
39.- Soy una persona estable	0	1	2	3
40.- Cuando pienso sobre asuntos y preocupaciones actuales, me pongo tenso.	0	1	2	3

"SPS-6" Escala de Presentismo

Durante el **último mes**, ¿Ha acudido a su centro de trabajo a pesar de sentirse enfermo o tener un problema de salud que le impida realizar sus funciones con normalidad?

Sí No.

Para cada una de las siguientes afirmaciones, por favor marque una de las siguientes respuestas para mostrar su acuerdo o desacuerdo. **SOLO SI HA RESPONDIDO SI A LA CUESTIÓN ANTERIOR.**

	Totalmente en desacuerdo	Parcialmente en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Parcialmente de acuerdo	Totalmente de acuerdo
Marque con una X donde corresponda	1	2	3	4	5
1. Debido a mi (problema de salud)*, fue mucho más difícil combatir el estrés en mi trabajo					
2. A pesar de mi (problema de salud)*, logré terminar las tareas difíciles en mi trabajo.					
3. Mi (problema de salud)* me alejó de obtener placer en mi trabajo.					
4. Me sentí desanimado para terminar algunas actividades del trabajo debido a mi (problema de salud)*.					
5. En el trabajo, logré concentrarme en alcanzar mis objetivos a pesar de mi (problema de salud)*.					
6. A pesar de mi (problema de salud)* me sentí con energía para terminar mi trabajo					

*Nota: Palabras como: dolor de espalda, problema cardio-vascular, enfermedad, problema gástrico, u otras definiciones similares puede ser sustitutos de la palabra "Problema de salud" en cualquiera de los ítems.

El problema de salud causante de las anteriores afirmaciones ha sido:

- Dolor de espalda
- Problema cardiovascular
- Problema gástrico
- Problema de salud en _____

Escala de MASLACH

Deberá responder frente a cada una de estas afirmaciones, en función a la siguiente escala:
0=Nunca. 1=Pocas veces al año o menos. 2=Una vez al mes o menos. 3=Unas pocas veces al mes o menos 4=Una vez a la semana. 5=Pocas veces a la semana. 6=Todos los días.

	0	1	2	3	4	5	6
1. Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo.							
2. Me siento cansado al final de la jornada de trabajo.							
3. Me siento fatigado cuando me levanto por la mañana y tengo que ir a trabajar.							
4. Comprendo fácilmente como se sienten los pacientes/ clientes.							
5. Trato a algunos pacientes / clientes como si fueran objetos impersonales.							
6. Trabajar todo el día con mucha gente es un esfuerzo.							
7. Trato muy eficazmente los problemas de los pacientes / clientes.							
8. Me siento "quemado" por mi trabajo.							
9. Creo que influyo positivamente con mi trabajo en la vida de las personas.							
10. Me he vuelto más insensible con la gente desde que ejerzo esta profesión / tarea.							
11. Me preocupa el hecho de que este trabajo me endurezca emocionalmente.							
12. Me siento muy activo.							
13. Me siento frustrado en mi trabajo.							
14. Creo que estoy trabajando demasiado.							
15. Realmente no me preocupa lo que le ocurre a mis pacientes / clientes.							
16. Trabajar directamente con personas me produce estrés.							
17. Puedo crear fácilmente una atmósfera relajada con mis pacientes / clientes.							
18. Me siento estimulado después de trabajar con mis pacientes / clientes.							
19. He conseguido muchas cosas útiles en mi profesión / tarea.							
20. Me siento acabado.							
21. En mi trabajo trato los problemas emocionales con mucha calma.							
22. Siento que los pacientes / clientes me culpan por alguno de sus problemas.							

Escala: "Nursing Stress Scale"

SOLO CUBRIR ENFERMEROS/AS

	Nunca	Alguna vez	Frecuentemente	Muy Frecuentemente
1.- Interrupciones frecuentes en la realización de su tarea.				
2.- Recibir críticas de un médico.				
3.- Realización de cuidados de enfermería que resultan dolorosos a los pacientes.				
4.- Sentirse impotente en el caso de un paciente que no mejora.				
5.- Problemas con un supervisor.				
6.- Escuchar o hablar con un paciente sobre su muerte cercana.				
7.- No tener ocasión para hablar abiertamente con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio sobre problemas en el servicio.				
8.- La muerte de un paciente.				
9.- Problemas con uno o varios médicos.				
10.- Miedo a cometer un error en los cuidados de enfermería de un paciente.				
11.- No tener ocasión para compartir experiencias y sentimientos con otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio.				
12.- Muerte de un paciente con quien has llegado a tener una relación estrecha.				
13.- El médico no está presente cuando un paciente se está muriendo.				
14.- Estar en desacuerdo con el tratamiento de un paciente.				
15.- Sentirse insuficientemente preparado para ayudar emocionalmente a la familia del paciente.				
16.- No tener ocasión para expresar a otros compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio mis sentimientos negativos hacia los pacientes (Ej.: pacientes conflictivos, hostilidad, etc...)				
17.- Recibir información insuficiente del médico a cerca del estado clínico de un paciente.				
18.- No disponer de una satisfacción satisfactoria a una pregunta hecha por un paciente.				
19.- Tomar una decisión sobre un paciente cuando el médico no está disponible.				
20.- Pasar temporalmente a otros servicios con falta de personal.				
21.- Ver a un paciente sufrir.				
22.- Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) de otros servicios.				
23.- Sentirse insuficientemente preparado para ayudar al paciente.				
24.- Recibir críticas de un supervisor.				
25.- Personal y turno imprevisible.				
26.- El médico prescribe un tratamiento que parece inapropiado para el paciente.				
27.- Realizar demasiadas tareas que no son de enfermería (Ej. Tareas administrativas)				
28.- No tener tiempo para dar apoyo emocional al paciente.				
29.- Dificultad para trabajar con uno o varios compañeros (enfermeras/os y/o auxiliares de enfermería) del servicio.				
30.- No tener tiempo suficiente de realizar todas mis tareas de enfermería.				
31.- El médico no está presente en una urgencia médica.				
32.- No saber qué se debe decir al paciente o a su familia sobre su estado clínico y tratamiento.				
33.- No saber bien el manejo y funcionamiento de un equipo especializado.				
34.- Falta de personal para cubrir adecuadamente el servicio.				

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

