



## Fatores relacionados à probabilidade de sofrer problemas de saúde mental em profissionais de emergência

Silvia Portero de la Cruz<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-5043-0445>


Jesús Cebrino Cruz<sup>2</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-8619-6208>

Javier Herruzo Cabrera<sup>3</sup>

 <https://orcid.org/0000-0001-6940-1222>

Manuel Vaquero Abellán<sup>1</sup>

 <https://orcid.org/0000-0002-0602-317X>

Objetivos: avaliar a influência exercida pelo *Burnout* e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo pessoal de saúde do serviço de emergência hospitalar sobre o estado de saúde mental e determinar as características sociodemográficas e laborais. Método: estudo descritivo transversal em uma amostra de 235 profissionais de enfermagem e médicos que atuaram em quatro serviços de emergência hospitalar. Como instrumentos de coleta de dados foram utilizados questionários originais e específicos de variáveis sociodemográficas e de trabalho, o *Maslach Burnout Inventory*, *General Health Questionnaire* e o *Inventario breve de afrontamiento-COPE 28*. Aplicou-se estatística descritiva, inferencial e multivariante. Resultados: a dimensão de despersonalização, enfrentamento centrado na evitação e ser médico estiveram relacionados à presença de sintomas somáticos, ansiedade, disfunção social e depressão. O aumento da experiência profissional esteve associado à maior disfunção social do pessoal de saúde e o aumento do número de pacientes foi relacionado à sintomatologia depressiva entre os profissionais de saúde. Conclusões: as dimensões de exaustão emocional e despersonalização, enfrentamento centrado na evitação, ser médico e consumir tabaco diariamente aumentam o risco de se constituir um caso psiquiátrico. A prática de exercício físico diário é um fator de proteção.





Descritores: Adaptação Psicológica; Esgotamento Profissional; Enfermagem; Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Serviço Hospitalar de Emergência.

<sup>1</sup> Universidad de Córdoba, Facultad de Medicina y Enfermería, Departamento de Enfermería, Córdoba, Andalucía, Espanha.

<sup>2</sup> Universidad de Sevilla, Facultad de Medicina, Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública, Sevilla, Andalucía, Espanha.

<sup>3</sup> Universidad de Córdoba, Facultad de Ciencias de la Educación, Departamento de Psicología, Córdoba, Andalucía, Espanha.

### Como citar este artigo

Portero S, Cebrino J, Herruzo J, Vaquero M. Factors related to the probability of suffering mental health problems in emergency care professionals. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2019;27:e3144. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3079-3144>. mês dia ano

URL

## Introdução

Há várias décadas, a necessidade de incluir a saúde mental nas prioridades dos programas de saúde pública é reconhecida. A promoção da saúde mental tem especial relevância no ambiente de trabalho, uma vez que é considerada um fator importante no desenvolvimento de problemas físicos e mentais<sup>(1)</sup>. Nesse sentido, o número de países que relataram doenças ocupacionais, especialmente alterações de origem mental, como neurose, paranoia, depressão, ansiedade, insônia ou fadiga, está crescendo<sup>(2)</sup>.

No campo da saúde, a prevalência de morbidade psiquiátrica em profissionais de saúde do serviço de emergência hospitalar é de 36,8%<sup>(3)</sup> em um ambiente de trabalho geralmente estressante, o que implica, entre outros, o manejo de incertezas diagnósticas e terapêuticas, que pode produzir *Burnout*<sup>(4)</sup>.

O *Burnout* é definido como uma síndrome psicológica tridimensional constituída por exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal que ocorre em resposta ao estresse laboral crônico<sup>(5)</sup>. A exaustão emocional causa a diminuição ou a perda de recursos emocionais, a despersonalização leva ao desenvolvimento de atitudes negativas em relação aos pacientes e a falta de realização pessoal é caracterizada pela diminuição dos sentimentos de competência e realização no trabalho<sup>(6)</sup>.

A incidência de *Burnout* tem aumentado nos últimos anos e numerosos estudos têm sido realizados com o objetivo de estabelecer as causas e fatores associados a ele<sup>(2)</sup>. Assim, um número crescente de estudos indica que o sexo feminino aumenta o risco de sofrer *Burnout* justificado com base na dupla presença de mulheres em casa e no trabalho, salários mais baixos ou maiores demandas no trabalho<sup>(2,7)</sup>.

As maiores taxas de *Burnout* correspondem aos profissionais que atuam no serviço de emergência hospitalar em comparação com o resto das especialidades<sup>(8-9)</sup>. Na equipe de enfermagem, altos níveis de *Burnout* produzem maior incidência de distúrbios musculoesqueléticos, lesões ocupacionais, absenteísmo, insatisfação no trabalho, além do abuso de álcool e outras drogas<sup>(10)</sup>. Além disso, afetam negativamente, entre outros, a qualidade da assistência recebida pelos pacientes<sup>(11)</sup> e a saúde mental dos profissionais de enfermagem, que podem causar depressão, ansiedade, baixa autoestima ou sentimentos de culpa<sup>(12)</sup>.

Um fator que pode moderar o impacto negativo do *Burnout* no bem-estar físico e psicológico dos profissionais de saúde é o seu estilo de enfrentamento<sup>(13)</sup>. O enfrentamento é o processo pelo qual o indivíduo, pelos esforços cognitivos, emocionais ou comportamentais, administra, controla ou reduz as exigências do indivíduo-ambiente que foram avaliadas como estressantes<sup>(14)</sup>.

Há dois estilos de grande enfrentamento: por um lado, o enfrentamento ativo ou adaptativo utilizado quando as condições estressantes são avaliadas pelo indivíduo como sujeito à alteração, modificação ou eliminação utilizando para isso estratégias como a busca de solução de problemas ou releitura positivo e, por outro lado, o enfrentamento passivo ou desadaptativo utilizado quando as condições de estresse são avaliadas como permanente ou não modificável. Esse tipo de enfrentamento inclui estratégias comportamentais de fuga ou evasão e comportamental e cognitivo de distanciamento ou atenção seletiva a fim de reduzir os problemas emocionais<sup>(15)</sup>. O uso de uma determinada estratégia depende do nível anterior de adaptação do indivíduo ou psicológica, familiar ou recursos sociais disponíveis<sup>(16)</sup>.

Diversos estudos têm se concentrado em analisar os binômios de *burnout*-saúde mental<sup>(17)</sup> ou *burnout*-estratégias de enfrentamento indivíduo<sup>(13)</sup> ou saúde mental-estratégias de enfrentamento<sup>(18)</sup> em profissionais de saúde da emergência hospitalar. Tendo em conta a importância das consequências que, tanto a nível individual como organizacional, podem derivar do *Burnout* e que a resposta gerada pelos profissionais em situações ou condições semelhantes é desigual, é necessário aprofundar as relações *burnout*-estilos de enfrentamento-saúde mental em conjunto como um passo preliminar para a implementação de programas de prevenção e intervenção que constituem ferramentas úteis na promoção e implementação de novas estratégias de enfrentamento com uma abordagem integral tanto no nível individual, social e organizacional e que permitam níveis adequados de saúde mental nos serviços de emergência do hospital.

Os objetivos deste estudo são avaliar a influência exercida pelo *Burnout* e as estratégias de enfrentamento utilizadas pelo pessoal de saúde do serviço de emergência hospitalar no estado de saúde mental e determinar as características sociodemográficas e laborais.

## Método

Realizou-se um estudo descritivo, transversal e multicêntrico, no período de março a dezembro de 2016, no serviço de emergência de quatro hospitais da Comunidade Autônoma da Andaluzia (Espanha). Dois hospitais eram públicos (Hospital 1: 1302 leitos com 214 profissionais médicos e de enfermagem no pronto-socorro, Hospital 2: 880 leitos com 167 profissionais médicos e de enfermagem no serviço de emergência) e dois hospitais privados (Hospital 3: 154 leitos com 42 profissionais médicos e de enfermagem no serviço de emergência, Hospital 4: 220 leitos com 55 médicos e profissionais de enfermagem no serviço de emergência). Os dados referentes ao número total de leitos e pessoal

de saúde que trabalha no serviço de emergência foram fornecidos aos pesquisadores pelos diretores de enfermagem dos diferentes hospitais, que foram escolhidos por amostragem incidental. A população do estudo foi composta por todos os profissionais médicos e de enfermagem dos serviços de emergência hospitalar desses hospitais.

Incluiu-se o pessoal de trabalho ativo durante a coleta de dados cujo tempo trabalhado no serviço de emergência hospitalar foi igual ou maior que um ano. Especialistas internos residentes e profissionais de saúde tratados com antidepressivos e/ou ansiolíticos foram excluídos.

Determinou-se uma amostra de 235 sujeitos, com nível de confiança de 95%, precisão absoluta de 4% e morbidade psiquiátrica de 25,50%<sup>(19)</sup>, presumindo-se que a população fosse de 478 indivíduos. O cálculo do tamanho da amostra foi realizado por meio do programa Epidat 4.0 e baseou-se em presumir a menor prevalência vantajosa.

Foram utilizados três questionários validados, calibrados e autoadministrados e outro que incluiu variáveis sociodemográficas: sexo (masculino, feminino), idade (anos), estado civil (casado, solteiro, separado/divorciado, viúvo), prática de exercício físico diário (sim, não) e consumo diário de tabaco (sim, não), assim como variáveis laborais: categoria profissional (médico, enfermeiro), tipo de contrato (fixo, provisório, eventualidade), antiguidade no serviço de emergência hospitalar (anos), experiência profissional (anos) e número de pacientes atendidos diariamente.

A avaliação do *Burnout* foi realizada por meio do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) em sua versão adaptada para o espanhol<sup>(20)</sup>. O MBI avalia três dimensões do *Burnout*: exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal. O questionário é composto por 22 itens, com formato de resposta do tipo Likert, em que os profissionais valorizam a frequência das situações declaradas de zero (nunca) a seis pontos (diariamente).

Para determinar o escore de cada dimensão, as pontuações dos itens pertencentes a cada uma são somadas. A dimensão exaustão emocional é composta por nove itens, com um escore total mínimo de zero ponto e máximo de 54 pontos. A dimensão de despersonalização é composta por cinco itens, o escore total oscilando entre zero e 30 pontos. Com relação à dimensão de realização pessoal, ela consiste em oito itens e o escore total varia entre 0 e 48 pontos. Quanto maior o escore obtido nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização, pior o nível de *Burnout*, enquanto a interpretação da dimensão de realização pessoal é inversa. As dimensões foram categorizadas em baixo, médio e alto nível, levando em consideração os seguintes pontos de corte: fadiga emocional (<18 pontos: baixa, 19-26

pontos: médio, > 27 pontos: alta), despersonalização (<5 pontos: baixa, 6-9 pontos: médio, > 10 pontos: alto) e realização pessoal (<33 pontos: baixo, 34-39 pontos: médio, > 40 pontos: alto)<sup>(21)</sup>. Níveis baixos das dimensões de exaustão emocional e despersonalização e alta realização pessoal são indicativos de ausência de *Burnout*. Por outro lado, o alto *Burnout* é limitado por altos níveis de exaustão emocional e despersonalização e baixos níveis de realização pessoal e nível médio de *Burnout* para o resto dos casos.

O *General Health Questionnaire* (GHQ-28) foi aplicado em sua validação em espanhol<sup>(22)</sup> para avaliar a saúde mental dos sujeitos. É composto por 28 itens divididos em quatro subescalas de sete itens: sintomas somáticos (sintomas somáticos de origem psicológica como cansaço, fadiga, dores de cabeça ou mal-estar geral), ansiedade (dificuldade em adormecer, despertares frequentes, irritabilidade ou tensão psíquica), disfunção social (incapacidade de tomar decisões ou de desenvolvimento organizado do trabalho, levando a pior funcionamento diário) e depressão (sintomas relacionados ao estado de ânimo que incluem até ideação suicida). As subescalas representam dimensões da sintomatologia, portanto não correspondem a diagnósticos psiquiátricos. Cada item é avaliado usando uma escala de quatro respostas possíveis, variando de zero (menos do que o normal) a 3 (muito mais do que o normal). Para a avaliação dos resultados, utilizou-se a escala de resposta bimodal, na qual diferentes posições compartilham uma pontuação. Dessa forma, possíveis erros devido à escolha de respostas extremas ou centrais são evitados. Assim, zero é pontuado se qualquer uma das duas primeiras opções for respondida e um se alguma das duas últimas for respondida (0011). Para cada uma das subescalas, o escore pode variar de zero (ausência de sintomas) a sete pontos (frequência máxima dos sintomas).

Escore  $\leq 6$  mostram ausência de alterações de origem mental, enquanto escores iguais a 7 são indicativos da presença de um provável caso psiquiátrico.

O enfrentamento dos sujeitos foi medido com o *Inventario breve de afrontamiento* - COPE 28 em sua adaptação em espanhol<sup>(23)</sup>. O questionário foi utilizado de forma disposicional, e os sujeitos responderam fazendo referência a como lidam com situações estressantes. O questionário é composto por 28 itens com quatro opções de resposta em uma escala Likert que vai de zero (eu não faço nada disso) a 3 (eu faço isso com muita frequência). Os itens são agrupados em quatorze escalas de dois itens cada. Essas escalas representam três tipos de enfrentamento: enfrentamento centrado no problema (consistindo em escalas ativas de enfrentamento, planejando e encontrando apoio instrumental com um total de seis itens), enfrentamento centrado na emoção

(composto de escalas de busca de apoio emocional, reinterpretação positiva, negação, aceitação, religião e humor com um total de 12 itens) e enfrentamento focalizado na evitação (consistindo em escalas de autodistração, desabafo, desligamento comportamental, o uso de substâncias, a autoincriminação, com um total de 10 itens). Para obter o escore total dos tipos de enfrentamento, os escores dos itens que compõem cada um deles são adicionados e divididos pelo número de itens que compõem cada tipo de enfrentamento. Assim, os escores dos tipos de enfrentamento variam entre 0 e 3 pontos. Escores altos indicam maior uso da estratégia.

Os questionários foram entregues em mãos para cada participante no início do turno de trabalho e devolvidos diretamente aos pesquisadores no final do turno de trabalho. Juntamente com os questionários, foi entregue uma carta informativa detalhando os objetivos do estudo, a forma de colaboração dos sujeitos, bem como a natureza voluntária e anônima da referida participação e um pedido explícito de colaboração em que o pessoal de saúde deu seu consentimento para participar do estudo.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Reina Sofia de Córdoba, Espanha (número de registro 249, referência 3050) e pelos dirigentes do serviço de urgências dos centros participantes, e contemplou os princípios de Helsinque.

Para a análise das variáveis qualitativas, utilizou-se uma tabela de frequência para o quantitativo da média e desvio padrão. Para estabelecer possíveis relações entre as variáveis qualitativas, aplicaram-se o teste do Chi-quadrado ou teste exato de Fisher, o teste t de Student e análise de variância para as variáveis quantitativas. A distribuição normal dos dados foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Nos casos em que as hipóteses de normalidade não foram satisfeitas, foram aplicados testes não paramétricos (U de Mann-Whitney ou Kruskal-Wallis). Para a correlação das variáveis, calculou-se o coeficiente de correlação de Pearson ou Spearman, de acordo com as condições de aplicabilidade. Quatro modelos de regressão linear múltipla foram realizados utilizando o método reverso de seleção de variáveis, um para cada subescala do GHQ-28. As variáveis dependentes de cada modelo foram sintomas somáticos, ansiedade, disfunção social e depressão. Além disso, realizou-se um modelo de regressão logística binária cuja variável dependente foi a presença/ausência de prováveis casos psiquiátricos detectados pelo GHQ-28. As variáveis independentes incluídas em todos os modelos foram sexo, idade, estado civil, prática de exercício físico diário, consumo diário de tabaco, categoria profissional, tipo de

contrato, tempo de serviço no pronto atendimento hospitalar, experiência profissional, número de pacientes atendidos diariamente, exaustão emocional, despersonalização, realização pessoal, enfrentamento centrado no problema, enfrentamento centrado na emoção e enfrentamento centrado na evitação. Em cada modelo, por meio da estatística de Wald, as variáveis com  $p \geq 0,15$  foram eliminadas uma a uma. A escala das variáveis contínuas foi avaliada pelo teste de Box-Tidwell. As possíveis interações entre todas as variáveis foram estudadas. As variáveis com significância maior que 0,05 foram estudadas como possíveis fatores de confusão, considerando-as como tal se a variação percentual dos coeficientes fosse maior que 15%. Nos modelos de regressão linear múltipla, a normalidade dos resíduos foi verificada pelo teste de Kolmogorov-Smirnov. Não consideramos a existência de problemas de colinearidade entre as variáveis independentes se o fator de aumento na variância fosse menor ou igual a 10. Como teste diagnóstico de casos extremos, utilizou-se a análise de resíduos estudantilizados. O coeficiente de determinação ajustado  $R^2$  foi utilizado para avaliar a adequação do ajuste. Os valores brutos e ajustados do coeficiente  $\beta$  foram determinados. No modelo de regressão logística binária, o teste da razão de verossimilhança e o Nagelkerke  $R^2$  foram utilizados para determinar a qualidade do ajuste. A área sob a curva *Receiver Operating Characteristic* (ROC) foi calculada para determinar quais variáveis explicativas estão mais associadas à probabilidade de constituição de um caso psiquiátrico. Valores brutos e ajustados de *Odds Ratio* (OR) foram determinados. Valores  $p < 0,05$  foram considerados significativos. Para a análise estatística, utilizou-se o programa G-Stat versão 2.

## Resultados

Participaram do estudo 235 profissionais. O sexo feminino constituiu a população predominante com 76,2% de representação (Tabela 1). A idade média foi de 48,3 (8) anos. A maioria era solteira (61,7%) e 48,9% referiram usar tabaco diariamente. Além disso, 54,5% afirmaram praticar exercício físico diário. As variáveis laborais coletadas mostram que a maior parte da amostra foi constituída por profissionais de enfermagem (72,8%) e que o tipo de contrato mais frequente era o fixo (66,4%). Além disso, a experiência profissional média foi de 22,7 (8,7) anos, sendo a média de idade no pronto atendimento hospitalar de 12 (9,4) anos. O número médio de pacientes atendidos diariamente foi de 102,4 (63,2). Os 55,7% dos profissionais apresentaram nível médio de exaustão emocional e elevaram tanto a despersonalização (48,9%) quanto a realização pessoal

(54,9%), o que indica que o nível de *Burnout* foi médio. No que se refere à sintomatologia relacionada à saúde mental, os profissionais apresentaram maior frequência de sintomas de ansiedade, com escores médios de 2,5 (1,9) pontos. Da mesma forma, as estratégias de enfrentamento focadas no problema e enfrentamento centrado na emoção foram as mais utilizadas com escores médios de 1,5 (0,5) e 1,3 (0,4), respectivamente. Além disso, um terço dos profissionais (32,3%) provavelmente sofria de transtorno psiquiátrico.

Tabela 1 - Descrição das características sociodemográficas-laborais e dimensões-subescalas do *Maslach Burnout Inventory*, *General Health Questionnaire* e *Inventario breve de afrontamiento – COPE 28* em profissionais de saúde do serviço de emergência hospitalar. Andaluzia, Espanha, 2016

Variáveis	Frequência (Porcentagem) n=235
Sexo	
Masculino	56 (23,8)
Feminino	179 (76,2)
Exercício físico diário	
Sim	128 (54,5)
Não	107 (45,5)
Consumo diário de tabaco	
Sim	115 (48,9)
Não	120 (51,1)
Categoria profissional	
Médico/a	64 (27,2)
Enfermeiro/a	171 (72,8)
Tipo de contrato	
Fixo/a	156 (66,4)
Interinidade	58 (24,7)
Eventual	21 (8,9)
Exaustão emocional	
Elevado	46 (19,6)
Médio	131 (55,7)
Baixo	58 (24,7)
Despersonalização	
Elevado	115 (48,9)
Médio	42 (17,9)
Baixo	78 (33,2)
Realização pessoal	
Elevado	129 (54,9)
Médio	45 (19,1)
Baixo	61 (26)
Caso psiquiátrico	
Sim	76 (32,3)
Não	159 (67,7)
Variáveis	Média (Desviação Típica)
Antiguidade no serviço (anos)	12 (9,4)
Experiência profissional (anos)	22,7 (8,7)
Pacientes atendidos diariamente	102,4 (63,2)
<i>Maslach Burnout Inventory</i>	
Exaustão emocional (pontos)	17,4 (11,3)
Despersonalização (pontos)	8,7 (6,1)
Realização pessoal (pontos)	37,9 (8,4)
<i>General Health Questionnaire</i>	
Sintomas somáticos	2,4 (2)
Ansiedade	2,5 (1,9)
Disfunção social	2,3 (1,8)

Depressão	2 (2)
<i>Inventario breve de afrontamiento – COPE 28</i>	
Enfrentamento centrado no problema (pontos)	1,5 (0,5)
Enfrentamento centrado na emoção (pontos)	1,3 (0,4)
Enfrentamento centrado na evitação (pontos)	1,1 (0,5)

Após a análise bivariada (Tabela 2), encontrou-se relação entre enfrentamento centrado em evitação e maior frequência de sintomas somáticos ( $r=0,5$ ), ansiedade ( $r=0,6$ ), disfunção social ( $r=0,5$ ) e depressão ( $r=0,6$ ) ( $p<0,001$ ). Outras variáveis relacionadas às quatro subescalas dos sintomas foram, por um lado, o número de pacientes (sintomas somáticos:  $r=0,2$ , ansiedade:  $r=0,3$ , disfunção social:  $r=0,2$  e depressão:  $r=0,3$ ) ( $p < 0,001$ ) e, por outro lado, a equipe médica em relação aos profissionais de enfermagem (diferença do escore de sintomas somáticos=0,7, ansiedade=1,1, disfunção social=0,8 e depressão=1,2) ( $p<0,001$ ). Além disso, a média de exaustão emocional foi maior entre os casos psiquiátricos em comparação aos não psiquiátricos (18,7 vs. 15,1 pontos,  $p < 0,01$ ).

Cumpriu-se as condições do modelo de regressão linear múltipla de normalidade residual as quais foram satisfeitas, não colinearidade entre as variáveis independentes e nenhum valor extremo para as subescalas de sintomas somáticos e ansiedade. Quanto ao restante das variáveis, a frequência de sintomas somáticos aumentou 0,02 ponto para cada aumento no escore da dimensão de despersonalização ( $p=0,01$ ), 2 pontos para cada incremento do escore de enfrentamento centrado na evitação ( $p=0,0001$ ) e 0,3 ponto entre o pessoal médico em relação aos profissionais de enfermagem ( $p=0,02$ ). Quanto à frequência de sintomas de ansiedade, esta aumentou em 0,1 ponto para cada aumento no escore da dimensão de despersonalização ( $p=0,01$ ), duplicando para cada aumento no escore de enfrentamento centrado na evitação ( $p=0,001$ ) e aumentou 0,7 ponto entre a equipe médica em relação aos profissionais de enfermagem ( $p=0,001$ ) (Tabela 3).

As condições do modelo de regressão linear múltipla de normalidade de resíduos, não colinearidade entre as variáveis independentes e inexistência de valores extremos para as subescalas de disfunção social e depressão foram atendidas. Quanto ao restante das variáveis, a frequência de sintomas de disfunção social diminuiu 1 ponto para cada aumento na frequência de enfrentamento da frequência focada no problema ( $p=0,002$ ), aumentou 0,5 ponto para cada ano de experiência profissional ( $p=0,04$ ), subiu 2 pontos para cada aumento no escore de enfrentamento centrado na evitação ( $p=0,001$ ) e foi aumentada em 0,5 ponto

Tabela 2 - Relação entre as dimensões e subescalas do *Maslach Burnout Inventory*, *Inventario breve de afrontamiento - COPE 28* e variáveis sociodemográficas-laborais e as subescalas do *General Health Questionnaire* no pessoal de saúde do serviço de emergência do hospital. Andaluzia, Espanha, 2016

Variáveis	SS <sup>*</sup>	A <sup>†</sup>	DS <sup>‡</sup>	D <sup>§</sup>	CP <sup>  </sup>	No CP <sup>  </sup>
	(pontos) n=235	(pontos) n=235	(pontos) n=235	(pontos) n=235	(pontos) n=235	(pontos) n=235
	r Pearson <sup>¶</sup>	r Pearson <sup>¶</sup>	r Pearson <sup>¶</sup>	r Pearson <sup>¶</sup>	Média (Desv. Típica)	Média (Desv. Típica)
AE <sup>**</sup> (pontos)	0,1	0,2	0,2 <sup>††</sup>	0,1	18,7(11,8)	15,1(10,1) <sup>††</sup>
DP <sup>§§</sup> (pontos)	0,01	0,1	0,04	0,04	8,7 (5,9)	8,7 (6,6)
RP <sup>   </sup> (pontos)	0,03	-0,03	-0,03	0,1	37,8 (8,5)	38,1 (8,2)
ACP <sup>¶¶</sup> (pontos)	-0,1	-0,1	-0,3 <sup>††</sup>	-0,2 <sup>††</sup>	1,5 (0,5)	1,6 (0,5)
ACEM <sup>***</sup> (pontos)	0,2	0,1	0,1	0,2	1,3 (0,4)	1,2 (0,4)
ACEV <sup>†††</sup> (pontos)	0,5 <sup>††</sup>	0,6 <sup>††</sup>	0,5 <sup>††</sup>	0,6 <sup>††</sup>	1,3 (0,4)	0,8 (0,3)
Idade (anos)	0,1	0,1	0,1	0,1	49,1 (7,3)	46,7 (8,9) <sup>††</sup>
Antiguidade no serviço (anos)	-0,1	-0,04	-0,1	-0,1	11,5 (9,6)	13,1 (9,1)
Experiência profissional (anos)	0,1	0,1	0,1 <sup>††</sup>	0,1	23,3 (9)	21,4 (7,8)
Pacientes atendidos/diariamente	0,2 <sup>††</sup>	0,3 <sup>††</sup>	0,2 <sup>††</sup>	0,3 <sup>††</sup>	55,8(23,2)	43,3 (248)
	Média (Desv. Típica)	Média (Desv. Típica)	Média (Desv. Típica)	Média (Desv. Típica)	n (%)	n (%)
Sexo						
Masculino	2,2 (2)	2,2 (1,9)	2,1 (1,8)	2 (2)	34 (60,7)	22 (39,3)
Feminino	2,5 (1,9)	2,6 (1,9)	2,4 (1,8)	2 (2)	120 (67)	59 (33)
Estado civil						
Casado	1,9 (1,9)	2,1(2,1)	1,9 (1,9)	1,4 (2)	27 (50,9)	26 (49,1)
Solteiro	2,5 (2)	2,6 (1,9)	2,4 (1,8)	2,1 (2)	98 (67,6)	47 (32,4)
Separado/ Divorciado	2,8 (1,9)	2,7 (1,7)	2,8 (1,6)	2,4 (1,9)	22 (81,5)	5 (18,5)
Viúvo	2,2 (2,2)	2,8 (2)	2,7 (2,2)	2,2 (1,9)	7 (7)	3 (30)
Exercício físico diário						
Sim	2 (1,8)	2,2 (2)	2 (1,8)	1,7 (2)	94 (73,4)	34 (26,6)
Não	2,7 (2) <sup>††</sup>	2,7 (1,9)	2,6(1,8) <sup>††</sup>	2,3 (1,9)	60 (56,1)	47 (43,9) <sup>††</sup>
Consumo de tabaco diário						
Sim	2,6 (1,9)	2,6 (1,9)	2,4 (1,9)	2,3 (2)	83 (72,2)	32 (27,8)
Não	2,2 (2)	2,3 (2)	2,3 (1,8)	1,7 (1,9)	71 (59,2)	49 (40,8) <sup>††</sup>
Categoria profissional						
Médico/a	2,9 (1,8)	3,3 (1,6)	2,9 (1,7)	2,9 (1,7)	54 (84,4)	10 (15,6)
Enfermeiro/a	2,2 (2) <sup>††</sup>	2,2 (2) <sup>††</sup>	2,1(1,8) <sup>††</sup>	1,7 (2) <sup>††</sup>	100 (58,5)	71 (41,5) <sup>††</sup>
Tipo de contrato						
Fixo/a	2,5 (1,9)	2,6 (1,9)	2,5 (1,8)	2,1 (2)	106 (67,9)	50 (32,1)
Interinidade	2 (2,1)	1,9 (2)	1,9 (1,8)	1,7(2) <sup>††</sup> †††	24 (52,2)	32 (47,8)
Eventual	2,6(2,1)	3 (2,1)	2,3 (1,8)	2 (2)	14 (60,9)	9 (39,1)

\*SS: Sintomas somáticos; †A: Ansiedade; ‡DS: Disfunção social; §D: Depressão; ||CP: Caso psiquiátrico; ¶Regressão direta: sintomas somáticos=0,1+2enfrentamento centrado na evitação; Sintomas somáticos=1,5+0,02pacientes atendidos diariamente; Ansiedade=-0,1+2,3enfrentamento centrado na evitação; Ansiedade=1,4+0,02pacientes atendidos diariamente; Disfunção social=3,8-0,9enfrentamento centrado no problema; Disfunção social=-0,02+2enfrentamento centrado na evitação; Disfunção social=1,6+0,03experiência profissional; Disfunção social=1,7+0,01pacientes atendidos diariamente; Depressão=3,1-0,7enfrentamento centrado no problema; Depressão=-0,8+2,5 enfrentamento centrado na evitação; Depressão=0,8+0,02pacientes atendidos diariamente; \*\*AE: Exaustão emocional; ††p valor<0,001; ††p valor<0,01; §§DP: Despersonalização; |||RP: Realização pessoal; ¶¶ACP: enfrentamento centrado no problema; \*\*\*ACEM: enfrentamento centrado na emoção; †††ACEV: enfrentamento centrado na evitação; †††Significância obtida pela análise de variância e método de Scheffé para comparações a posteriori: diferença significativa versus eventual

Tabela 3 - Fatores relacionados às subescalas de sintomas somáticos e ansiedade do *General Health Questionnaire* no pessoal de saúde do pronto-socorro do hospital. Andaluzia, Espanha, 2016

Variáveis	Sintomas somáticos*				Ansiedade <sup>†</sup>			
	Estimativa bruta		Estimativa ajustada <sup>‡</sup>		Estimativa bruta		Estimativa ajustada <sup>‡</sup>	
	Coef B	Valor p	Coef B	Valor p	Coef B	Valor p	Coef B	Valor p
AE <sup>§</sup> (pontos)	0,02	0,1			0,03	0,1		
DP <sup>  </sup> (pontos)	0,1	0,03	0,02	0,01	0,01	0,02	0,1	0,01
RP <sup>¶</sup> (pontos)	-0,04	0,9			-0,2	0,2		
ACP <sup>**</sup> (pontos)	-0,3	0,2			-0,2	0,4		
ACEM <sup>††</sup> (pontos)	0,2	0,6			-0,4	0,2		
ACEV <sup>†††</sup> (pontos)	1,9	0,001	2	0,0001	2,3	0,002	2	0,001
Idade (anos)	0,03	0,2			-0,3	0,7		
Antiguidade no serviço (anos)	0,6	0,7			-0,4	0,1		
Experiência profissional (anos)	0,02	0,2			0,01	0,5		

(continua...)

Tabela 3 - *continuação*

Variáveis	Sintomas somáticos*				Ansiedade†			
	Estimativa bruta		Estimativa ajustada‡		Estimativa bruta		Estimativa ajustada‡	
	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p
Pacientes atendidos diariamente	0,2	0,4			0,2	0,1		
Sexo								
Feminino	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Masculino	0,1	0,7			0,2	0,4		
Estado civil								
Casado/a	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Solteiro/a	0,3	0,3			0,3	0,8		
Separado/	0,8	0,9			0,1	0,8		
Divorciado								
Viúvo/a	0,6	0,3			0,6	0,4		
Exercício físico diário								
Sim	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Não	0,7	0,1			0,3	0,1		
Consumo de tabaco diário								
Sim	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Não	0,3	0,2			0,2	0,4		
Categoria profissional								
Médico/a	0,4		0,3		0,8		0,7	
Enfermeiro/a	(1 Ref.)	0,01	(1 Ref.)	0,02	(1 Ref.)	0,01	(1 Ref.)	0,001
Tipo de contrato								
Fixo/a	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Interinidade	0,2	0,3			0,4	0,2		
Eventual	0,3	0,5			0,7	0,1		

\*Coeficiente de determinação ajustado para a subescala de sintomas somáticos = 23,8%, F = 25,4, p<0,001; †Coeficiente de determinação ajustado para a subescala de ansiedade = 34,9%, F = 21,9, p<0,001; ‡Variáveis de ajuste: idade e sexo; §AE: Exaustão emocional; ||DP: Despersonalização; ¶RP: Realização pessoal; \*\*ACP: Enfrentamento centrado no problema; ††ACEM: Enfrentamento centrado na emoção; ††ACEV: Enfrentamento centrado na evitação

Tabela 4 - Fatores relacionados às subescalas de disfunção social e depressão do *General Health Questionnaire* no pessoal de saúde do serviço de emergência do hospital. Andaluzia, Espanha, 2016

Variáveis	Disfunção social*				Depressão†			
	Estimativa bruta		Estimativa ajustada‡		Estimativa bruta		Estimativa ajustada‡	
	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p	Coef β	Valor p
AE§ (pontos)	0,02	0,1			0,04	0,3		
DP   (pontos)	0,1	0,2			0,1	0,1		
RP¶ (pontos)	-0,01	0,4			-0,1	0,6		
ACP** (pontos)	-1	0,001	-1	0,002	-0,8	0,5		
ACEM†† (pontos)	0,1	0,8			0,2	0,4		
ACEV‡‡ (pontos)	2	0,004	2	0,001	0,2	0,01	0,2	0,03
Idade (anos)	-0,02	0,2			-0,03	0,1		
Antiguidade no serviço (anos)	-0,02	0,2			-0,2	0,7		
Experiência profissional (anos)	0,3	0,04	0,5	0,04	0,03	0,1		
Pacientes atendidos diariamente	0,3	0,3			0,32	0,01	0,4	0,04
Sexo								
Feminino	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Masculino	0,2	0,3			0,2	0,4		
Estado civil								
Casado/a	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Solteiro/a	0,03	0,9			0,2	0,5		
Separado/Divorciado	0,1	0,9			0,4	0,5		
Viúvo/a	0,4	0,3			0,4	0,3		
Exercício físico diário								
Sim	0,4	0,1			0,4	0,1		
Não	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Consumo diário de tabaco								
Sim	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Não	-0,1	0,03			-0,5	0,3		
Categoria profissional								
Médico/a	0,4							
Enfermeiro/a	1 (Ref.)	0,02	0,5 (1 Ref.)	0,03	1,3 (1 Ref.)	0,01	2,1 (1 Ref.)	0,001
Tipo de contrato								
Fixo/a	1 (Ref.)				1 (Ref.)			
Interinidade	-0,2	0,4			0,02	0,9		
Eventual	0,2	0,5			0,2	0,6		

\*Coeficiente de determinação ajustado para a subescala de disfunção social = 36,7%, F = 23,6, p<0,001; †Coeficiente de determinação ajustado para a subescala de depressão = 40,6%, F = 33,1, p<0,001; ‡Variáveis de ajuste: idade e sexo; §AE: Exaustão emocional; ||DP: Despersonalização; ¶RP: Realização pessoal; \*\*ACP: Enfrentamento centrado no problema; ††ACEM: Enfrentamento centrado na emoção; ††ACEV: Enfrentamento centrado na evitação

entre a equipe médica em relação aos profissionais de enfermagem ( $p=0,03$ ). Além disso, a frequência de sintomas depressivos aumentou 0,2 ponto para cada aumento na frequência de enfrentamento centrado na evitação ( $p=0,03$ ), aumentando em 0,4 ponto para

cada paciente atendido diariamente pelos profissionais ( $p=0,04$ ) e dobrou entre a equipe médica em relação aos profissionais de enfermagem ( $p=0,001$ ) (Tabela 4).

O risco de constituir um provável caso psiquiátrico foi determinado pelo aumento do nível

Tabela 5 - Fatores relacionados à probabilidade de um caso psiquiátrico através do uso do *General Health Questionnaire* no pessoal de saúde do serviço de emergência do hospital. Andaluzia, Espanha, 2016

Variáveis*	Odds Ratio bruta (IC*95%)	Valor p	Odds Ratio ajustada*§ (IC*95%)	Valor p
AE <sup>  </sup> (pontos)	1,03 (1,01 – 1,06)	0,02	1,07 (1,02 – 1,11)	0,01
DP <sup>¶</sup> (pontos)	1,97 (1,92 – 1,99)	0,01	1,87 (1,80 – 1,94)	0,001
RP <sup>**</sup> (pontos)	1,14 (0,95 – 1,23)	0,19		
ACP <sup>††</sup> (pontos)	0,61 (0,34 – 1,06)	0,08		
ACEM <sup>‡‡</sup> (pontos)	2,09 (0,98 – 4,44)	0,06		
ACEV <sup>§§</sup> (pontos)	3,98 (3,91 – 4,87)	0,01	4,37 (3,51 – 6,78)	0,001
Idade (anos)	1,04 (0,87 – 1,07)	0,17		
Antiguidade no serviço (anos)	0,98 (0,95 – 1)	0,20		
Experiência profissional (anos)	1,02 (0,99 – 1,06)	0,12		
Pacientes atendidos diariamente	1,02 (0,95 – 1,03)	0,07		
Sexo				
Feminino	1,32 (0,71 – 2,45)	0,39		
Masculino	1 (Ref.)			
Estado civil				
Casado/a	1 (Ref.)			
Solteiro/a	0,28 (0,16 – 1,20)	0,33		
Separado/divorciado	0,84 (0,67 – 2,35)	0,28		
Viúvo/a	0,63 (0,24 – 1,51)	0,16		
Prática de exercício físico diário				
Sim	0,16 (0,10 – 0,74)	0,01	0,30 (0,22 – 0,44)	0,01
Não	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
Consumo diário de tabaco				
Sim	1,79 (1,03 – 3,09)	0,04	2,38 (1,14 – 5)	0,02
Não	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
Categoria profissional				
Médico/a	1,26 (1,12 – 1,55)	0,01	1,30 (1,12 – 1,78)	0,01
Enfermeiro/a	1 (Ref.)		1 (Ref.)	
Tipo de contrato				
Proprietário de um lugar	1 (Ref.)			
Interinidade	0,20 (0,12 – 1,43)	0,53		
Eventual	0,31 (0,25 – 1,05)	0,39		

\*Variável dependente: presença/ausência de prováveis casos psiquiátricos detectados pelo *General Health Questionnaire* ( $\leq 6$  pontos: provável normal, nenhum caso e 7 pontos: caso psiquiátrico provável); †Intervalo de confiança; ‡Variáveis de ajuste: idade e sexo; §Teste da razão de probabilidade = 35,2, R2 de Nagelkerke = 0,6, Área sob a curva ROC = 0,9,  $p < 0,001$ ; ||AE: Exaustão emocional; ¶DP: Despersonalização; \*\*RP: Realização pessoal; ††ACP: Enfrentamento centrado no problema; ‡‡ACEM: Enfrentamento centrado na emoção; §§ACEV: Enfrentamento centrado na evitação

de exaustão emocional (OR ajustado=1,07,  $p=0,01$ ), despersonalização (OR ajustado=1,87,  $p=0,001$ ), enfrentamento centrado na evitação (OR ajustado=4,37,  $p=0,001$ ), consumo diário de tabaco (OR ajustado=2,38,  $p=0,02$ ) e ser médico (OR ajustado=1,30,  $p=0,01$ ), enquanto a prática de exercício físico diário foi um fator de proteção (OR ajustado=0,30,  $p=0,01$ ) (Tabela 5).

## Discussão

Neste estudo, por um lado, as variáveis relacionadas à presença de sintomas somáticos em profissionais de saúde foram da dimensão de despersonalização, enfrentamento centrado na evitação e ser médico; essas duas últimas variáveis, também, foram relacionadas

à sintomatologia da ansiedade, disfunção social e depressão. Além disso, a dimensão da despersonalização estava relacionada à ansiedade, experiência profissional e enfrentamento centrado no problema com disfunção social e no número de pacientes tratados diariamente com sintomatologia depressiva. Por outro lado, o risco de constituir um provável caso psiquiátrico foi determinado pelo nível de exaustão emocional, despersonalização, o uso de estratégia de enfrentamento centrado na evitação, consumo diário de tabaco e ser médico, enquanto a prática do exercício físico diário foi um fator de proteção.

Os escores médios das dimensões do *Burnout* colocaram a amostra em um nível baixo de exaustão emocional e um meio de despersonalização e realização



pessoal. Esses achados são semelhantes aos obtidos em estudos anteriores<sup>(13,24)</sup>. Embora o nível de *Burnout* tenha sido médio, de acordo com um estudo recente<sup>(9)</sup>, a maior taxa de prevalência de *Burnout* foi encontrada no pronto-socorro do hospital (71%).

A proporção de possíveis casos psiquiátricos entre os profissionais de saúde estudados foi de 32,3%, semelhante à obtida em outro estudo<sup>(3)</sup>. O enfrentamento centrado no problema foi a estratégia mais utilizada, o que poderia explicar a relativa baixa morbidade psiquiátrica encontrada. Esse achado é consistente com o obtido em outro estudo<sup>(25)</sup>.

As dimensões de exaustão emocional e despersonalização aumentaram o risco de constituir um provável caso psiquiátrico entre os profissionais de saúde. A despersonalização, além disso, estava relacionada à presença de sintomas somáticos e ansiedade. No entanto, a dimensão da realização pessoal foi deixada de fora desses relacionamentos. Alguns autores destacaram a relação entre exaustão emocional e despersonalização e o aparecimento de sintomas relacionados a um pior nível de saúde mental<sup>(26-27)</sup>, tendo a dimensão de exaustão emocional como o elo mais forte<sup>(27-28)</sup>.

A utilização da estratégia de enfrentamento centrado na evitação esteve relacionada à sintomatologia somática, ansiedade, disfunção social e depressiva em profissionais. Além disso, aumentou o risco de constituir um provável caso psiquiátrico. Esses achados estão de acordo com os resultados de outro estudo<sup>(18)</sup>. No entanto, esse tipo de enfrentamento pode ser a melhor opção para o pessoal de emergência extra-hospitalar, principalmente quando ocorre o evento, a fim de evitar envolvimento emocional<sup>(29)</sup>. Além disso, foi encontrada uma relação negativa entre o uso da estratégia de enfrentamento centrado no problema e a disfunção social. Evidências indicam que existe uma relação significativa entre um bom nível de saúde mental e o uso da estratégia de enfrentamento centrado no problema. Por outro lado, e mais especificamente, aqueles que têm problemas para manter ou iniciar uma relação com os outros (socialização) tendem a experimentar um inadequado crescimento emocional, solidão, depressão e não costumam a usar tipos de enfrentamento ativo<sup>(30)</sup>.

Quanto às características sociodemográficas e laborais relacionadas ao estado de saúde mental, constatou-se que o pessoal médico apresentava maior risco de constituir um caso psiquiátrico do que o de enfermagem. Além disso, pertencer ao grupo médico foi relacionado às quatro subescalas que compõem o GHQ-28 (sintomas somáticos, ansiedade, disfunção social e depressão). Embora seja verdade que a enfermagem seja considerada uma das profissões mais

estressantes, o que pode aumentar o risco de sofrer transtornos psiquiátricos<sup>(31)</sup>, vários estudos concluem que no serviço de emergência o pessoal médico tem maior probabilidade de relatar resultados psicológicos adversos justificados com base na responsabilidade desses profissionais<sup>(32)</sup>, enquanto os profissionais de enfermagem apontam para um maior nível de insatisfação no trabalho<sup>(8,24)</sup>. Apesar de os profissionais de enfermagem não apresentarem alterações de origem mental, estes parecem ser influenciados pelas estratégias de enfrentamento. Nesse sentido, o ajuste pessoa-ambiente pode moderar o estresse percebido, o conflito trabalho-família e o nível de saúde mental. Além disso, a supervisão clínica parece mediar o estresse e a saúde mental nesse grupo<sup>(33)</sup>.

Na presente pesquisa, encontrou-se uma relação positiva entre a experiência profissional e a escala de disfunção social do GHQ-28, ao contrário do encontrado em outra investigação<sup>(3)</sup>. Esse achado pode ser explicado de acordo com dois fatos. Por um lado, as evidências mostram a relação positiva entre a experiência profissional e o nível de *Burnout*<sup>(34)</sup>. Por outro lado, constatou-se que a presença de sintomas associados a pior funcionamento diário (capacidade de concentração ou aproveitar atividades) poderia estar relacionada a um aumento no nível de *Burnout*<sup>(35)</sup>.

Além disso, constatou-se que o aumento diário do número de pacientes atendidos no serviço de emergência estava relacionado à maior presença de sintomas depressivos manifestados pelos profissionais. A literatura tem mostrado que o aumento do número de pacientes e a sobrecarga destes aumentam o risco de sintomas depressivos entre os profissionais de saúde<sup>(36)</sup>. Da mesma forma, nas emergências, o fluxo constante de pacientes atendidos pelo pessoal de enfermagem é considerado um fator associado ao *Burnout* nesse grupo<sup>(37)</sup>.

O risco de constituir um provável caso psiquiátrico foi diminuído nos profissionais que praticavam exercício físico diário e aumentavam entre aqueles que consumiam tabaco diariamente. Evidências indicam que o exercício físico atenua a resposta ansiosa aos estímulos emocionais<sup>(38)</sup> e que as taxas de depressão e ansiedade são mais altas nos dependentes da nicotina<sup>(39)</sup>.

As limitações deste estudo incluem um possível viés de seleção na população estudada, uma vez que está sujeito ao grau de interesse dos profissionais em participar do estudo. Além disso, os resultados apontam para associações, mas não permitem estabelecer relações de causa e efeito. Embora Andaluzia seja uma área representativa do sistema de saúde, seria interessante considerar também profissionais de outras localidades geográficas.

Este trabalho destaca a necessidade de continuar com linhas de pesquisa que usam projetos mais complexos para determinar o papel desempenhado pelo *Burnout* e o enfrentamento passivo no nível de saúde mental do pessoal de saúde. Assim, os pontos fracos da atenção à saúde poderiam ser determinados e o controle da saúde mental aumentado, reduzindo, assim, as consequências negativas que resultam de um nível inadequado para o sistema e para o usuário.

## Conclusão

Os profissionais de enfermagem não apresentam alterações de origem mental. Níveis aumentados de exaustão emocional, despersonalização, enfrentamento centrado na evitação, ser médico e consumir tabaco diariamente aumentam o risco de se constituir um caso psiquiátrico. Por sua vez, a prática de exercício físico diário é um fator de proteção. As variáveis positivamente relacionadas com sintomatologia somática psicológica e ansiedade são a dimensão da despersonalização, o uso de estratégias de enfrentamento voltadas à evitação e a presença de pessoal médico. A disfunção social está diretamente associada ao fato de ser médico, com o uso de enfrentamento centrado na evitação e com experiência profissional e inversamente relacionada ao uso da estratégia de enfrentamento centrado no problema. Por fim, a presença de sintomas depressivos está relacionada ao uso da estratégia de enfrentamento centrado na evitação, ser médico e aumentar o número de pacientes atendidos diariamente.

## Agradecimentos

Para as direções dos hospitais participantes e para os profissionais que colaboraram no estudo.

## Referências

1. Unión Europea. European Framework for Action on Mental Health and Well-being. Bruselas; Joint Action; 2016. Available from: [https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides\\_for\\_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action\\_en.pdf](https://ec.europa.eu/research/participants/data/ref/h2020/other/guides_for_applicants/h2020-SC1-BHC-22-2019-framework-for-action_en.pdf)
2. Organización Internacional del Trabajo. Estrés en el trabajo. Un reto colectivo. Ginebra; OIT: 2016. Available from: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed\\_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms\\_466549.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/publication/wcms_466549.pdf)
3. Momeni M, Fahim F, Vahidi E, Nejati A, Saeedi M. Evaluation of factors affecting psychological morbidity in emergency medicine practitioners. *Wld J Emerg Med*. [Internet]. 2016 [cited Jul 16, 2018]; 7:203-7. Available from: <http://www.wjem.com.cn/default/articlef/index/id/492>
4. Johnston A, Abraham L, Greenslade J, Thom O, Carlstrom E, Wallis M, et al. Review article: Staff perception of the emergency department working environment: Integrative review of the literature. *Emerg Med Australas*. [Internet]. 2016 [cited May 3, 2018]; 28(1):7-26. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/1742-6723.12522>
5. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *Wld Psychiatry*. [Internet]. 2016 [cited May 14, 2018]; 15(2):103-11. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/wps.20311>
6. Leiter MP, Maslach C. Latent burnout profiles: A new approach to understanding the burnout experience. *Burn Res*. [Internet]. 2016 [cited Jun 1, 2018]; 3(4):89-100. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058615300188?via%3Dihub>
7. Cañadas GA, Vargas C, San Luis C, García I, Cañadas GR, Emilia I. Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2015 [cited Jun 15, 2018]; 52(1):240-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914001710?via%3Dihub>
8. Arora M, Asha S, Chinnappa J, Diwan AD. Review article: Burnout in emergency medicine physicians. *Emerg Med Australas*. [Internet]. 2013 [cited May 27, 2018]; 25(6):491-5. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/1742-6723.12135>
9. Shanafelt T, Hasan O, Dyrbye LN, Sinsky C, Satele D, Sloan J, et al. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014. *Mayo Clin*. [Internet]. 2015 [cited Jul 5, 2018]; 90(12):1600-13. Available from: [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(15\)00716-8/fulltext](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(15)00716-8/fulltext)
10. Li H, Cheng B, Zhu XP. Quantification of burnout in emergency nurses: A systematic review and meta-analysis. *Int Emerg Nurs*. [Internet]. 2018 [cited Aug 9, 2018]; 39:46-54. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1755599X17301738?via%3Dihub>
11. Adriaenssens J, De Gucht V, Maes S. Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: A systematic review of 25 years of research. *Int J Nurs Stud*. [Internet]. 2014 [cited Jun 10, 2018]; 52(2):649-61. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0020748914002983?via%3Dihub>
12. Suner-Soler R, Grau-Martín A, Flichtentrei D, Prats M, Braga F, Font-Mayolas S, et al. The consequences of burnout syndrome among healthcare professionals in Spain and Spanish speaking Latin American countries.

- Burn Res. [Internet]. 2014 [cited Jul 16, 2018]; 1(2):82-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2213058614000254?via%3Dihub>
13. Howlett M, Doody K, Murray J, Le Blanc-Duchin D, Fraser J, Atkinson PR. Burnout in emergency department healthcare professionals is associated with coping style: a cross-sectional survey. *Emerg Med J.* [Internet]. 2015 [cited April 2, 2018]; 32(9):722-7. Available from: <https://emj.bmj.com/content/32/9/722>
  14. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: Pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol.* [Internet]. 2004 [cited Jun 8, 2018]; 55:745-74. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
  15. Shin H, Park YM, Ying JY, Kim B, Noh H, Lee SM. Relationships between coping strategies and burnout symptoms: A meta-analytic approach. *Prof Psychol Res Pr.* [Internet]. 2014 [cited Jul 7, 2018]; 45(1):44-56. Available from: <http://psycnet.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fa0035220>
  16. Nielsen MB, Knardahl S. Coping strategies: A prospective study of patterns, stability, and relationships with psychological distress. *Scand J Psychol.* [Internet]. 2014 [cited Jun 3, 2018]; 55(2):142-50. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/sjop.12103>
  17. Goh L, Cameron PA, Mark P. Burnout in emergency physicians and trainees in Australasia. *Emerg Med Australas.* [Internet]. 1999 [cited Apr 5, 2018]; 11(4):250-7. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1046/j.1442-2026.1999.00071.x>
  18. Yates P, Benson EV, Harris A, Baron R. An investigation of factors supporting the psychological health of staff in a UK emergency department. *Emerg Med J.* [Internet]. 2012 [cited Jun 25, 2018]; 29(7):533-5. Available from: <https://emj.bmj.com/content/29/7/533>
  19. Ríos MI, Godoy C. Association between occupational satisfaction and perceived general health in emergency nurses. *Enferm Clin.* [Internet]. 2008 [cited May 6, 2018]; 18(3):134-41. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862108707150?via%3Dihub>
  20. Maslach C, Jackson SE. Maslach Burnout Inventory. En: Seisdedos N, editor. *Manual del Inventario Burnout de Maslach. Síndrome del "quemado" por estrés laboral asistencial.* Madrid: TEA Ediciones; 1997.p. 5-28.
  21. Fernández O, Hidalgo C, Martín A, Moreno S, García del Río B. Burnout in resident doctors who perform guards in an emergency service. *Emergencias.* [Internet]. 2007 [cited May 13, 2018]; 19(3):116-21. Available from: <http://emergencias.portalsemes.org/descargar/burnout-en-medicos-residentes-que-realizan-guardias-en-un-servicio-de-urgencias/>
  22. Lobo A, Pérez MJ, Artal J. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med.* [Internet]. 1986 [cited Jul 2, 2018]; 16(1):135-40. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/validity-of-the-scaled-version-of-the-general-health-questionnaire-ghq28-in-a-spanish-population/A6F4A6B1D059D9C7DF3E46F5F71919D3>
  23. Crespo M, Cruzado, JA. La evaluación del afrontamiento: adaptación española del cuestionario COPE con una muestra de estudiantes universitarios. *Anal Modif Conducta.* [Internet]. 1997 [cited Jul 18, 2018]; 23(92):797-830. Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=745033&pid=S0212-9728201600020000700009&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=745033&pid=S0212-9728201600020000700009&lng=es)
  24. Yuguero O, Forné C, Esquerda M, Pifarré J, Abadías MJ, Viñas J. Empathy and burnout of emergency professionals of a health región: A cross-sectional study. *Medicine.* [Internet]. 2017 [cited May 9, 2018]; 96(37):e8030. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005792-201709150-00042>
  25. Kerai SM, Khan UR, Islam M, Asad N, Razzak J, Pasha O. Post-traumatic stress disorder and its predictors in emergency medical service personnel: a cross-sectional study from Karachi, Pakistan. *BMC Emerg Med.* [Internet]. 2017 [cited Aug 1, 2018]; 17(1):26-32. Available from: <https://bmcmemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12873-017-0140-7>
  26. Arrogante O. Mediator effect of resilience between burnout and health in nursing staff. *Enferm Clin.* [Internet]. 2014 [cited Aug 3, 2018]; 24(5):283-9. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862114000862?via%3Dihub>
  27. Guiyuan Z, Xiuying S, Xiaohong T, Chungin L, Guopeng L, Linghya K, et al. Correlates of psychological distress, burnout, and resilience among Chinese female nurses. *Ind Health.* [Internet]. 2016 [cited Aug 11, 2018]; 54(5):389-95. Available from: [https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/54/5/54\\_2015-0103/\\_article](https://www.jstage.jst.go.jp/article/indhealth/54/5/54_2015-0103/_article)
  28. Khamisa N, Peltzer K, Ilic D, Oldenburg B. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses: A follow-up study. *Int J Nurs Pract.* [Internet] 2016 [cited Aug 3, 2018]; 22(6):538-45. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/ijn.12455>
  29. Minnie L, Goodman S, Wallis L. Exposure to daily trauma: The experiences and coping mechanism of Emergency Medical Personnel. A cross-sectional study. *Afr J Emerg Med.* [Internet]. 2015 [cited Aug 4, 2018]; 5(1):12-8. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2211419X14001426?via%3Dihub>

30. Rajaei AR, Khoyneshad GR, Javanmard J, Abdollahpour M. The relation between positive psychological states and coping styles. *J Fundam Ment Health*. [Internet]. 2015 [cited Jun 1, 2018];18(1):57-63. Available from: [http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:w-dHARSZgRgJ:eprints.mums.ac.ir/2184/2/JFMH\\_Volume%252018\\_Issue%25201\\_Pages%252057-63-2.pdf+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=es&client=firefox-b-ab](http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:w-dHARSZgRgJ:eprints.mums.ac.ir/2184/2/JFMH_Volume%252018_Issue%25201_Pages%252057-63-2.pdf+%&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=es&client=firefox-b-ab)
31. Saeedi SS, Ghashghaee A, Behzadifar M, Bragazzi NL, Mousavinejad N, Ghaemmohamadi MS, et al. Depression among Iranian nurses: A systematic review and meta-analysis. *Med J Islam Repub Iran*. [Internet]. 2017 [cited Jul 19, 2018]; 31:130-8. Available from: <http://mjiri.iiums.ac.ir/article-1-4577-en.html>
32. Escribà V, Martín D, Pérez S. Psychosocial work environment and burnout among emergency medical and nursing staff. *Int Arch Occup Environ Health*. [Internet]. 2006 [cited Jul 27, 2018]; 80(2):127-33. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00420-006-0110-y>
33. 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 Nurs*. [Internet]. 2015 [cited Jul 15, 2018]; 14(1):15. Available from: <https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-015-0068-8>
34. Gómez-Urquiza JL, Emilia I, Albendín-García L, Vargas-Pecino C, Ortega-Campos EM, Cañadas-De la Fuente GA. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis. *Crit Care Nurs*. [Internet]. 2017 [cited Aug 6, 2018]; 37(5):1-9. Available from: <http://ccn.aacnjournals.org/content/37/5/e1>
35. Khamisa N, Oldenburg B, Peltzer K, Ilic D. Work related stress, burnout, job satisfaction and general health of nurses. *Int J Environ Res Public Health*. [Internet]. 2015 [cited Aug 9, 2018]; 12(1):652-66. Available from: <https://www.mdpi.com/1660-4601/12/1/652>
36. Wong MG, Poole CJ, Agius R. Attribution of mental illness to work: a Delphi study. *Occup Med*. [Internet]. 2015 [cited Jul 5, 2018]; 15;65(5):391-7. Available from: <https://academic.oup.com/occmed/article/65/5/391/1426416>
37. Roza JA, Olson DM, Thu H, Stutzman SE. Situational factors associated with burnout among emergency department nurses. *Workplace Health Saf*. [Internet]. 2017 [cited Jun 9, 2018]; 65(6):262-65. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2165079917705669>
38. Smith JC. Effects of emotional exposure on state anxiety after acute exercise. *Med Sci Sports Exerc*. [Internet]. 2013 [cited May 31, 2018]; 45(2):372-8. Available from: <https://insights.ovid.com/crossref?an=00005768-201302000-00022>
39. Emre N, Topal K, Bozkurt N, Topaktas E. Mental health screening and increased risk for anxiety and depression among treatment-seeking smokers. *Tob Induc Dis*. [Internet]. 2014 [cited Jun 15, 2018]; 12(1):20-7. Available from: <http://www.tobaccoinduceddiseases.org/Mental-health-screening-and-increased-risk-for-anxiety-and-depression-among-treatment,67122,0,2.html>


Recebido: 06.09.2018

Aceito: 30.01.2019

Autor correspondente:

Silvia Portero de la Cruz

E-mail: n92pocrs@uco.es

 <https://orcid.org/0000-0001-5043-0445>

**Copyright © 2019 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este é um artigo de acesso aberto distribuído sob os termos da Licença Creative Commons CC BY.

Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir do seu trabalho, mesmo para fins comerciais, desde que lhe atribuam o devido crédito pela criação original. É a licença mais flexível de todas as licenças disponíveis. É recomendada para maximizar a disseminação e uso dos materiais licenciados.