



Asociación entre comportamientos ofensivos y riesgo de *burnout* y depresión en trabajadores de la salud*


Luiza Salvador Rohwedder^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-7636-8982>

Fabio Leandro da Silva¹

 <https://orcid.org/0000-0001-6002-9030>


Bianca BIASON Albuquerque^{1,2}

 <https://orcid.org/0000-0002-5944-5392>

Rosângela Sousa³

 <https://orcid.org/0000-0003-3417-5581>

Tatiana de Oliveira Sato^{1,4}

 <https://orcid.org/0000-0001-8797-8981>

Vivian Aline Mininel¹

 <https://orcid.org/0000-0001-9985-5575>

Destacados: (1) La amenaza de violencia es el tipo de comportamiento ofensivo más frecuente. (2) Los profesionales de enfermería y los médicos son los más afectados por la violencia en el trabajo. (3) Las víctimas de violencia en el trabajo tienen más probabilidades de tener síntomas de depresión. (4) Haber sufrido violencia en el trabajo aumenta casi cinco veces la posibilidad de sufrir *burnout*.

Objetivo: evaluar la incidencia de conductas ofensivas en el trabajo, las características y la asociación con el sexo, el estrés, el *burnout* y la depresión en trabajadores de la salud. **Método:** estudio transversal, descriptivo, cuantitativo, realizado con 125 trabajadores del Sistema Único de Salud brasileño. Los datos fueron recolectados entre junio de 2021 y abril de 2022, por medio de tres cuestionarios autoadministrados que evalúan características personales y ocupacionales; comportamientos ofensivos, estrés y *burnout* y síntomas de depresión. Se aplicó estadística descriptiva, prueba de asociación chi-cuadrado y análisis de regresión logística. **Resultados:** el 44% de la muestra declararon 83 conductas y las amenazas de violencia fueron las más frecuentes (26%). Técnicos/auxiliares de enfermería, enfermeros y médicos fueron los profesionales más expuestos. El principal agresor fue el paciente; excepto en el caso del *bullying*, que fue perpetrado por los compañeros de trabajo (48%). Hubo asociación entre conductas ofensivas y *burnout* (OR: 4,73; IC 95%: 1,29-17,3; $p=0,02$) y entre conductas ofensivas y síntomas de depresión (OR: 1,05; IC 95%: 1,01-1,10; $p=0,02$). **Conclusión:** la práctica de conductas ofensivas en el trabajo en salud es frecuente y característica; el *burnout* y los síntomas de depresión aumentaron, respectivamente, 4,73 y 1,05 veces las posibilidades de que el trabajador sufriera esas conductas ofensivas en el ambiente de trabajo.

Descriptorios: Violencia Laboral; Depresión; Agotamiento Profesional; Salud Laboral; Condiciones de Trabajo; Riesgos Laborales.

* Apoyo financiero de la Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo – FAPESP, Proceso 2020/10098-1.





¹ Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Enfermagem, São Carlos, SP, Brasil.

² Beca de la da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.

³ Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, Brasil.

⁴ Beca del Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

Cómo citar este artículo

Rohwedder LS, Silva FL, Albuquerque BB, Sousa R, Sato TO, Mininel VA. Association between offensive behaviors and burnout and depression risks in health workers. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2023;31:e3987 [cited   ]. Available from:  <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6683.3987>

Introducción

Los trabajadores de la salud están expuestos a diversos riesgos en su trabajo, como los psicosociales, biológicos y organizacionales⁽¹⁾. Este grupo también está más expuesto a conductas sociales adversas⁽²⁾ y la violencia en el trabajo es un fenómeno con alta incidencia⁽³⁻⁶⁾ que ha ido en aumento a lo largo de los años⁽⁷⁾, especialmente en los dos primeros años de la pandemia de COVID-19, que generó presión sobre los sistemas de salud y, por ende, sobre los trabajadores vinculados a los mismos⁽⁸⁾.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) define la violencia y el acoso en el trabajo como un conjunto de amenazas o comportamientos y prácticas inaceptables que generan o pueden generar daños físicos, psicológicos, sexuales o económicos⁽⁹⁾. Según el marco teórico adoptado⁽¹⁰⁾, el término "violencia en el trabajo" puede definirse como la presencia de conductas ofensivas en el ambiente de trabajo, incluyendo la atención sexual no deseada; amenazas de violencia; violencia física y *bullying*.

La atención sexual no deseada es una de las dimensiones del acoso sexual e incluye conductas verbales y no verbales caracterizadas como ofensivas, no deseadas, no recíprocas y de naturaleza sexual⁽¹¹⁾, que pueden transmitir un mensaje implícitamente coercitivo cuando las practica un jefe/supervisor que tiene el poder de contratar, despedir y promover una carrera profesional.

Las amenazas de violencia incluyen prometer usar la fuerza física o el poder y provocarle miedo, daño sexual u otras consecuencias negativas a la víctima⁽¹²⁾. La violencia física implica el uso de la fuerza física e incluye actos como golpear, abofetear, patear, apuñalar, disparar, empujar, morder y pellizcar, que generan un daño físico real⁽¹³⁾. El *bullying*, también conocido como acoso moral o *mobbing*, se refiere a situaciones de acoso no sexual, ofensas, exclusión social o daño causado de manera intencional, recurrente y por un período determinado⁽¹³⁾.

Entre los factores que contribuyen a que haya comportamientos ofensivos en el trabajo en salud se destacan los factores organizacionales, tales como políticas restrictivas, número insuficiente de trabajadores, inexperiencia profesional, falta de capacitación⁽¹⁴⁾ y condiciones de trabajo precarias que provocan que baje la calidad del servicio. Ciertos aspectos relacionados con los agresores, como el perfil de la enfermedad del paciente y la ansiedad o el estrés de los acompañantes⁽¹⁵⁾, pueden favorecer dichos comportamientos y muchas veces los trabajadores los mencionan para justificar situaciones de violencia y eximir al agresor⁽⁶⁾.

La violencia en el trabajo se ha naturalizado en el día a día de los servicios de salud y son pocas las medidas que se han implementado para enfrentarla, gestionarla y

prevenirla⁽⁶⁾, a pesar de que tiene muchas repercusiones, que incluyen sufrimiento físico y/o psíquico y aumentan el riesgo de afectar la salud mental de los trabajadores⁽¹⁶⁾. La calidad de la atención también se ve afectada por ese hecho, dado que reduce la fuerza de trabajo, ya sea por enfermedad o por el agotamiento que sufre el equipo⁽¹⁷⁾.

A pesar de la relevancia que tiene el tema, las investigaciones sobre el mismo en el ámbito de la salud brasileña aún son escasas^(6,14), sobre todo si se considera el contexto reciente de la pandemia de COVID-19, durante la cual los trabajadores de la salud sufrieron mayor desgaste emocional y físico y las condiciones de trabajo eran más precarias⁽¹⁸⁾, por ende, es necesario que se le preste más atención a esta población.

La identificación temprana de las diferentes formas de violencia en el ambiente de trabajo y sus consecuencias les brinda herramientas a los gestores para que propongan medidas profilácticas y de control de estos eventos⁽¹⁹⁾. Por lo tanto, este estudio tuvo como objetivo evaluar la incidencia de conductas ofensivas en el trabajo, las características y la asociación con el sexo, el estrés, el *burnout* y la depresión en trabajadores de la salud.

Método

Diseño del estudio

Estudio transversal, descriptivo, cuantitativo, basado en las recomendaciones de la guía *Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys* (CHERRIES)⁽²⁰⁾ y derivado de la investigación longitudinal HEROES (*HEalth conditions of healthcaRe wOrkErS*)⁽²¹⁾, cuyo objetivo fue evaluar los aspectos psicosociales en el trabajo, las características del sueño, los síntomas musculoesqueléticos y la depresión en trabajadores de salud del Sistema de Salud Unificado (*Sistema Único de Saúde - SUS*).

Lugar y periodo

La encuesta tipo *e-survey* abarcó el territorio nacional, los datos fueron recopilados a través del formulario electrónico gratuito *Google Forms*, con el objetivo de respetar el distanciamiento social impuesto por la pandemia de COVID-19, entre junio de 2021 y abril de 2022.

Población y muestra

El reclutamiento de los potenciales participantes se realizó a través de *internet*, mediante la prensa, las redes sociales y los correos electrónicos disponibles en los sitios *web* institucionales. Para difundir la convocatoria dos investigadoras participaron en entrevistas en estaciones

de radio locales (dos estaciones) y escribieron artículos y nueve estudiantes (cinco de grado y cuatro de posgrado) produjeron material para los perfiles del proyecto HEROES en *Instagram*, *Facebook* y *YouTube*. Además, se enviaron correos electrónicos a hospitales públicos, secretarías y unidades de salud y a las entidades profesionales (de enfermería, fisioterapia, psicología, nutrición, medicina).

Los criterios de inclusión fueron ser trabajador del servicio de salud del SUS, tener entre 18 y 60 años y realizar actividades asistenciales. La participación fue voluntaria y no hubo incentivo económico. Fueron excluidos los estudiantes, jubilados, las respuestas duplicadas y los datos inconsistentes. La muestra por conveniencia estuvo conformada por 125 personas.

Instrumentos

Se utilizaron tres instrumentos: (i) un cuestionario sociodemográfico y laboral que contiene preguntas relacionadas con el sexo, la edad, el estado civil, la educación, los antecedentes médicos, los hábitos de vida y los antecedentes laborales; (ii) la versión corta del *Copenhagen Psychosocial Questionnaire II*⁽²²⁻²³⁾, validado para el idioma portugués variante brasileña (COPSOQ II-Br), con valores alfa de Cronbach entre 0,70 y 0,87⁽²²⁾ y (iii) el Inventario de Depresión de Beck II, validado para el idioma portugués variante brasileña (IDB-II) con alfa de Cronbach 0,93⁽²⁴⁾. Los tres instrumentos se incorporaron en el formulario electrónico *Google Forms* y los participantes pudieron revisar sus respuestas y cambiarlas a medida que respondían las preguntas. Antes del lanzamiento se testearon la usabilidad y la funcionalidad técnica del formulario electrónico que contiene los tres cuestionarios.

El COPSOQ II se utiliza para evaluar los aspectos psicosociales en el trabajo en diferentes poblaciones, brinda información útil para los estudios del área de Salud Ocupacional y es un aliado importante para los programas de prevención de riesgos psicosociales^(10,23). La versión corta del COPSOQ II-Br consta de 40 preguntas, divididas en siete dominios: 1. Exigencias del trabajo; 2. Organización y contenido del trabajo; 3. Relaciones interpersonales; 4. Interfaz trabajo-individuo; 5. Valores del lugar de trabajo; 6. Salud y bienestar; 7. Comportamientos ofensivos⁽²²⁾. A las preguntas se les asignan puntajes mediante una escala Likert de cinco puntos, el puntaje se calcula en función del número de preguntas de cada dominio, con una escala que va de cero a ocho puntos (los rangos son 0-3 puntos; 0-4 puntos; 0-6 puntos y 0-8 puntos). Los valores obtenidos se clasifican en "situación favorable para la salud" (verde), "situación intermedia" (amarillo) y "riesgo para la salud" (rojo)⁽²²⁾. La dimensión 7 (comportamiento ofensivo) se

clasifica de manera diferente, dado que contiene opciones dicotómicas y si se obtiene la respuesta "sí" en al menos un tipo de comportamiento ofensivo, se considera que hay violencia en el trabajo. Esta investigación incluyó las dimensiones *burnout* y estrés del COPSOQ II-Br, que forman parte del dominio 6 (salud y bienestar) y del dominio 7 (comportamiento ofensivo), compuesto por cuatro dimensiones: atención sexual no deseada, amenazas de violencia, violencia física y *bullying*.

El IDB-II evalúa los síntomas de depresión a través de 21 preguntas autorreferidas⁽²⁴⁾. Para cada pregunta, hay una escala de cuatro puntos, que van de cero a tres puntos: cero significa que no hay síntomas y tres significa la presencia de síntomas graves. El participante debe responder en base a las últimas dos semanas, incluyendo el día de la encuesta. Si varias declaraciones describen su condición, debe marcar la respuesta con más puntos. El puntaje total se calcula sumando los resultados de las 21 preguntas, que van de cero a 63 puntos. La interpretación de los resultados se basa en intervalos de puntaje que indican categorías específicas de depresión, de la siguiente manera: de cero a 13 puntos: sin depresión; de 14 a 19 puntos: depresión media; de 20 a 28: depresión moderada; de 29 a 63: depresión severa⁽²⁴⁾.

Tratamiento y análisis de los datos

Sólo se analizaron los cuestionarios completados en su totalidad. Se utilizó análisis estadístico descriptivo para todas las variables, con la ayuda del *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versión 26.0 y mediante el lenguaje R (versión 4.1.2).

Debido a la naturaleza cualitativa de los datos, se aplicó la prueba de Chi-cuadrado para probar la asociación entre comportamientos ofensivos, sexo, riesgo de estrés y *burnout*.

El dominio 7 (comportamientos ofensivos) del COPSOQ II-Br se consideró como variable de resultado (dependiente), está compuesta por cuatro variables cualitativas nominales (dicotómicas). La respuesta "sí" a cualquiera de las cuatro dimensiones ya indica un riesgo para la salud (rojo). Las variables independientes fueron extraídas del COPSOQ II-Br dominio 6 (salud y bienestar), en las dimensiones estrés y *burnout* y del BID-II variables cualitativas categóricas, según la clasificación. El análisis de regresión logística binomial testeó la asociación entre haber sufrido algún tipo de conducta ofensiva (variable dependiente) y las variables independientes sexo; tener hijos (sí o no); estrés (clasificación de riesgo para la salud, rojo); *burnout* (clasificación de riesgo para la salud, rojo) y síntomas de depresión (puntaje total obtenido, variable cuantitativa discreta). El nivel de significación adoptado fue del 5%.

Aspectos éticos

El estudio cumplió con los requisitos éticos para la investigación con seres humanos, como lo recomiendan las Resoluciones del Consejo Nacional de Salud n. 466/2012 y n. 510/2016, y fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación (CEI) bajo CAAE n. 39705320.9.0000.5504. Todos los participantes firmaron el Formulario de Consentimiento Libre e Informado (FCLI) antes de responder los cuestionarios.

Resultados

Participaron de la investigación 125 profesionales de la salud, la mayoría del sexo femenino (83%), con una edad media de 37,5 años [Desviación Estándar (DE)=8,3], autodeclarados blancos (71%), casados (57%), sin hijos (52%), con nivel educativo posgrado (63%), de las

siguientes categorías profesionales: enfermeros (36,0%), técnicos/asistentes de enfermería (22,4%), fisioterapeutas (20,8%), médicos (6,4%), odontólogos (3,2%) y otros profesionales (11,2%) (un agente comunitario de salud, dos trabajadores sociales, dos auxiliares de farmacia, un conductor de ambulancia, un coordinador de atención domiciliaria, dos fonoaudiólogos, dos nutricionistas, dos terapeutas ocupacionales y un psicólogo). Los participantes eran oriundos de las regiones Sudeste (79,2%), Sur (11,2%), Nordeste (4,8%), Centro Oeste (3,2%) y Norte (1,6%).

La mayoría de los profesionales trabajaba en hospitales (49%), tenía una carga horaria semanal de 40 horas (48%), régimen contractual regido por la Consolidación de las Leyes de Trabajo (48%) e ingreso mensual de tres a seis salarios mínimos (SM) (39%). El 31% declaró tener más de una relación laboral, como se puede ver en la Tabla 2.

Tabla 1 - Características socio-demográficas de los profesionales de la salud (n=125). Brasil, 2021-2022

Características	Total (n=125)	Odontólogos (n=4)	Fisioterapeutas (n=26)	Enfermeros (n=45)	Técnicos/ Asistentes de Enfermería (n=28)	Médicos (n=8)	Otros (n=14)
Edad (años)	37,5 (8,3)	28,0 (6,2)	36,3 (7,3)	38,2 (7,3)	39,4 (9,0)	35,0 (11,3)	37,4 (9,2)
Sexo							
Femenino	104 (83,2)	3 (75,0)	22 (84,6)	39 (86,7)	25 (89,3)	3 (37,5)	12 (85,7)
Masculino	21 (16,8)	1 (25,0)	4 (15,4)	6 (13,3)	3 (10,7)	5 (62,5)	2 (14,3)
Color/Raza							
Blanco	89 (71,2)	2 (50,0)	20 (76,9)	33 (73,3)	18 (64,3)	6 (75,0)	10 (71,4)
Moreno	29 (23,2)	2 (50,0)	5 (19,3)	9 (20,0)	7 (25,0)	2 (25,0)	4 (28,6)
Asiático	1 (0,8)	-	1 (3,8)	-	-	-	-
Negro	6 (4,8)	-	-	3 (6,7)	3 (10,7)	-	-
Estado civil							
Soltero	41 (32,8)	2 (50,0)	9 (34,7)	15 (33,3)	7 (25,0)	3 (37,5)	5 (35,7)
Casado	71 (56,8)	2 (50,0)	14 (53,8)	26 (57,8)	18 (64,3)	4 (50,0)	7 (50,0)
Viudo	2 (1,6)	-	1 (3,8)	1 (2,2)	-	-	-
Separado/ Divorciado	11 (8,8)	-	2 (7,7)	3 (6,7)	3 (10,7)	1 (12,5)	2 (14,3)
Educación							
Primaria	2 (1,6)	-	-	-	1 (3,6)	-	1 (7,1)
Secundaria	22 (17,6)	-	-	-	20 (71,4)	-	2 (14,3)
Superior	22 (17,6)	1 (25,0)	6 (23,1)	5 (11,1)	5 (17,9)	3 (37,5)	2 (14,3)
Posgrado	79 (63,2)	3 (75,0)	20 (76,9)	40 (88,9)	2 (7,1)	5 (62,5)	9 (64,3)
Hijos							
No tiene hijos	65 (52,0)	3 (75,0)	17 (65,3)	19 (42,2)	11 (39,3)	7 (87,5)	8 (57,1)
Tiene hijos	60 (48,0)	1 (25,0)	9 (34,7)	26 (57,8)	17 (60,7)	1 (12,5)	6 (42,9)

*Media (desviación estándar)

Tabla 2 - Características ocupacionales de los profesionales de la salud (n=125). Brasil, 2021-2022

Características	Total (n=125)	Odontólogos (n=4)	Fisioterapeutas (n=26)	Enfermeros (n=45)	Técnicos/ Asistentes de Enfermería (n=28)	Médicos (n=8)	Otros (n=14)
Lugar de trabajo							
Atención primaria	40 (32,0)	4 (100,0)	8 (30,8)	15 (33,3)	6 (21,4)	2 (25,0)	5 (35,7)
Hospital	61 (48,8)	-	17 (65,4)	22 (49,0)	13 (46,4)	5 (62,5)	4 (28,7)
Atención de emergencia	12 (9,6)	-	-	4 (8,9)	6 (21,4)	-	2 (14,3)
Atención ambulatoria	4 (3,2)	-	-	1 (2,2)	1 (3,6)	1 (12,5)	1 (7,1)
Atención psicosocial	5 (4,0)	-	-	2 (4,4)	2 (7,2)	-	1 (7,1)
Atención domiciliaria	3 (2,4)	-	1 (3,8)	1 (2,2)	-	-	1 (7,1)
Tiempo de trabajo							
Menos de 6 meses	7 (5,6)	-	-	1 (2,2)	4 (14,3)	1 (12,5)	1 (7,1)
Entre 6 y 12 meses	30 (24,0)	3 (75,0)	8 (30,8)	11 (24,4)	2 (7,2)	3 (37,5)	3 (21,5)
Entre 2 y 5 años	42 (33,6)	1 (25,0)	8 (30,8)	13 (28,9)	10 (35,7)	2 (25,0)	8 (57,2)
Entre 6 y 10 años	22 (17,6)	-	6 (23,1)	8 (17,8)	5 (17,9)	2 (25,0)	1 (7,1)
Más de 10 años	24 (19,2)	-	4 (15,3)	12 (26,7)	7 (24,9)	-	1 (7,1)
Carga de trabajo semanal (horas)							
Menos de 30	6 (4,8)	-	2 (7,7)	-	1 (3,6)	1 (12,5)	2 (14,3)
30	30 (24,0)	-	19 (73,1)	2 (4,4)	4 (14,3)	-	5 (35,7)
36	21 (16,8)	-	1 (3,8)	11 (24,4)	8 (28,5)	-	1 (7,1)
40	60 (48,0)	4 (100,0)	2 (7,7)	30 (66,8)	14 (50,0)	4 (50,0)	6 (42,9)
Más de 40	8 (6,4)	-	2 (7,7)	2 (4,4)	1 (3,6)	3 (37,5)	-
Tipo de vínculo							
CLT*	60 (48,0)	2 (50,0)	11 (42,3)	25 (55,5)	11 (39,3)	5 (62,5)	6 (42,9)
Funcionario público	52 (41,6)	1 (25,0)	10 (38,5)	17 (37,8)	15 (53,6)	2 (25,0)	7 (50,0)
Proveedor de servicios/ Subcontratado	13 (10,4)	1 (25,0)	5 (19,2)	3 (6,7)	2 (7,1)	1 (12,5)	1 (7,1)
Ingresos (SM¹)							
Más de 1 a 3	25 (20,0)	1 (25,0)	1 (3,8)	4 (8,9)	13 (46,4)	-	6 (42,9)
Más de 3 a 6	49 (39,2)	1 (25,0)	11 (42,3)	18 (40,0)	13 (46,4)	-	6 (42,9)
Más de 6 a 9	22 (17,6)	1 (25,0)	7 (27,0)	12 (26,7)	1 (3,6)	-	1 (7,1)
Más de 9	25 (20,0)	1 (25,0)	6 (23,1)	11 (24,4)	-	7 (87,5)	-
Prefiero no decirlo	4 (3,2)	-	1 (3,8)	-	1 (3,6)	1 (12,5)	1 (7,1)
Más de un vínculo laboral	39 (31,2)	1 (25,0)	13 (50,0)	13 (28,9)	6 (21,4)	2 (25,0)	4 (28,7)

*CLT = Consolidación de las Leyes de Trabajo; ¹SM = Salario mínimo vigente en 2022 (R\$ 1.212,00, equivalentes a US\$ 249,38)

La mayoría de los profesionales (55%) informó que practicaba actividad física, sin embargo, el 59,2% tenían un Índice de Masa Corporal (IMC) superior a 25 (sobrepeso y obesidad). El 42% de los participantes declararon que tenían alguna enfermedad, y un número mayor declaró consumir medicamentos (66%). El consumo de tabaco fue mencionado por el 11% de los participantes, mientras que el 58% informaron que no

consumía alcohol o que lo hacía una vez o menos por mes. La mayoría no presentó síntomas de depresión (54%), sin embargo, llamó la atención el riesgo de *burnout* y estrés en gran parte de la muestra (86% y 81%, respectivamente). La exposición a al menos un tipo de comportamiento ofensivo fue señalada por el 44% de los participantes, principalmente los técnicos/auxiliares de enfermería (54%) y los enfermeros (51%).

Tabla 3 - Características de salud de los profesionales de la salud (n=125) y ocurrencia de síntomas de depresión y comportamientos ofensivos en el trabajo. Brasil, 2021-2022

Características	Total (n=125)	Odontólogos (n=4)	Fisioterapeutas (n=26)	Enfermeros (n=45)	Técnicos/ Asistentes de Enfermería (n=28)	Médicos (n=8)	Otros (n=14)
Práctica de actividad física	69 (55,2)	3 (75,0)	16 (61,5)	24 (53,3)	10 (35,7)	8 (100,0)	8 (57,1)
IMC* (kg/m ²)	27 (5,9) [†]	25,0 (5,3) [†]	27,5 (7,5) [†]	27,3 (4,8) [†]	28,8 (6,7) [†]	25,2 (2,3) [†]	24,4 (4,6) [†]
Bajo peso	1 (0,8)	-	1 (3,8)	-	-	-	-
Normal	50 (40,0)	3 (75,0)	9 (34,6)	18 (40,0)	9 (32,1)	2 (25,0)	9 (64,3)
Exceso de peso	41 (32,8)	-	8 (30,8)	12 (26,7)	11 (39,3)	6 (75,0)	4 (28,6)
Obesidad	33 (26,4)	1 (25,0)	8 (30,8)	15 (33,3)	8 (28,6)	-	1 (7,1)
Menciona alguna enfermedad	53 (42,4)	-	9 (34,6)	19 (42,2)	17 (60,7)	5 (62,5)	3 (21,4)
Toma medicamentos	83 (66,4)	3 (75,0)	14 (53,8)	28 (62,2)	21 (75,0)	8 (100,0)	9 (64,3)
Fuma	14 (11,2)	-	2 (7,7)	3 (6,7)	5 (17,9)	-	4 (28,6)
Consumo alcohol							
Nunca	37 (29,6)	1 (25,0)	7 (26,9)	18 (40,0)	8 (28,6)	1 (12,5)	2 (14,3)
1 vez por mes o menos	35 (28,0)	1 (25,0)	6 (23,1)	13 (28,9)	9 (32,1)	-	6 (42,9)
2 - 3 veces por mes	33 (26,4)	-	9 (34,6)	9 (20,0)	6 (21,4)	4 (50,0)	5 (35,7)
2 - 3 veces por semana o más	20 (16,0)	2 (50,0)	4 (15,4)	5 (11,1)	5 (17,9)	3 (37,5)	1 (7,1)
Depresión (IDB-II [‡])	13,0 (5,0-18,0) [§]	11,5 (6,5-27,0) [§]	9,0 (2,0-14,8) [§]	13,0 (5,0-21,0) [§]	14,0 (10,0-21,0) [§]	12,5 (3,0-15,8) [§]	12,5 (2,8-16,3) [§]
Sin depresión	68 (54,4)	3 (75,0)	16 (61,5)	24 (53,3)	13 (46,4)	5 (62,5)	7 (50,0)
Depresión media	27 (21,6)	-	6 (23,1)	7 (15,6)	6 (21,4)	2 (25,0)	6 (42,9)
Depresión moderada	20 (16,0)	-	4 (15,4)	9 (20,0)	5 (17,9)	1 (12,5)	1 (7,1)
Depresión severa	10 (8,0)	1 (25,0)	-	5 (11,1)	4 (14,3)	-	-
Riesgo de <i>burnout</i>	107 (85,6)	3 (75,0)	21 (80,8)	40 (88,9)	24 (85,7)	7 (87,5)	12 (85,7)
Riesgo de estrés	101 (80,8)	3 (75,0)	19 (73,0)	38 (84,4)	21 (75,0)	7 (87,5)	13 (92,9)
Comportamientos ofensivos	55 (44,0)	2 (50,0)	7 (26,9)	23 (51,1)	15 (53,6)	4 (50,0)	4 (28,6)

*IMC = Índice de Masa Corporal; [†]Media (desviación estándar); [‡]IDB-II = Inventario de Depresión de Beck II; [§]Mediana (p25-p75)

Del total de participantes, 55 (44%) mencionaron haber sufrido uno o más tipos de comportamiento ofensivo, en total 83 episodios que caracterizan la violencia en el trabajo (algunos participantes mencionaron más de un tipo de comportamiento, como se muestra en la Figura 1). Las amenazas de violencia fueron la conducta ofensiva más frecuente, mencionada por 32 profesionales (26%) y con más frecuencia por los enfermeros (33%; n=15), técnicos/auxiliares de enfermería (36%; n=10) y médicos (38%; n=3). La atención sexual no deseada fue mencionada por 19 participantes (15%), fue más frecuente en odontólogos (25%; n=1) y enfermeros (24%; n=11). La violencia física afectó a 11 profesionales (8,8%), mayormente a los técnicos/auxiliares de enfermería (21%; n=6). En cuanto

al *bullying*, 21 profesionales (17%) fueron víctimas de este tipo de conductas ofensivas, especialmente los odontólogos (25%; n=1) y los técnicos/auxiliares de enfermería (21%; n=6).

La Tabla 4 presenta el perfil de los agresores según el tipo de conducta ofensiva informada por los participantes. La mayoría de las conductas ofensivas las tuvieron los pacientes, excepto el *bullying*, que lo perpetraron los compañeros de trabajo (48%) y supervisores (26%).

El análisis de la asociación entre las dimensiones del dominio 7 (conductas ofensivas) mostró resultados no significativos ($P>0,05$) en todas las comparaciones, lo que significa que la presencia de una conducta ofensiva no está asociada a la existencia de otras.

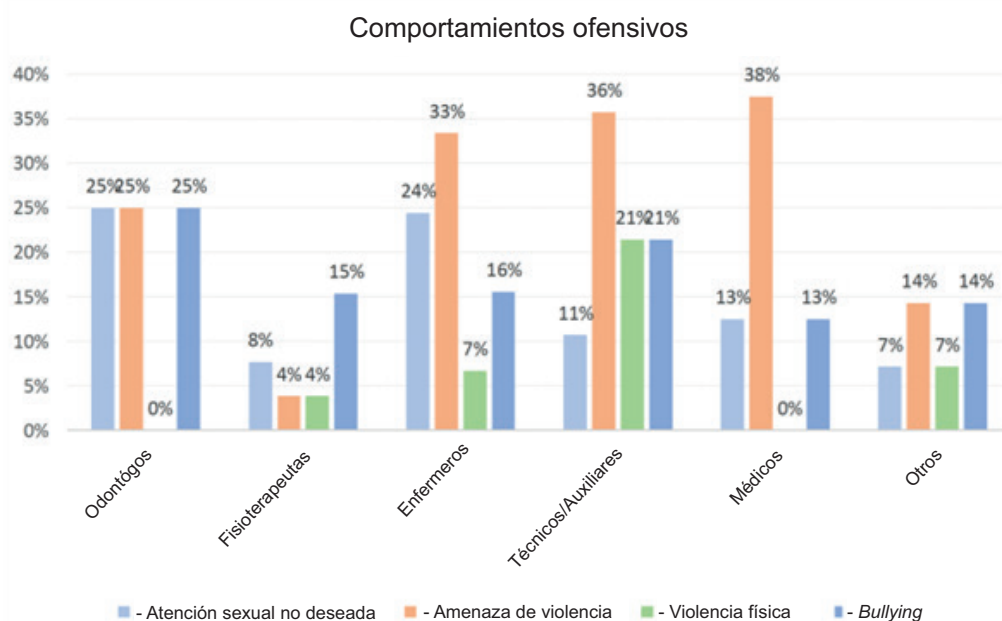


Figura 1 - Distribución de los profesionales de la salud (n=125) expuestos a atención sexual no deseada, amenazas de violencia, violencia física y *bullying*. Brasil, 2021-2022

Tabla 4 - Distribución del perfil de los agresores según el tipo de conducta ofensiva cometida a los profesionales de la salud. Brasil, 2021-2022

Comportamientos ofensivos	Pacientes	Compañeros	Supervisores	Subordinados
Atención sexual no deseada	59,1%	27,3%	13,6%	-
Amenaza de violencia	75,7%	13,5%	5,4%	5,4%
Violencia física	100%	-	-	-
<i>Bullying</i>	18,5%	48,2%	25,9%	7,4%

No hubo asociación entre amenazas de violencia y riesgo de *burnout* ($P > 0,05$) y amenazas de violencia y riesgo de estrés ($P > 0,05$). Tampoco hubo asociación significativa entre la violencia en el trabajo y el sexo ($p = 0,32$), es decir, este fenómeno es independiente del sexo. El análisis de regresión logística confirmó parcialmente este hallazgo, o sea, que las conductas ofensivas no se asociaron con el sexo femenino (OR: 1,34; IC 95%: 0,51-3,50; $p = 0,55$), tener hijos (OR: 0,64; 95% IC: 0,31-1,31; $p = 0,22$) y tampoco se asociaron con el estrés (OR: 2,20; IC 95%: 0,84-5,76; $p = 0,11$). Por otro lado, la regresión indicó una asociación significativa con el *burnout* (OR: 4,73; IC 95%: 1,29-17,3; $p = 0,02$) y los síntomas de depresión (OR: 1,05; IC 95%: 1,01-1,10; $p = 0,02$). Por lo tanto, el *burnout* aumentó las posibilidades de que el trabajador sufriera comportamientos ofensivos en el trabajo 4,73 veces y la presencia de síntomas depresivos aumentó esas posibilidades 1,05 veces.

Discusión

La existencia de conductas ofensivas, o sea, de diferentes formas de violencia en el trabajo, dirigidas a

los trabajadores de la salud del SUS fue alta, similar a lo que se puede ver en estudios internacionales^(3-6,25), esto indica que es necesario que se aborde de forma urgente dicha problemática y que se intervenga al respecto.

Un metaanálisis con 78 artículos de diferentes regiones del mundo, que incluyó 39.898 participantes, estimó una prevalencia de violencia en el trabajo en salud del 62%, practicada por pacientes y visitantes. La violencia no física tuvo una prevalencia del 43%, el abuso verbal fue la forma más común (58%), seguida de las amenazas de violencia (33%) y el acoso sexual (12%); la violencia física tuvo una prevalencia del 24%⁽⁵⁾. Los hallazgos de la presente investigación también indican que hubo una mayor prevalencia de violencia no física, como amenazas de violencia (26%) y atención sexual no deseada (15%); la violencia física fue responsable del 8,8% de los casos.

La prevalencia del *bullying* (17%) en este estudio fue similar a la encontrada en un estudio realizado con 2.810 profesionales de la salud (4 a 18%)⁽²⁶⁾ y ligeramente inferior a los resultados de una revisión de la literatura que incluyó 28 estudios internacionales (prevalencia media del 26%) e indicó que había una mayor prevalencia en médicos (32%)

y enfermeros (31%)⁽²⁷⁾, a diferencia del presente estudio que encontró una mayor prevalencia en odontólogos (25%) y técnicos/auxiliares de enfermería (21%).

Otras investigaciones, con un tamaño de muestra similar a la de este estudio⁽²⁸⁻²⁹⁾ y superior^(6,30), que evaluaron diferentes tipos de violencia en el trabajo, demostraron que había una alta prevalencia contra los trabajadores de enfermería, que es la categoría más expuesta entre los profesionales del área de la salud⁽⁶⁾. Los hallazgos de esta investigación también indican que los trabajadores de enfermería, especialmente los técnicos y auxiliares, son las víctimas más vulnerables a diferentes tipos de violencia.

Algunos factores explican porque hay una mayor incidencia de violencia en el área de enfermería, como el contacto directo y frecuente con los pacientes⁽³¹⁾, la angustia o el sufrimiento de los agresores⁽³²⁾, el contexto estresante⁽³²⁾, las condiciones precarias de trabajo y el desarrollo de la profesión en el contexto histórico-social⁽³³⁾. El hecho de que los enfermeros brinden asistencia directa a los usuarios en los diferentes servicios de salud e interactúen con otros miembros del equipo favorece el acceso a estos trabajadores en momentos de quejas y conflictos⁽¹⁵⁾, convirtiéndolos en un blanco fácil para conductas abusivas.

A pesar de que no es un hallazgo de este y de otro estudio⁽⁵⁾, la enfermería está fuertemente relacionada con situaciones de violencia física, psicológica y sexual porque es una profesión predominantemente femenina⁽³⁴⁾, hay estudios que indican que el género influye en las situaciones de violencia y demuestran que las mujeres están más expuestas que los hombres^(2,6).

Una revisión de la literatura demostró que la violencia verbal contra los médicos en el trabajo es más prevalente que la violencia física⁽³⁵⁾, lo que coincide con los hallazgos de la presente investigación. La violencia contra los médicos está influenciada principalmente por factores relacionados con la insatisfacción de los pacientes y el bajo control de los impulsos y por factores organizacionales, como problemas de infraestructura, fallas en la comunicación y mala gestión⁽³⁵⁾.

Además de los hallazgos de esta investigación, la mayoría de los artículos señala que el paciente es el principal agresor^(6,16,30-31,36) en diferentes tipos de violencia, excepto en el caso del *bullying*, que, debido a su concepto en sí mismo, termina siendo cometido por compañeros de trabajo, seguido de los superiores⁽²⁶⁾.

La violencia que ejercen los pacientes se debe al perfil de los agresores, como características de las patologías, género, edad, antecedentes de violencia, trastornos neurológicos, antecedentes de abuso de alcohol/drogas, trastornos mentales y condición socioeconómica, además de las condiciones precarias de los servicios de salud, que

pueden provocar que baje la calidad de la atención e incluso que empeore la condición del paciente por falta de atención y/o recursos disponibles para el tratamiento^(6,14-15).

Dichos factores, especialmente los relacionados con la patología del paciente, son los que mencionan los trabajadores para justificar racionalmente situaciones de violencia y eximir al paciente^(6,14). Este pensamiento contribuye a que se naturalice la violencia en el trabajo en salud, desanima a los trabajadores a que la notifiquen e invisibiliza la situación crítica y demuestra que es necesario que los gestores la enfrenten⁽¹⁵⁾.

La violencia en el trabajo afecta la calidad de vida y el bienestar de los profesionales, contribuye al aumento de los niveles de ansiedad, ira, depresión y sentimiento de culpa⁽⁴⁾. La violencia en el trabajo puede tener consecuencias para las instituciones de salud, debido al ausentismo por accidentes o enfermedades profesionales relacionadas con la violencia, el *burnout* y la disminución de la satisfacción laboral, que impactan en la calidad de la atención, los presupuestos y el aumento de los costos de las instituciones⁽⁴⁾.

Un número significativo de participantes corría riesgo de *burnout* (86%) y estrés (81%) en esta investigación y el *burnout* aumentó casi cinco veces las posibilidades de que el trabajador sufriera un comportamiento ofensivo. Una revisión de la literatura también encontró una asociación entre la exposición al *bullying* y el *burnout*, la depresión, el estrés psicológico, la ansiedad, entre otros daños a la salud mental⁽²⁷⁾. Por otro lado, una revisión de la literatura identificó una relación inversa, asoció la violencia en el trabajo con mayor incidencia de *burnout*, menor satisfacción laboral, menor seguridad del paciente, depresión, ansiedad y otras consecuencias adversas⁽⁴⁾.

Una investigación con 539 enfermeros de salud mental observó la presencia de altos niveles de estrés ocupacional y exposición a la violencia en el trabajo, lo que sugiere que la violencia en el trabajo también puede contribuir a agravar el nivel de estrés ocupacional, especialmente a largo plazo⁽³⁷⁾.

Esta investigación encontró una asociación entre la existencia de comportamientos ofensivos y síntomas de depresión, dicho hallazgo también se encontró en una revisión de la literatura⁽³⁸⁾ y en un estudio chino con 3.426 profesionales de la salud, que, además, observó que ser enfermero y tener una enfermedad son factores de riesgo asociados a la depresión⁽³⁾.

No solo la violencia se asocia con el riesgo de *burnout* y depresión en los profesionales de la salud, sino también otros factores de riesgo psicosocial, como exceso de carga horaria de trabajo, la falta de recursos materiales, el miedo a contagiarse y a contagiar a otros, la exposición a muertes masivas y problemas del sueño⁽³⁹⁾, aspectos que

se intensificaron en los primeros dos años de la pandemia de COVID-19, contexto en el que se realizó la recolección de datos. A su vez, el riesgo de *burnout* (que ocurre como consecuencia del estrés laboral) y la depresión contribuyen al aumento de la violencia en el trabajo, generando un movimiento cíclico que hay que interrumpir.

Este estudio tiene algunas limitaciones. A pesar de que se utilizaron numerosas estrategias de reclutamiento en todo el territorio nacional, la muestra que se obtuvo era pequeña y tenía baja representación geográfica, ello no permite realizar generalizaciones en un país como Brasil, que cuenta con gran diversidad y extensión geográfica. Se reconoce que es posible que haya habido sesgo de selección, dado que la divulgación se realizó a través de medios digitales y la recolección de datos fue electrónica, lo que restringió el acceso y la participación de parte de la población objetivo (no hubo tratamiento de posibles sesgos).

A pesar de las limitaciones, los hallazgos permiten reflexionar sobre el impacto de la violencia en la salud de los trabajadores, aportan conocimiento sobre las características relacionadas con la violencia en diferentes categorías profesionales y la asociación con el *burnout* y la depresión, que son importantes factores de riesgo que necesitan atención, especialmente debido a las consecuencias que trajo la pandemia de COVID-19, que acentuó las debilidades ya existentes en los servicios de salud. Estos hallazgos pueden incentivar no solo la notificación y denuncia de situaciones de violencia contra los profesionales de la salud, sino también impulsar el desarrollo de acciones dirigidas a combatir y prevenir estas situaciones por parte de los gestores, considerando principalmente los factores de riesgo destacados, el perfil de los agresores y las particularidades de cada categoría profesional, con el fin de evitar el aumento creciente de la violencia en el trabajo y promover acciones destinadas brindarles contención a las víctimas de agresión, incluido el apoyo psicológico y organizativo.

Conclusión

La práctica de conductas ofensivas dirigidas a los trabajadores del SUS es frecuentes y característica, las amenazas de violencia son el tipo de conducta más común y constituyen, por lo tanto, un problema prioritario en la planificación de medidas para enfrentarlas y prevenirlas.

Los hallazgos indican lo importante que es comprender los aspectos psicosociales relacionados con la organización del trabajo, que favorecen que el equipo de enfermería esté más expuesto y que la agresión la ejerzan principalmente los pacientes, para mapear estrategias efectivas contra la violencia en el trabajo en

salud. Es urgente que se adopten medidas que inhiban las prácticas ofensivas entre compañeros de trabajo y en los diferentes niveles jerárquicos, con el fin de crear un ambiente de trabajo saludable y colaborativo.

La asociación entre la existencia de comportamientos ofensivos, *burnout* y síntomas de depresión indica que es necesario prestarle más atención a la salud mental de los trabajadores, especialmente si se consideran las consecuencias que generó y agravó la pandemia de COVID-19, a fin de reducir también la violencia ocupacional. En futuras investigaciones se recomienda evaluar los instrumentos desarrollados para prevenir y combatir la violencia en el trabajo en salud.

Referencias

1. Martínez MM, Fernández-Cano MI, Feijoo-Cid M, Serrano CL, Navarro A. Health outcomes and psychosocial risk exposures among healthcare workers during the first wave of the COVID-19 outbreak. *Saf Sci*. 2022;145:105499. <https://doi.org/10.1016/j.ssci.2021.105499>
2. Escribano RB, Beneit J, Garcia JL. Violence in the workplace: some critical issues looking at the health sector. *Heliyon*. 2019;5(3):e01283. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e01283>
3. Wang H, Zhang Y, Sun L. The effect of workplace violence on depression among medical staff in China: the mediating role of interpersonal distrust. *Int Arch Occup Environ Health*. 2021;94(3):557-64. <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01607-5>
4. Mento C, Silvestri MC, Bruno A, Muscatello MRA, Cedro C, Pandolfo G, et al. Workplace violence against healthcare professionals: a systematic review. *Aggress Violent Behav*. 2020;51:101381. <https://doi.org/10.1016/j.avb.2020.101381>
5. Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer T, Lu K, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med*. 2019;76(12):927-37. <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>
6. Dal Pai D, Sturbelle CS, Santos C, Tavares JP, Lautert L. Physical and psychological violence in the workplace of healthcare professionals. *Texto Contexto Enferm*. 2018;27(1):e2420016. <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>
7. Cai J, Qin Z, Wang H, Zhao X, Yu W, Wu S, et al. Trajectories of the current situation and characteristics of workplace violence among nurses: a nine-year follow-up study. *BMC Health Serv Res*. 2021;21(1):1-9. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07245-y>
8. Bellizzi S, Pichierri G, Farina G, Cegolon L, Abdelbaki W. Violence against healthcare: a public health issue beyond

- conflict settings. *Am J Trop Med Hyg.* 2022;106(1):15-6. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.21-0979>
9. International Labour Office. Violence and Harassment Convention (No. 190) [Internet]. 2019 [cited 2022 Feb 1]. Available from: https://www.ilo.org/dyn/normlex/en/f?p=NORMLEXPUB:12100:0::NO::P12100_ILO_CODE:C190
10. Pejtersen JH, Kristensen TS, Borg V, Bjorner JB. The second version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire. *Scand J Public Health Suppl.* 2010;38(3):8-24. <https://doi.org/10.1177/1403494809349858>
11. Fitzgerald LF, Gelfand MJ, Drasgow F. Measuring sexual harassment: theoretical and psychometric advances. *Basic Appl Soc Psych.* 1995;17(4):425-45. https://doi.org/10.1207/s15324834basp1704_2
12. International Labour Office; International Council of Nurses; World Health Organization. Public Services International. Framework guidelines for addressing workplace violence in the health sector [Internet]. Geneva: International Labour Office; 2002 [cited 2022 Feb 1]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42617>
13. International Labour Office. Work-related violence and its integration into existing surveys [Internet]. 19th International Conference of Labour Statisticians. Geneva: International Labour Office; 2013 Oct 2-11; Geneva, Switzerland [cited 2022 Feb 1]. Available from: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---dgreports/---stat/documents/meetingdocument/wcms_222231.pdf
14. Monteiro C, Passos J. Violence and health professionals at the psychiatric hospital. *Rev Port Enferm Saúde Mental.* 2019;21(1647-2160):54-61. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0238>
15. Faghihi M, Farshad A, Abhari MB, Azadi N, Mansourian M. The components of workplace violence against nurses from the perspective of women working in a hospital in Tehran: a qualitative study. *BMC Womens Health.* 2021;21(1):1-13. <https://doi.org/10.1186/s12905-021-01342-0>
16. Silva RF Junior, Gusmão ROM, Araújo DD, Cardoso DS, Castro LM, Silva CSO. Violence at work against nursing workers and their imbrications with mental health. *Rev Enferm Centro-Oeste Mineiro.* 2021;11. <https://doi.org/10.19175/recom.v11i0.4055>
17. Silva BA, Teles VR, Tavares MM. The interference of violence in the nursing work routine. *Res Soc Dev.* 2020;9(8):e765985636. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i8.5636>
18. Teixeira CFS, Soares CM, Souza EA, Lisboa ES, Pinto ICM, Andrade LR, et al. The health of healthcare professionals coping with the Covid-19 pandemic. *Cienc Saude Colet.* 2020;25:3465-74. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>
19. Aoki RN, Guirardello EB. Bullying in the nursing work environment: integrative review. *Rev Gaucha Enferm.* 2019;40:e20190176. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20190176>
20. Eysenbach G. Improving the Quality of Web Surveys: The Checklist for Reporting Results of Internet E-Surveys (CHERRIES). *J Med Internet Res.* 2004;6(3):e34. <https://doi.org/10.2196%2Fjmir.6.3.e34>
21. Sato TO, Faria BSF, Albuquerque BB, Silva FL, Rohwedder LS, Azevedo RT, et al. Poor health conditions among Brazilian healthcare workers: the study design and baseline characteristics of the HEROES cohort. *Healthcare.* 2022;10(10):2096. <https://doi.org/10.3390/healthcare10102096>
22. Gonçalves JS, Moriguchi CS, Chaves TC, Sato TO. Cross-cultural adaptation and psychometric properties of the short version of COPSOQ II-Brazil. *Rev Saude Publica.* 2021;55:69. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2021055003123>
23. Kristensen TS, Hannerz H, Høgh A, Borg V. The Copenhagen Psychosocial Questionnaire: a tool for the assessment and improvement of the psychosocial work environment. *Scand J Work Environ Health.* 2005;31(6):438-49. <https://doi.org/10.5271/sjweh.948>
24. Gomes-Oliveira MH, Gorenstein C, Lotufo F Neto, Andrade LH, Wand YP. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Beck Depression Inventory-II in a community sample. *Rev Bras Psiquiatr.* 2012;34(4):389-94. <https://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.03.005>
25. Harthi M, Olayan M, Abugad H, Wahab MA. Workplace violence among health-care workers in emergency departments of public hospitals in Dammam, Saudi Arabia. *East Mediterr Health J.* 2020;26(12):1473-81. <https://doi.org/10.26719/emhj.20.069>
26. Rahm G, Rystedt I, Wilde-Larsson B, Nordstrom G, Strandmark M. Workplace bullying among healthcare professionals in Sweden: a descriptive study. *Scand J Caring Sci.* 2019;33(3):582-91. <https://doi.org/10.1111/scs.12633>
27. Lever I, Dyball D, Greenberg N, Stevelink SAM. Health consequences of bullying in the healthcare workplace: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2019;75(12):3195-209. <https://doi.org/10.1111/jan.13986>
28. Adams EA, Darj E, Wijewardene K, Infanti JJ. Perceptions on the sexual harassment of female nurses in a state hospital in Sri Lanka: a qualitative study. *Glob Health Action.* 2019;12(1):1560587. <https://doi.org/10.1080/16549716.2018.1560587>
29. Queiroz AAO, Barreto FA. Violence against nursing workers in hospital settings: theoretical considerations. *Rev Enferm UFPE On Line.* 2021;15(1):1-12. <https://doi.org/10.5205/1981-8963.2021.246472>

30. Honarvar B, Ghazanfari N, Shahraki HR, Rostami S, Lankarani KB. Violence against nurses: a neglected and health-threatening epidemic in the university affiliated public hospitals in Shiraz, Iran. *Int J Occup Environ Med.* 2019;10(3):111-23. <https://doi.org/10.15171/ijoem.2019.1556>
31. Busnello GF, Trindade LL, Dal Pai D, Brancalione D, Calderan MM, Bauermann KB. Facing violence in nursing work hospital context and primary health care. *Enferm Glob.* 2021;20(62):216-53. <https://doi.org/10.6018/eglobal.425181>
32. Yagil D, Dayan H. Justification of aggression against nurses: the effect of aggressor distress and nurse communication quality. *J Adv Nurs.* 2019;76(2):611-20. <https://doi.org/10.1111/jan.14269>
33. Scaramal DA, Haddad MCFL, Garanhani ML, Galdino MJQ, Pissinati PSC. The meaning of physical violence at the workplace for nursing workers within family and social dynamics. *Cienc Cuid Saúde.* 2017;16(2). <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v16i2.34532>
34. Amorim MC, Sillero LS, Pires AS, Gomes HF, Paula GS, Sampaio CEP, et al. Violence at work from the perspective of nursing professionals. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2021;95(34):e-021067. <https://doi.org/10.31011/reaid-2021-v.95-n.34-art.1068>
35. Kumari A, Kaur T, Chopra S, Sarkar S, Baitha U. Workplace violence against doctors: characteristics, risk factors, and mitigation strategies. *J Postgrad Med.* 2020;66(3):149. https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_96_20
36. Babiarczyk B, Turbiarz A, Tomagová M, Zeleníková R, Önlér E, Sancho Cantus D. Reporting of workplace violence towards nurses in 5 European countries: a cross-sectional study. *Int J Occup Environ Med.* 2020;33(3):325-38. <https://doi.org/10.13075/ijomeh.1896.01475>
37. Yao X, Shao J, Wang L, Zhang J, Zhang C, Lin Y. Does workplace violence, empathy, and communication influence occupational stress among mental health nurses? *Int J Ment Health Nurs.* 2021;30(1):177-88. <https://doi.org/10.1111/inm.12770>
38. Rudkjoebing LA, Bungum AB, Flachs EM, Eller NH, Borritz M, Aust B, et al. Work-related exposure to violence or threats and risk of mental disorders and

symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Scand J Work Environ Health.* 2020;46(4):339-49. <https://doi.org/10.5271/sjweh.3877>

39. Borges FES, Aragão DFB, Borges FES, Borges FES, Sousa ASJ, Machado ALG. Burnout-related factors in health professionals during the Covid-19 pandemic: an integrative review. *Rev Enferm Atual In Derme.* 2021;95(33). <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835>

Contribución de los autores

Concepción y dibujo de la pesquisa: Luiza Salvador Rohwedder, Tatiana de Oliveira Sato, Vivian Aline Mininel.

Obtención de datos: Luiza Salvador Rohwedder, Fabio Leandro da Silva, Bianca Biason Albuquerque, Rosângela Sousa, Tatiana de Oliveira Sato, Vivian Aline Mininel.

Análisis e interpretación de los datos: Luiza Salvador Rohwedder, Fabio Leandro da Silva, Bianca Biason Albuquerque, Rosângela Sousa, Tatiana de Oliveira Sato, Vivian Aline Mininel.

Análisis estadístico: Luiza Salvador Rohwedder, Fabio Leandro da Silva, Tatiana de Oliveira Sato, Vivian Aline Mininel.

Obtención de financiación: Luiza Salvador Rohwedder, Vivian Aline Mininel.

Redacción del manuscrito: Luiza Salvador Rohwedder, Fabio Leandro da Silva, Bianca Biason Albuquerque, Rosângela Sousa, Tatiana de Oliveira Sato, Vivian Aline Mininel.


Revisión crítica del manuscrito en cuanto al contenido intelectual importante: Fabio Leandro da Silva, Bianca Biason Albuquerque, Rosângela Sousa, Tatiana de Oliveira Sato, Vivian Aline Mininel.

Todos los autores aprobaron la versión final del texto.

Conflicto de intereses: los autores han declarado que no existe ningún conflicto de intereses.

Recibido: 16.01.2023
Aceptado: 12.06.2023

Editora Asociada:
Maria Lucia do Carmo Cruz Robazzi

Autor de correspondencia:
Vivian Aline Mininel
E-mail: vivian.aline@ufscar.br
 <https://orcid.org/0000-0001-9985-5575>

Copyright © 2023 Revista Latino-Americana de Enfermagem

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.