



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
MATERNIDADE ESCOLA**



PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL

ELCILENE NUNES LINS

**FADIGA POR COMPAIXÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO SOBRE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL (UTIN)**

Rio de Janeiro, 2022

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA
PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL**

ELCILENE NUNES LINS

<http://lattes.cnpq.br/3462304159293519>

**FADIGA POR COMPAIXÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO SOBRE
PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE
TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL (UTIN)**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Saúde Perinatal.

Orientadora: Profa. Dra Ana Cristina Barros da Cunha.
<http://lattes.cnpq.br/9017520746153592>.

Rio de Janeiro,
Novembro/2022

L759 Lins, Elcilene Nunes

Fadiga por compaixão no contexto hospitalar: um estudo sobre profissionais de saúde que trabalham em unidade de tratamento intensivo neonatal (UTIN) / Elcilene Nunes Lins -- Rio de Janeiro, 2022.
p.123f.; 31 cm.

Orientadora: Ana Cristina Barros da Cunha

Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal. Rio de Janeiro, 2022,

Referências bibliográficas: p. 72.

1. Fadiga por Compaixão. 2. Profissionais de Saúde. 3. Unidade Tratamento Intensivo I. I. , Ana Cristina Barros da. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal. III. Título.

CDD-



**PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**ATA DO EXAME DE DEFESA DA DISSERTAÇÃO PARA A CONCESSÃO DO GRAU
DE MESTRE PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL DA CANDIDATA**

ELCILENE NUNES LINS

Aos dezesesseis dias do mês de novembro do ano de dois mil e vinte e dois realizou-se em sessão remota, segundo a Resolução CEPG 01/2022, o Exame de Defesa da Dissertação da Candidata **Elcilene Nunes Lins**, DRE **119107218**, na Sala da RUTE da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, situada na Rua das Laranjeiras, 180, que submeteu sua Dissertação de Mestrado intitulada **“FADIGA POR COMPAIXÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO SOBRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL (UTIN)”**, a uma Banca Examinadora formada pelos Professores: **Dra. Ana Cristina Barros da Cunha**; **Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves**; **Dr. Pedro Paulo Pires dos Santos**; **Dr. Joffre Amim Junior** e **Dra. Carla Maria Mendes**. O trabalho iniciou-se às 10h30min com a exposição oral da Dissertação por parte da candidata por cerca de 50 minutos, após o qual os membros da banca examinadora arguíram a candidata e atribuíram a menção:

- | |
|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> APROVADA , devendo a candidata entregar a versão final no prazo máximo de 60 dias.
[] com louvor
() EM EXIGÊNCIA , devendo a candidata satisfazer, no prazo máximo de 90 dias, às exigências listadas na Folha de Modificações de Dissertação de Mestrado anexa à presente ata.
() REPROVADA |
|---|

Com a concordância de todos os presentes, nada mais havendo a tratar, subscrevemos esta ata.

Rio de Janeiro, 16 de Novembro de 2022.

Prof.^a **Dra. Ana Cristina Barros da Cunha** (Orientador e Presidente da Banca)

Ass: *[assinatura]*

Prof.^a **Dra. Ana Paula Vieira dos Santos Esteves** (Avaliador Titular Interno)

Ass: *[assinatura]*

Prof. **Dr. Pedro Paulo Pires dos Santos** (Avaliador Titular Externo)

Ass: *[assinatura]*

Prof. **Dr. Joffre Amim Junior** (Avaliador Suplente Interno)

Ass: *[assinatura]*

Prof.^a **Dra. Carla Maria Mendes** (Avaliador Suplente Externo)

Ass: *[assinatura]*

[assinatura]
Candidata (assinar conforme consta na identidade)

Dedico este trabalho a toda a comunidade científica que trabalhou em rede, durante a pandemia do Coronavirus-19, uniu esforços em prol da ciência e capacidade tecnológica em saúde para a descoberta da vacina contra o Sars-CoV-2.

Dedico em especial aos cientistas brasileiros, que na contramão da atual política, dedicaram esforços, apoiados em valores éticos e no olhar compassivo para o outro, e todo outro, como igual.

AGRADECIMENTOS

A Deus por acalmar o “bichinho assustado” que mora em mim, nos momentos de dúvidas e diante da sobrecarga da vida; Ele quem me faz enxergar porque é essencial continuar caminhando e, mais ainda, me ajudou a perceber o quanto eu já segui.

Aos meus pais, Marinalva e Israel, exemplos de humildade, caráter e espelho para os meus melhores valores.

Agradeço ao meu companheiro Francisco, sempre presente nas minhas escolhas, bem como pelo apoio nos dias mais difíceis, ao suporte à minha família. Agradeço todo o seu amor feito de respeito ao meu próprio tempo e a confiança na minha capacidade de escrever e avançar um pouco mais na minha existência.

Aos meus filhos Nathália e Gabriel, um agradecimento especial pelo apoio constante e fundamental à execução dessa escrita: tradução de textos, formatação, revisão de redação, compra de livros, partilhamento de dúvidas, incentivos esperançosos.

A minha irmã Elcione pelo amor incondicional, ao ler a minha escrita, construída de muitos momentos de hesitação, que foi quem iluminou o meu entendimento de que os avanços e retraimentos fazem parte da construção e da abertura para outras possibilidades.

Escrever uma Dissertação de Mestrado é um processo pessoal de idas e vindas; no trajeto encontramos frustrações, surpresas, desânimo, vergonha, orgulho, insegurança, *insights*, esperanças e tanto mais... Para prosseguir é importante revisitar o que emperra nossa escrita, e, eu, precisei enfrentar o etarismo, e mais do que isso, tive que romper com os grilhões, o que não é nada simples porque se trata de um processo que requer mobilizar um esforço solitário, que me expõe a mim mesma e (o grande barato!) que de repente me surpreendeu!

Nesse casulo de mim mesma, fiz as pazes com aquela que um dia sonhou voar mais alto, sonhou ser autora, inclusive da própria história. Olhando para esse tempo, paro e me remeto ao processo da metamorfose: da crisálida à imago. Dessa última etapa, pude sair voando um gafanhoto ou uma mariposa ou uma borboleta... quem quer que surja, será sempre uma linda surpresa!

Agradeço a minha orientadora profa. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha, principalmente por acolher meu sonho e me ajudar no desafio de escrever sobre um assunto com literatura escassa, bem como, generosamente, por vezes pegou em minhas mãos com paciência e cuidado, tamanha a minha escrita de iniciante. Testemunhei durante a convivência, sua postura ética, seu compromisso, sua dedicação à profissão e à formação dos seus alunos e

orientandos. O cuidado com o outro, e todo outro, é o que move essa Pessoa no exercício da vida.

Aos professores da banca de qualificação Dra. Ana Paula Santos Esteves e Dr. Pedro Paulo Pires dos Santos que carinhosamente fizeram observações valiosas de encorajamento a fim de que eu me apropriasse das minhas ideias para escrever uma Dissertação que tivesse a minha marca. Concluí que para isso precisaria perder o medo de me arriscar.

À Maternidade Escola da UFRJ e a todos os professores pelo empenho em constituir esse programa de Mestrado Profissional. Ao Hospital e à Clínica da Mãe do Município de Mesquita, Rio de Janeiro, por acolher e cuidar das gestantes e puérperas da Baixada Fluminense.

A todos os profissionais da assistência, em especial, das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatais que participaram dessa pesquisa, pelo interesse e pela disponibilidade em colaborar com esse estudo.

Aos profissionais de saúde, que vivem um momento extremo de Fadiga por Compaixão, movidos pela empatia e compaixão que os predispõem a pôr uma “película semipermeável” nos seus sentimentos para poder socorrer e cuidar daqueles que só têm a eles diante da solidão. São os profissionais de saúde que atenuam a dor da alma!

Ao meu tio Silvio, prof. Dr Silvio Lins, mais um médico a quem o COVID-19 levou. Uma das pessoas mais dedicadas ao humano que tive a felicidade de conviver por muito de perto. Sempre me reporto, silenciosamente, na minha vida profissional, ao seu jeito fraterno de cuidar das pessoas. Um Homem lúcido, inteligente, forte e de uma generosidade infinita!

Aos amigos de turma do Mestrado Profissional da Maternidade Escola da UFRJ, pela cumplicidade no “tira dúvida”, pelas risadas, pelos memes e pelo apoio mútuo.

À equipe do LEPIDS – Laboratório de Estudo, Pesquisa, Intervenção em Desenvolvimento e Saúde, pela disponibilidade, colaboração na coleta e apoio na análise dos dados.

Aos profissionais da Divisão de Ensino e da Biblioteca da Maternidade Escola, por todo o apoio durante este percurso.

Quíron, “o centauro ferido”, era sábio e curandeiro, respeitado por todos. Hábil no dom decurar. Quíron, conhecido na mitologia grega, foi um centauro fruto da união de Cronos, o deus do tempo com a ninfa Felíria. Abandonado pelos pais, devido a sua figura (parte homem, parte cavalo),

Foi criado tal qual filho, por Apolo, recebeu todo o conhecimento e sabedoria dos deuses. Dedicou a curar os males do corpo e da alma pela sua grande compaixão pelos outros. O mito de Quíron, assegura que ele foi atingido acidentalmente por Hércules, quando o herói estava lutando com outros centauros. A flecha não o matou, porém o veneno o feriu profundamente, provocando dores terríveis. Nesse momento recebeu a imortalidade. Dessa forma, ele poderia sofrer, mas não morrer.

Mesmo sendo o mestre de todas as curas, não era capaz de curar a si mesmo. A ferida nunca cicatrizou e nunca parou de doer. Isso o fez implorar aos deuses a oportunidade de renunciar a sua imortalidade, a fim de morrer e escapar de tanto sofrimento. Os deuses o ouviram e o mito de Quíron conta que ele finalmente cedeu a sua imortalidade para Prometeu, foi salvo do sofrimento e pôde finalmente descansar.

Ironicamente, somos capazes de amparar o outro naquilo que ainda não somos capazes de fazer por nós mesmos.

O mito Quíron, representa a essência das ciências da saúde. Um símbolo daqueles que socorrem, mas também daqueles que pedem socorro no momento de vulnerabilidade. O mito Quíron, é permeado de valores humanos, a compaixão é um deles.

RESUMO

LINS, E. N. **Fadiga por compaixão no contexto hospitalar**: um estudo sobre profissionais de saúde que trabalham em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN). Dissertação de Mestrado - Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal. Maternidade Escola da UFRJ, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2022.

A Fadiga por Compaixão (FC) é um fenômeno que compreende um estado de exaustão física, emocional e social, podendo acometer profissionais de saúde expostos por tempo prolongado a situações que comprometem seu bem-estar pessoal e a Qualidade de Vida Profissional (QVP). Composta por três dimensões: a Satisfação por Compaixão (SC), o Estresse Traumático Secundário (ETS) e o Burnout (BO), a QVP pode ficar afetada resultando em FC, quando o profissional sente um desânimo crônico pela impossibilidade de lidar com os efeitos nocivos da rotina de trabalho, sem perceber um reconhecimento por sua atividade profissional. Objetivo: Baseado na hipótese que a FC afeta mais enfermeiros do que médicos, devido a equipe de enfermagem trabalhar no contato mais direto e contínuo com o sofrimento do paciente, o objetivo deste estudo é analisar a prevalência da FC em profissionais de saúde que trabalham em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) de hospitais maternidade, comparando-se médicos e enfermeiros, e analisar relações entre variáveis sociodemográficas e dimensões da QVP. Método: Estudo correlacional, transversal, com caráter quantitativo, conduzido com 93 profissionais de saúde, médicos (n=55) e enfermeiros (n=38), que trabalhavam há mais de seis meses em UTINs de duas maternidades públicas do Estado do Rio de Janeiro, sendo a Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ) e o Hospital da Mãe (HMãe). Todos eles responderam a um Protocolo de Perfil dos Profissionais, para coleta de dados sociodemográficos, e um instrumento de medida da qualidade de vida profissional, o ProQOL-BR. Todos os dados foram analisados usando o software *Statistical Package for Social* (SPSS). Resultado: Relativo ao perfil dos profissionais, a média de idade era de 38 anos para médicos e 37,78 para enfermeiros, com um total de 58% casados. Além disso, dentre os médicos, 67,2% eram da ME-UFRJ e 32,7% do HMãe, enquanto os enfermeiros 50% eram da ME-UFRJ e 50% do HMãe. Observou-se que a prevalência da FC foi de 5,37% dentre os 93 participantes. Altos escores de Satisfação por Compaixão foram apresentados por 58% dos profissionais, sendo 60% médicos e 57,8% enfermeiros, bem como 61,3% deles apresentaram alto nível de Estresse Traumático Secundário, sendo 61,8% médicos e 63,1% enfermeiros. De modo geral, os achados sugerem que os enfermeiros se mostraram mais vulneráveis ao ETS do que os médicos, apesar da maioria deles ter apresentado resultados positivos para QVP com altos escores de SC. Considerações finais: Os achados do estudo revelaram que a atividade laboral na UTIN pode ser estressante, com alguma prevalência de FC. Entretanto, apesar da ocorrência de ETS entre os profissionais de saúde, podemos afirmar que mais da metade deles não apresentou uma FC, ou seja, um sofrimento compassivo resultante do envolvimento empático com a sua assistência e cuidado. No entanto, apesar da ocorrência de STS entre os profissionais de saúde, mais da metade deles não apresentava FC, ou seja, o sofrimento compassivo decorreu do envolvimento empático relacionado ao seu atendimento e cuidado.

Palavras-chave: Fadiga por Compaixão. Profissionais de Saúde. Unidade Tratamento Intensivo.

ABSTRACT

Compassion Fatigue (CF) is a phenomenon that includes physical, psychological and social exhaustion, which may affect health professionals exposed for a long time to situations that compromise their personal well-being and Professional Quality of Life (PQL). Composed by 3 dimensions: Compassion Satisfaction (CS), Secondary Traumatic Stress (STS) and Burnout (BO), the PQL can be affected resulting in CF, when the professional feels a chronic discouragement due to the impossibility of dealing with the harmful effects of the work routine, without realizing recognition for their professional activity. Objective: Based on the hypothesis that CF affects more nurses than physicians, due to the fact that the nursing team works in the most direct and continuous contact with the patient's suffering, the objective of this study is to analyze the prevalence of CF in health professionals who work in Neonatal Intensive Care Units (NICU) of maternity hospitals, comparing physicians and nurses, and analyze relationships between sociodemographic variables and PQL dimensions. Method: Correlational and cross-sectional study, with a quantitative character, conducted with 93 health professionals, doctors (n=55) and nurses (n=38), who worked for more than six months in the NICUs of two public maternity hospitals from the state of Rio de Janeiro, being the Maternidade Escola from UFRJ (ME-UFRJ) and the Hospital da Mãe (HMãe). All of them answered a Professional Profile Protocol to collect sociodemographic data, and an instrument to measure the quality of professional life, the ProQOL-BR. All data were analyzed using the Statistical Package for Social Software (SPSS). Results: Related to the professionals profile, the average age was 38 years old for doctors and 37,78 years old for nurses, with a total of 58% married. In addition, 67,2% of doctors were from ME-UFRJ and 32.7% from HMãe, while 50% of nurses were from ME-UFRJ and 50% from HMãe. It was observed that the prevalence of CF was 5,37% among the 93 participants. High Compassion Satisfaction scores were presented by 58% of the professionals, being 60% physicians and 57,8% nurses, as well as 61.3% of them presented a high level of Secondary Traumatic Stress, being 61.8% physicians and 63.1% nurses. In general, the findings suggest that nurses were more vulnerable to STS than physicians, although most of them had positive results for Professional Quality of Life (PQL) with high SC scores. Final considerations: The study findings revealed that working in the NICU can be stressful, with some prevalence of CF. However, despite the occurrence of STS, among health professionals, we can say that more than half of them did not have CF, in other words, compassionate suffering resulting from empathic involvement with their assistance and care. Although, despite the occurrence of STS among health professionals, more than half of them did not have CF, in other words, the compassionate suffering resulted from the empathic involvement related to their assistance and care.

Keywords: Compassion Fatigue. Health Professionals. Intensive Care Unit.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Figura 1** – Características consonantes e dissonantes dos conceitos de Transtorno Estresse Pós-traumático (TEPT), Estresse Traumático Secundário (ETS) e Burnout (BO).....35
- Figura 2** – Relação entre Burnout e Fadiga por Compaixão..... 37
- Figura 3** – Níveis de SC, BO e ETS nos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da ME-UFRJ e do HMãe. Rio de Janeiro, 2021.....55
- Figura 4** – Níveis das subescalas de SC e ETS entre os Médicos e Enfermeiros, comparando-se os contextos institucionais (ME e HMãe). Rio de Janeiro, 2021..... 56

LISTA DE TABELAS

- Tabela 1** – Perfil sociodemográfico e laboral dos médicos e enfermeiros da Maternidade Escola da UFRJ (n=56) e do Hospital da Mãe (n=37). Rio de Janeiro. 2021..... 49
- Tabela 2** – Diferenças entre as dimensões da Qualidade de Vida Profissional pelo ProQOL-BR e dados sociodemográficos e laborais para os profissionais de saúde (N=93). Rio de Janeiro, 2021..... 52
- Tabela 3** – Correlações entre os dados sociodemográficos e laborais e *Burnout*, Estresse Traumático Secundário e Satisfação por Compaixão (N=93). Rio de Janeiro, 2021..... 53

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AP	Área Programática
BO	Burnout
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das leis do Trabalho
CNS-MS	Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde
CFST	Compassion Fatigue Self Test
CSFT	Compassion Satisfaction and Fatigue Teste
DVST	Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador
ETS	Estresse Traumático Secundário
FC	Fadiga por Compaixão
HMãe	Hospital da Mãe de Mesquita
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IHAC	Iniciativa Hospital Amigo da Criança
IMI	Instituto Materno-Infantil
ISBN	Internacional Standard Book Number
LEPIDS	Laboratório de Estudos, Pesquisas, Intervenção em Desenvolvimento e Saúde
MBI	Maslach Burnout Inventory
ME/UFRJ	Maternidade Escola/Universidade Federal do Rio de Janeiro
MMC	Método Mãe-Canguru
MS	Ministério da Saúde
OS	Organização Social
PROASP	Programa de Assistência à Saúde Perinatal
ProQOL-BR	Professional Quality of Life Scale – Brasil
QVP	Qualidade de Vida Profissional
PJ	Pessoa Jurídica
RN	Recém-Nascido
SC	Satisfação por Compaixão
SPSS	Statistical Package for Social
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo Consentimento Livre Esclarecido

TEPT	Transtorno Estresse Pós-traumático
TETS	Transtorno de Estresse Traumático Secundário
UCINCa	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru
UCINCo	Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional
UE	União Estável
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UTIN	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
1.1 Objetivos.....	19
1.1.1 Objetivo Geral.....	19
1.1.2 Objetivos Específicos.....	19
1.2 Justificativa.....	19
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	21
2.1 Bases do trabalho profissional no campo da saúde: questões relativas à Saúde do Trabalhador.....	21
2.2 O trabalho do profissional de saúde em diferentes realidades.....	22
2.3 O ambiente das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINs).....	26
2.4 O perfil dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, das UTINs.....	28
2.5 A morte em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal: uma grande perda	30
2.6 Fadiga por Compaixão: Conceituação e Fatores Associados.....	33
2.6.1 Empatia e Compaixão: dois conceitos complexos.....	33
2.6.2 Fenômenos relacionados à Fadiga por Compaixão:TEPT, ETS BO.....	35
2.6.3 Qualidade de Vida Profissional: Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão.....	38
3 MÉTODO.....	42
3.1 Tipo de Estudo.....	42
3.2 Linha de Pesquisa.....	42
3.3 Local do Estudo.....	42
3.4 Participantes.....	43
3.5 Critérios de Inclusão/exclusão.....	44
3.6 Instrumentos.....	44
3.6.1 Para coleta de dados sociodemográficos.....	44
3.6.2 Para coleta de indicadores da Qualidade de Vida Profissional.....	44
3.7 Variáveis do Estudo.....	45
3.7.1 Variável dependente.....	45
3.7.2. Variáveis independentes.....	46
3.8 Procedimentos para Coleta De Dados.....	46
3.9 Processamento e Análise Dos Resultados.....	46
3.10 Aspectos Éticos.....	47
4 RESULTADOS.....	49
4.1 Dados de prevalência da FC e do perfil sociodemográfico e laboral dos participantes.....	49
4.2 Diferenças entre os escores das dimensões da QVP (BO, ETS e SC) para as variáveis sociodemográficas e laborais dos participantes.....	51
4.3 Dados de correlação entre o perfil sociodemográfico e laboral e as dimensões de QVP (SC, BO e ETS).....	53
4.4 Resultado dos níveis de SC, BO e ETS entre médicos e enfermeiros de UTINs dos diferentes contextos hospitalares, ME-UFRJ e Hmãe.....	54
4.5 Produto desenvolvido a partir do resultado do diagnóstico situacional realizado com médicos e enfermeiros da UTIN da ME-UFRJ e HMãe.....	56

5 DISCUSSÃO.....	58
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	70
REFERÊNCIAS.....	72
APÊNDICE A – Termo De Consentimento Livre E Esclarecido (TCLE).....	84
APÊNDICE B – Protocolo De Caracterização Da Amostra (Sociodemográfico e Ocupacional).....	85
APÊNDICE C – Termo De Autorização Do Hospital Da Mãe De Mesquita.....	86
APÊNDICE D – Projeto Aplicativo.....	87
APÊNDICE E – Produto do Projeto Aplicativo.....	101
ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da ME-UFRJ	118
ANEXO B – <i>Professional Quality of Life Scale</i>, Versão Brasileira (ProQOL-BR).....	122

1 INTRODUÇÃO

Pessoas que se dedicam a ajudar, socorrer e cuidar de outras pessoas podem estar expostas ao sofrimento psíquico, que nem sempre é identificado por elas devido suas consequências multidimensionais. Dessa forma, os profissionais de saúde estão particularmente expostos a um tipo de adoecimento, cujo enfoque supera o contexto trabalhista porque resulta em danos desencadeados por doenças ocupacionais clássicas e outras relacionadas ao trabalho, como por exemplo o Burnout.

Embora permeada por aspectos favoráveis promotores de bem-estar e da sensação de competência e de realização profissional, existem muitos aspectos no trabalho que são desfavoráveis e capazes de prejudicar a saúde mental dos trabalhadores da área da saúde, sobretudo, quando eles se vêem impossibilitados de cuidar e prevenir a dor e sofrimento alheio. Esses trabalhadores podem experimentar medos como efeito da vivência do sofrimento de outrem, embora numa ordem diferente da do paciente, mas que pode o levar a um estresse crônico. Frequentemente, esse estresse contínuo pode refletir negativamente na sua saúde física, emocional e social (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014) e ocasionar um fenômeno chamado Fadiga por Compaixão (FC).

STAMM (2005) ampliou o conceito quando destacou que existe um contraponto à Fadiga por Compaixão, que é a Satisfação por Compaixão. A experiência concomitante desses dois lados da compaixão no trabalho, um polo negativo (FC) e um positivo (SC), deu origem ao conceito de Qualidade de Vida Profissional, ou seja, quando os profissionais vivenciam um equilíbrio saudável entre os dois lados (BARR, 2017; BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; DORNELLES; MACEDO; SOUZA, 2020). Contextualizado por Stamm (2010), o polo negativo da QVP pode causar sofrimento físico e psíquico, derivado do vínculo empático que se origina no ambiente de trabalho em consequência ao cuidado diário ofertado. No entanto, o grau de satisfação profissional, que diz respeito ao sentimento de “ter feito a diferença” e a capacidade do profissional em lidar de forma amena com a situação traumática, é um dos aspectos que pode neutralizar o desenvolvimento da FC (AMIN *et al.*, 2015; LOWE; JAKIMOWICZ; LEVETT-JONES, 2022).

O fenômeno da FC tem despertado interesse na comunidade científica nos últimos anos. Considerada como uma grande ameaça à saúde mental e à qualidade de vida profissional, a FC resulta do envolvimento empático decorrente do compadecimento com a dor alheia (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; RODRIGUES *et al.*, 2021; TORRES *et al.*, 2018) e parece acometer profissionais de saúde que, constantemente, estão envolvidos no cuidado ao

sofrimento humano, os quais podem adoecer psicologicamente por isso. Deveras, trabalhar com pessoas traumatizadas e em grande sofrimento demanda uma afiliação e compaixão pelo doente, assim como o envolvimento e empenho para aliviar, deter ou cessar a dor do outro.

Observar a presença constante da FC em contextos laborais de hospitais foi o que me motivou a realizar este estudo, já que, inserida como psicóloga em um hospital público na área metropolitana do Rio de Janeiro, tenho sido, muitas vezes, solicitada a atender demandas de sofrimento psíquico de membros da equipe de saúde. Por meio de uma escuta qualificada no meu ambiente de trabalho e no acompanhamento aquelas demandas, tenho percebido, como psicóloga hospitalar, a ocorrência de comportamentos e atitudes que parecem se relacionar à rotina assistencial, cujo ambiente de constante estresse e angústia requer atitudes imediatas, mas nem sempre possíveis de evitar as perdas.

Reconhecidamente, os pacientes e seus familiares são os mais afetados neste ambiente estressante. Porém, os trabalhadores de saúde parecem se sentir muito exaustos em sua rotina de trabalho assistencial, o que se soma a uma preocupação empática com sua prática profissional (LAGO; CODO, 2010; RODRIGUES *et al.*, 2021) . Não obstante, considera-se que a preocupação empática, simultânea ao contágio emocional, é uma condição importante para que haja o empenho do profissional em minimizar a dor daqueles que estão sob seus cuidados (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014).

Outro aspecto que me motivou a realizar esta pesquisa foi observar, durante a minha prática profissional como psicóloga hospitalar, um frequente e crescente absenteísmo e licenças médicas pelos profissionais que trabalham na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN). Ainda que esses profissionais se sintam satisfeitos com seu trabalho, parece que a exposição frequente ao sofrimento do paciente os expõem a um alto risco de adoecimento, cujas consequências os submetem a dificuldades com reflexos nas suas relações interpessoais, com seus colegas, pacientes e familiares. Particularidades vivenciadas por mim como psicóloga hospitalar também parecem se relacionar com esta categoria de sofrimento psicológico, a FC, que se desenvolve face ao custo emocional pela exposição continuada à angústia e ao sofrimento alheio.

Nesse sentido, Araújo e Vasques-Menezes (2018); Ribeiro *et al.* (2021) consideram que a atuação na área da atenção em saúde caracteriza-se por práticas comuns, como o cuidado ao doente, a jornada em turnos, os duplos empregos e a falta de recursos materiais e tecnológicos. Essa atuação exige presteza nas suas ações assistenciais e profissionais capacitados e empáticos nas relações interpessoais com os pacientes e seus colegas. Por sua vez, a equipe de saúde que trabalha em UTIN está exposta a um nível de estresse mais elevado, devido à dinâmica própria

desses ambientes de trabalho que, hipoteticamente, impõem aos profissionais, situações de fragilidade emocional devido à natureza de trabalhar com bebês gravemente enfermos, suas famílias e o estresse adicional do ambiente de trabalho (AMIN *et al.*, 2015; GREINER; POSKEY, 2017).

Além disso, o bem-estar do paciente se sobrepõe e está diretamente ligado à satisfação dos profissionais de saúde com seu trabalho, quando a sobrecarga física e psíquica é muitas vezes negligenciada pelos que atuam em ambientes de alta complexidade, como é o caso das UTINs. Por sua vez, a hospitalização em UTIN envolve, ainda, fatores importantes para a vida do bebê, como a exposição do neonato a complicações que podem resultar em possíveis sequelas. Isso demanda a atenção especial da equipe de saúde (KLOCK; ERDMANN, 2012), quando médicos e enfermeiros que atuam na UTIN podem vivenciar sua experiência laboral como um cenário traumatizante por lidarem com a dor, as privações e os procedimentos invasivos típicos desse ambiente estressor.

Diante do exposto, embora o trabalho na área da saúde seja capaz de suscitar sentimentos gratificantes e de realização profissional e até pessoal, ele também pode, algumas vezes, fragilizar os profissionais e, por conseguinte, desencadear a FC, com consequências importantes para sua saúde mental e física, além de repercussões para a qualidade dos seus cuidados prestados ao paciente. Com o intuito de chamar a atenção da comunidade científica, assim como dos profissionais de saúde, sobre os riscos de adoecimento a que estão expostos, trouxemos o fenômeno da FC à discussão para, baseado em resultados de evidências científicas, analisar os principais indicadores de sofrimento empático em profissionais de UTIN e identificar quais fatores protetivos dos efeitos negativos da FC.

Para tal, parece-nos bastante apropriado antes de abordar neste trabalho o fenômeno da Fadiga por Compaixão, propriamente dita, enquanto um problema que pode atingir a saúde mental do profissional, refletir sobre “o trabalho como uma fonte de saúde e prazer ou, contrastante, uma ameaça patogênica”. (DEJOURS, 1992, p.164). Assim, na primeira seção desta Dissertação de Mestrado abordamos questões relativas ao processo de trabalho enquanto fenômeno central na vida das pessoas, e como operador de identidade e importante ativador da realização de si mesmo, descrevendo contextos com distintos valores e realidades. Nessa direção, trazemos reflexões sobre as particularidades que o cotidiano dos profissionais de saúde carrega, os quais podem se configurar como indicadores específicos de adoecimento. Posteriormente, na segunda seção, foi realizada a análise conceitual do fenômeno da Fadiga por Compaixão e apresentadas as análises dos resultados desta pesquisa de Mestrado, discutindo com evidências científicas sobre os riscos que profissionais de UTIN podem estar expostos na

sua rotina de trabalho no contexto hospitalar.

Dessa forma, pretende-se com os achados dessa Dissertação de Mestrado fornecer evidências para auxiliar na adoção de medidas de promoção da qualidade de vida profissional e pessoal destes profissionais, propondo estratégias que os ajudem a lidar com suas emoções, como a autocompaixão, de maneira adaptativa minimizando seus efeitos para a prática assistencial em instituições de atenção integral à Saúde Materno-infantil.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a ocorrência da FC entre médicos e enfermeiros que atuam em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) de hospitais maternidade.

1.1.2 Objetivos Específicos

- 1) Investigar a prevalência de FC de profissionais que trabalham em UTIN em contextos institucionais diferentes, comparando médicos e enfermeiros entre os contextos institucionais diferentes;
- 2) Investigar diferenças nas dimensões da Qualidade de Vida Profissional (Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário) para as variáveis sociodemográficas e laborais, comparando médicos e enfermeiros entre os contextos institucionais diferentes;
- 3) Analisar relações entre variáveis sociodemográficas e ocupacionais e as dimensões da QVP, comparando médicos e enfermeiros entre os contextos institucionais diferentes;
- 4) Analisar níveis de Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário, comparando-se médicos e enfermeiros entre os contextos institucionais diferentes.
- 5) Elaborar um produto cuja proposta é prestar orientações para profissionais de saúde reconhecerem e gerenciarem os riscos à sua Saúde Mental, propondo a adoção de estratégias que auxiliem o autocuidado.

1.2 Justificativa

A Fadiga por Compaixão (FC) é resultado da exposição contínua no contexto do trabalho que acomete profissionais de saúde. O ambiente hospitalar é sugestivo de alto risco e deveras estressante, em razão ao contato direto com o sofrimento, o que potencializa a vulnerabilidade dos profissionais aos sintomas de FC em comparação com outros profissionais de saúde. Nessa perspectiva, médicos e enfermeiros que trabalham em UTINs se deparam com cenas traumatizantes ao lidarem com situações extremas, onde vivenciam a iminência da morte daqueles que diretamente cuidam, ou seja, os recém-nascidos (RN). Esse sofrimento empático pode ser ainda mais grave quando estes profissionais lidam com recém-nascidos de maior risco ao desenvolvimento e/ou em condições de vulnerabilidade biológica mais graves, quando eles se defrontam com a dor, privações e procedimentos invasivos próprios desse ambiente estressor. Segundo estudos, estima-se que 86% destes trabalhadores sejam acometidos pela FC em UTIN (HOOPER *et al.*, 2010), o que pode afetar até 40% dos profissionais de saúde que trabalham em ambientes de terapia intensiva (RICHARDSON; GREENLE, 2020). O desgaste laboral destes profissionais pode se manifestar de diversas formas, com maior ou menor intensidade e cronicidade. Ademais, a não identificação precoce desse desgaste e do risco de sofrimento psíquico nos profissionais pode ter impactos negativos para a assistência (SALEH *et al.*, 2019), tanto para o trabalho da equipe, como para a organização de saúde. Portanto, compreender o fenômeno da Fadiga por Compaixão (FC) justifica a realização do presente estudo.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Bases do trabalho profissional no campo da saúde: questões relativas à Saúde do Trabalhador

Compreendendo o trabalho como central na vida das pessoas como operador de identidade e importante ativador na realização de si mesmo. No Brasil, a Lei do Sistema Único de Saúde (SUS) passou a ter competência e atribuição legal sobre o processo de saúde-doença relacionado ao trabalho (BRASIL, 1990). Para Laurell (1989) apud Lacaz (2007, p. 760) o enfoque em Saúde do Trabalhador, “[...] busca resgatar o lado humano do trabalho e sua capacidade protetora de agravos à saúde dos trabalhadores, tais como mal-estares, incômodos, desgastes, para além dos acidentes e doenças”. No entanto, a legislação brasileira, ainda está distante de dar um enfoque mais amplo à Saúde do Trabalhador, pois segue desfocada das causas dos adoecimentos laborais.

Pesquisas indicam haver relação com a gestão organizacional, bem como com a forma como as relações se estabelecem nos ambientes de trabalho (CARDOSO; MORGADO, 2019). Obviamente, para um amplo conhecimento sobre as relações entre saúde mental e trabalho, é necessário discutir sobre a importância que a atividade laboral tem para o indivíduo e a sociedade (CODO, 2007). Os distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho nem sempre são identificados numa simples avaliação clínica, já que as próprias características dos transtornos podem estar mascaradas por sintomas físicos (GINOTTO; DIEHL, 2016).

Um dos exemplos de doenças provocadas no ambiente de trabalho e que causam problemas de saúde mental nos trabalhadores é a depressão. Enquanto o estresse prejudica a saúde do trabalhador e pode estar presente nos contextos de trabalho em maior ou menor grau, segundo Codo (2007), a depressão é um dos maiores transtornos neuróticos responsáveis pelo afastamento temporário no trabalho. Vários fatores podem desencadear uma depressão no trabalho, independente do cargo ou da profissão. Entretanto, existem profissões que trabalham diretamente na assistência que estão em maior risco de adoecimento por depressão, como é o caso dos enfermeiros.

O Brasil sustenta um contexto de crescentes estatísticas de transtornos mentais relacionadas ao trabalho (OMS, 2021), o que corrobora com a realidade do continente americano onde os transtornos disruptivos, como ansiedade por exemplo, apresentam maiores proporções entre as mulheres (7,7%) em relação aos homens (3,6%), assim como no Brasil onde o sexo feminino é o mais afetado (COSTA *et al.*, 2019). No cenário brasileiro, temos a

prevalência do gênero feminino nas equipes de enfermagem, nas quais há demonstrações de discriminação que intensificam comportamentos de ansiedade e depressão (MACHADO *et al.*, 2017). Considerando, ainda, que o Brasil é o segundo país nas Américas com maior percentual de pessoas com depressão, sendo 5,8% da população, seguido dos EUA com 5,9% (OMS, 2021), podemos supor que essas taxas podem ser ainda maiores entre os profissionais de enfermagem. Nessa e outras categorias profissionais, a depressão nem sempre é identificada, já que os sintomas físicos provocados pela sobrecarga de trabalho ou mecanismos de negação podem mascarar a identificação desse transtorno. Com isso, é importante para o empregador e, sobretudo, para o trabalhador, que seja dada a devida importância para os problemas de saúde mental no ambiente laboral. A saúde física continua em primeiro plano e a atenção aos sinais do adoecimento psíquico se apresenta de forma tardia, com repercussões para o serviço, agravos para o trabalhador e impactos financeiros para as organizações de saúde, sobretudo, em ambientes laborais estressantes como o hospital.

2.2 O trabalho do profissional de saúde em diferentes realidades

A formação de profissionais de saúde se pauta num processo de ensino/aprendizagem baseado no conceito de competência, que significa promover a capacidade de constituir, articular, mobilizar valores, conhecimentos e habilidades para a solução de problemas, não apenas rotineiros, mas também inusitados em seu campo de atuação. Com isso, as instituições formadoras de profissionais para atuar em diferentes cenários de prática em saúde devem cumprir os objetivos de assegurar o funcionamento do SUS, garantindo a capacitação de estudantes e profissionais com autonomia e discernimento para assegurar a integralidade da atenção, da qualidade e da humanização do atendimento em saúde prestados aos indivíduos, famílias e comunidades.

As leis e resoluções são premissas que precisam existir para normatizar, direcionar e assegurar que os direitos e deveres dos cidadãos sejam cumpridos. Todavia, elas não afiançam o encontro necessário para que o agente produtor, o profissional de saúde, e o agente consumidor, o usuário do SUS, possam ser participantes no processo de saúde. A práxis em saúde é um processo de produção que acontece com significativas incertezas e é marcado pela ação dos atores em cena, no ato intermediário de fazer em saúde (MERHY, 1997). Esse encontro permeado de incertezas é alicerçado por um tripé tecnológico de métodos em saúde. Segundo Merhy (1997), a primeira âncora, chamada de “tecnologias duras” deste tripé está

relacionada à execução de procedimentos, instrumentos, equipamentos ou insumos, normas e estruturas organizacionais, que vão na contramão de um cuidado alicerçado no vínculo, que acolhe, escuta, constrói redes de confiança e de interesse genuíno pelo outro. A segunda, “tecnologias leve-duras”, são saberes estruturados que operam nos processos de trabalho em saúde; por fim, a última, “leve”, não menos importante, se refere às relações profissional/usuário, à produção de vínculo e ao acolhimento (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Daí a relevância da prática integrada a educação que forma um olhar humanizado voltado para interação entre o acadêmico e o profissional na proposição de ações concretas voltadas para o paciente baseados no acolhimento e numa ótica de cuidado, ambas oriundas da disponibilidade interna do profissional. Tal disponibilidade tem suas bases numa formação profissional cuja sensibilidade é oposta a uma prática unicamente técnica. Nesse sentido, a relação com a tecnologia, seja de saberes, seja de aparelhos de última geração, depende do modelo de atenção adotado. Quando estas tecnologias duras são usadas de modo mecanizada não atende de forma integral ao objetivo do campo da saúde, que é a produção de cuidado, nem tão pouco privilegia a capacidade clínica dos profissionais de lidar com as singularidades, porque prioriza o corpo biológico (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Dessa forma, a atividade meio e fim tem como foco principal a tecnologia a favor do usuário, coadjuvante, diagnóstica, com uma conduta, sem obstinação terapêutica, evitando excessos, e complementar a promoção de saúde, no seu sentido mais amplo. Em suma, a tecnologia avançada e humanização se mostram efetivamente comprometidas com o cuidado, o que é um desafio para as instituições de nível terciário com investimentos mais adequados do Ministério da Saúde para ações de alta complexidade. Embora oferecer atenção diagnóstica e terapêutica especializada, com condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados ao atendimento, sejam seus pilares, não se pode esquecer da relação humana necessária na oferta do cuidado, tanto para o usuário, quanto para o profissional e para o serviço (MERHY; FEUERWERKER, 2016).

Ambientes como as Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) são marcadas por um construto complexo, onde as tecnologias, denominadas duras, requerem um grau de qualificação técnica e profissional. Todavia, essas tecnologias são fundamentais na assistência para cuidar e salvar vidas, mas somente quando isso acontece num ambiente com oportunidade de construir espaços coletivos de discussão e reflexão sobre o processo de trabalho e decisões. Somente dessa forma, as tecnologias podem contribuir para a ampliação da capacidade de responder aos novos desafios garantindo práticas com qualidade, com maior prazer do

profissional.

Trabalhar em hospitais cujas UTINs operam sob graus variados de vulnerabilidade das suas ações devido à falta de financiamento em equipamentos, de incentivo e de acesso a Educação Permanente em saúde de suas equipes será sempre um risco à saúde dos seus usuários. Atuar no limite para dar conta de uma complexidade igual ou parecida como a enfrentada nos hospitais que recebem recursos mais adequados têm reflexos, algumas vezes explícitos, no semblante tenso, na postura corporal, na voz embargada dos profissionais. Somando-se a isso, os trabalhadores de saúde, historicamente, têm sofrido com as mudanças na política de direitos trabalhistas, que levam à precarização e à ‘perda de direitos’ num sentido amplo da saúde.

A complementariedade do Privado está descrita nas *diretrizes e princípios tecnogerenciais*, no entanto, o texto é claro, a saúde está livre à iniciativa privada. Sempre que o Estado não for suficiente para atender a demanda é constitucional recorrer-se complementarmente ao privado (BRASIL, 1988; 1990). Porém, o texto não trata de substituir o público pelo privado, ou seja, terceirização pelas Organizações Sociais (OS), Cooperativas, por exemplo, mas de recorrer ao privado para complementar o público. A Lei de Responsabilidade Fiscal determina um limite para a União de 50% da receita corrente líquida com despesas de pessoal do Estado e, para os estados e municípios, 60%. Os contratados por OSs não são computados como despesa de pessoal (BRASIL, 2000).

Ao aderir à terceirização dos serviços, os setores de saúde pública diminuem seus custos com a remuneração na contramão das conquistas salariais e dos direitos trabalhistas (DRUCK, 2016). Isso significa dizer que, assim, a instituição de saúde mantém o que é central e terceiriza parte do seu processo de produção de saúde. Na linha da reforma do Estado, a Lei de Responsabilidade Fiscal, de 2000, cujo objetivo principal para o controle das contas públicas é reduzir as despesas com o funcionalismo público, inibiu a realização de concursos públicos e incentivou a terceirização (DRUCK, 2016).

Deste modo, o trabalho não é desenvolvido apenas pelo trabalhador assalariado e protegido pelos benefícios do Estado, mas por um acordo de gestão de serviço e precarização trabalhista. A flexibilização e a estruturação de uma rede interempresarial na prestação dos serviços de saúde possibilitam que o processo de produção envolva trabalhadores submetidos a diversas formas de contratação, recebendo salários diferenciados para a realização de trabalhos semelhantes e sem os mesmos benefícios que os trabalhadores da instituição de origem (CABRAL; SILVA; SOUZA, 2021; DRUCK, 2016). Certamente, os serviços de saúde da esfera estadual foram os que sofreram maior impacto com esse arranjo trabalhista. No entanto, é importante considerar que a flexibilização nas formas de contratação, bem como a

terceirização, dependendo do contexto institucional e histórico em que os tipos de contratos ocorrem, pode não significar, necessariamente, uma precarização dos serviços.

Já as instituições de saúde federais e de ensino ainda estão, de alguma forma, protegidas dessas perdas significativas, porque conseguem manter a faixa salarial e os benefícios num patamar mais elevado para seus profissionais, comparando-se com instituições assistenciais estaduais. Essa realidade pode provocar impactos no nível de satisfação desses trabalhadores, que exercem uma multiplicidade de funções insalubres que geram uma alta suscetibilidade para o adoecimento emocional e físico.

Nessa direção, acrescentamos os conflitos enfrentados por esses profissionais, que algumas vezes atuam em várias realidades de serviços, o que requer uma capacidade de administrar emocionalmente os agravos a que os usuários estão expostos devido às diferenças de acesso aos serviços necessários à saúde. O pouco investimento em políticas sociais que ofereçam acesso igualitário a populações, independente dos territórios, expõe uma atenção na cobertura desigual (BRASIL, 1988), dentre outros setores, na assistência materno-infantil. Nesse contexto, as políticas sociais e de saúde deveriam assegurar as necessidades com tratamentos iguais, sem discriminação de acesso aos serviços públicos no período gravídico. A mortalidade perinatal é considerada no Brasil um problema de saúde pública e merece atenção e esforços para refletir sobre os processos subsequentes (AGUIAR, 2022).

A mortalidade perinatal, cuidados inadequados à gestante de alto risco e dificuldades de acesso a unidades com mais recursos estão relacionadas à ocorrência de prematuridade, quando a resposta fisiológica necessita de acompanhamento, recursos humanos e meios tecnológicos para o acompanhamento desde o período gestacional a fim de evitar partos prematuros, a internação de recém-nascidos (RN) em UTIN e a morte do recém-nato. Daí decorre que as instituições hospitalares se encontram submetidas desigualmente a condições de risco para mortalidade, que, por sua vez, correlaciona-se à parcialidade na distribuição de recursos que se observa em alguns locais menos favorecidos com aumento da prematuridade, da internação em UTINs e mortes por causas evitáveis. Segundo Nobrega *et al.* (2021) dados de 2018 apontam a taxa de mortalidade perinatal no Brasil foi de 15,5% nascimentos totais e que os óbitos neonatais precoces representaram a maioria dos óbitos infantis.

A região da Baixada Fluminense do Rio de Janeiro é um exemplo disso. Dividida em 13 municípios, onde sete não possuem maternidades públicas e apenas uma unidade conveniada do SUS, destaca-se o Hospital da Mãe (HMãe) que se destina ao atendimento pré-natal e partos de baixo risco. Paradoxalmente, a unidade de baixo risco conta com uma UTIN, o que sugere rever a abrangência da assistência oferecida na Atenção Básica de Saúde e nas Clínicas da

Família que prestam atenção às mulheres grávidas. Ao contrário, as unidades hospitalares nas metrópoles, mais especificamente fora da capital do Estado do Rio de Janeiro, carecem de melhoria no atendimento coberto pelo SUS com mais recursos materiais e investimento no capital humano. A alta gestão no nível terciário tem por desafio desenvolver ações mais igualitárias em todos os sentidos, visando, inclusive, uma equiparação com os profissionais de saúde que sofrem com o processo de implementação contínua do SUS.

A conjuntura atual evidencia a precarização da saúde, que se reflete na cidadania plena do sujeito, por subtrair da população o acesso aos direitos individuais e coletivos à saúde de qualidade. É dever do Estado garantir a todos os cidadãos, no território brasileiro, a promoção da saúde como direito social balizado nas diretrizes de universalidade, integralidade, equidade, e sem discriminação de acesso aos serviços públicos (BRASIL, 1990). Impõe-se ao Estado o desafio constante de assegurar ações e serviços de saúde de qualidade aos cidadãos, orientado por um processo de reestruturação das atribuições das diferentes esferas de gestão do SUS a fim de garantir um sistema pluralista, regionalizado, hierarquizado e descentralizado (BRASIL, 1990).

A oferta de serviços públicos de qualidade ao cidadão é o real objetivo da política de Saúde e da busca por mecanismos eficazes de financiamento. Para atingir esse objetivo, é preciso o comprometimento dos profissionais da área (BRASIL, 2013). Espera-se que, a curto e médio prazos, seja construído um sistema público de saúde imparcial e universalizado, que respeite o princípio fundamental de justiça social desse encantador sistema, para tanto, não bastam verbas. É necessário que os trabalhadores acreditem no Sistema. A dedicação dos profissionais, a aplicação dos recursos financeiros de forma racional, direcionada e pública são fundamentais para alcançar os objetivos do sistema de saúde.

2.3 O ambiente das Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINs)

De origem grega, o termo *neo* significa novo, enquanto *nato* significa nascimento e *logos* estudo. Com isso, o termo neonatologia foi definido como a ciência do tratamento e diagnóstico dos distúrbios do recém-nascido (RN), fazendo surgir no século XXI a Neonatologia como uma especialidade médica (LOHMANN, 2011). A *Neonatology Organization* descreve que, na década de 1960, ocorreu uma verdadeira revolução tecnológica na mesma época em que surge a primeira unidade de cuidados intensivos cirúrgicos na Philadelphia, nos Estados Unidos da América. Na década de 1980, passam a ser inseridos os

exames radiológicos e as incubadoras modernas, junto com a evolução de pesquisas acerca do tratamento com surfactantes para a Síndrome de *Stress* Respiratório. Aparelhos de geração de pressão positiva e ventilação mecânica, além de dispositivos para a monitoração em RN por oximetria de pulso e reanimação de neonatos, também são exemplos de inovações tecnológicas desta época.

Por sua vez, os recursos tecnológicos de alta complexidade utilizados nos serviços de UTIN, apesar da importância para os bebês, deveriam zelar pelo bem-estar dos RN em todos os seus aspectos. A UTIN é por excelência um lugar em que os bebês são submetidos frequentemente a estímulos desagradáveis e dolorosos num ambiente repleto de luzes fortes e constantes barulhos, mudanças de temperatura e interrupções do ciclo do sono, que, embora repetidas, ofertam avaliações e procedimentos necessários. Tem-se, assim, um paradoxo porque, ao mesmo tempo em que a UTIN oferece recursos benéficos para a sobrevivência do neonato, pode proporcionar desconforto, inclusive com possíveis consequências somáticas.

O Programa de Assistência à Saúde Perinatal (PROASP) do Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 1991) define a atenção perinatal abrangendo os cuidados ao binômio mãe-feto e ao recém-nascido. Esse programa preconiza melhorias para a qualidade do parto e da assistência perinatal, instituindo o alojamento conjunto e, no âmbito da assistência, através do programa Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC), a promoção da adesão ao aleitamento materno exclusivo até os seis meses, a fim de reduzir a mortalidade neonatal e prover cuidados específicos aos recém-nascidos de risco (BRASIL, 1991).

Para tal, foram criadas as Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo) e, no mesmo ano, foi lançada a Norma de Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso – Unidade de Cuidados Intermediários Canguru (UCINCa) (BRASIL, 2012). Sobre este último, segundo Lamy *et al.* (2005), o Método Mãe-Canguru (MMC) foi criado em 1978, pelo Dr. Edgar Sanabria, no Instituto Materno-Infantil (IMI) de Bogotá, Colômbia, com o intuito de ampliar as tecnologias leves para sobrevivência dos RN prematuros. Baseava-se em colocar o bebê entre os seios maternos, no contato pele a pele e em posição supina para mantê-lo aquecido com o calor do corpo de sua mãe. Assim, o RN poderia sair mais cedo da incubadora e, conseqüentemente, ter uma alta mais precoce. Dessa forma, o MMC alicerça o processo de humanização no atendimento neonatal de risco na rede hospitalar (BRASIL, 1999). O Programa Nacional de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PNHPN) do MS definiu a necessidade de leitos de UTIN, estabelecendo que a distribuição fosse de 1 a 2 leitos por 1.000 nascidos (BRASIL, 2000).

Na organização dos leitos de uma UTIN, o serviço de internação é responsável pelo

cuidado integral ao RN grave ou potencialmente grave, dotado de estruturas assistenciais que possuem condições técnicas adequadas à prestação de assistência especializada, incluindo instalações físicas, equipamentos e recursos humanos (BRASIL, 2012). No âmbito das UTINs, é imprescindível que exista uma equipe de profissionais de saúde com perfil especializado para uma assistência que ofereça tecnologias leves prestadas aos RN juntamente com todo o aparato de tecnologia dura presente nestas unidades. Ressalta-se que o perfil profissional especializado se refere também aos atos afetivos não mensurados e pormenorizados em protocolos assistenciais.

2.4 O perfil dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, das UTINs

Profissionais de saúde são aqueles que atuam direta ou indiretamente com o cuidado assistencial e de prevenção da saúde individual ou coletiva (ARAÚJO; VASQUES-MENEZES, 2018). Neste estudo nos deteremos aos médicos e profissionais de enfermagem, particularmente aqueles que atuam em UTINs. De um lado as ações de cuidado, assistência e prevenção são vastas, de outro as técnicas e os protocolos específicos são ações desenvolvidas nos setores de saúde.

A área da saúde compõe-se de um contingente de 3,5 milhões de trabalhadores, dos quais 50% atuam em enfermagem, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) encontrados em estudo de Machado *et al.* (2017). Estudo mais recente da Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER, *et al.*, 2020) revelou que o Brasil passou a contar com 500 mil médicos, o que seria uma marca histórica. O aumento do número de médicos teve forte aceleração nos últimos 50 anos. De 1970 a 2020, cresceu 11,7 vezes (1.170,4%), passando de 42.718 para 500 mil médicos.

A presença masculina na profissão médica aumenta com a idade. A média de idade do médico brasileiro é de 45 anos, com desvio padrão de 15 anos, uma das menores do mundo e que vem diminuindo ao longo do tempo, de acordo com Scheffer *et al.* (2020). A medicina continua sendo exercida, de modo geral, por profissionais do sexo masculino como revela com Scheffer *et al.* (2020), sendo a proporção de 53,4% de homens e 46,6% de mulheres. Ainda que a medicina continue sendo exercida por profissionais do sexo masculino, o perfil vem mudando ao longo dos anos. As mulheres já são maioria entre os recém-formados na faixa etária entre 35 e 39 anos de idade. Existe, ainda, um equilíbrio numérico entre os gêneros, sendo 50,3% de homens e 49,7% de mulheres, segundo a Demografia Médica no Brasil (SCHEFFER *et al.*,

2020). Atualmente, 76,2% dos médicos são especialistas e quatro especialidades concentram 38,4% dos profissionais médicos, sendo a Clínica Médica (11,3%,) e a Pediatria (10,1%), seguida de Cirurgia Geral (8,9%) e Ginecologia e Obstetrícia (7,7%). Já a Medicina Intensiva reúne (1,6%), sendo exercida por 68,1% de homens e 31,9% de mulheres especialistas.

Estudo de Scheffer *et al.* (2018) revela que, em relação a principal razão de ter escolhido a profissão, 63,5% dos recém-formados responderam que escolheram a medicina querendo fazer a diferença na vida das pessoas ou fazer o bem, em quinto lugar, 28,2% dos médicos referem o ganho financeiro como uma das motivação para a escolha, 83,6% dos médicos consideram fundamental o equilíbrio entre vida pessoal e profissional e acrescentam que isso é um dos fatores mais importantes para um exercício profissional satisfatório e gratificante, 80% declararam que o hospital é o local preferido de trabalho, e 50% o consultório particular. Há de se considerar que as escolhas pela profissão são variadas, e que o médico geralmente atua, concomitantemente, em mais de um local de trabalho ou em diferentes empregos. As desigualdades na distribuição dos médicos pelo território nacional também são significativas, com concentração nas grandes capitais, reforçando tendências já observadas no estudo de Machado *et al.* (1997).

Na medicina têm sido percebidas mudanças nos saberes e nas práticas médicas, além de transformações na autoridade, na relação médico-paciente, no prestígio e no *status social* a eles sempre conferidos. Associadas a estas mudanças, queixas relacionadas à necessidade de ter vários empregos (devido à baixa remuneração) e más condições de trabalho foram associadas, diretamente, ao desgaste profissional e sofrimento, levando a repercussões diferenciadas sobre a saúde desses profissionais (MACHADO *et al.*, 1997). Contudo, a medicina é ainda considerada como uma atividade com significativo reconhecimento social e profissional, de acordo com Machado *et al.* (1977). Segundo Scheffer (2020), isso é o que contribui para o fato de que, raramente, esse profissional abandona seu ofício.

Machado *et al.* (2017) analisaram, ainda, o perfil brasileiro dos profissionais de enfermagem, revelando que, dos 1,6 milhão de profissionais em atividade e aposentados, a concentração da força de trabalho está nas grandes metrópoles, 65,3% , inserida no setor público. A média de idade do enfermeiro no Brasil é de 31-35 anos (20,3%), sendo a equipe predominantemente feminina (84,6%), com registro da presença de apenas 15% de homens. Pode-se afirmar que, desde a década de 1990, vem aumentando o contingente masculino na enfermagem. Em relação à formação, Machado *et al.* (2017) indica que 23,8% dos profissionais de nível médio declaram nível superior incompleto, 11,7% graduação, 80,1% dos enfermeiros possuem pós-graduação e 72% especialização. Segundo as condições de trabalho no setor

público 43,1% consideram boa, 43,5% setor privado consideram boa, 11,7% a existência de discriminação no ambiente de trabalho, desse percentual 52,3% é por gênero. No que concerne a satisfação com o trabalho e relacionamentos, o estudo revela desgaste pela atividade profissional em 71,7% dos profissionais de enfermagem.

A lei que regulamenta o exercício profissional da enfermagem, dispõe, dentre outros, que cabe, privativamente, ao enfermeiro o cuidado direto de enfermagem a pacientes graves com risco de morte, além dos cuidados de enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica, além da capacidade de tomar decisões imediatas, inclusive em UTIs (BRASIL, 1986). O enfermeiro é responsável por preparar todo o material e equipamentos necessários para receber o RN internado, além de verificar se todo o material usado durante as emergências está devidamente preparado (BRASIL, 1986). De modo geral, ele auxilia o médico na tentativa de salvar o bebê e sua participação é tão crucial que pode significar grande diferença entre o sucesso e o fracasso do procedimento (LAMY FILHO, 2003).

A essência do cuidar ultrapassa o domínio técnico para a intervenção e o ato de medicar vai muito além. Lidar com situações emocionais difíceis, agir com destreza, agilidade e sensibilidade na interrelação entre equipe, família e RN, baseada na singularidade de todos os envolvidos, fazem parte das atribuições da equipe de enfermagem. A emergência do equilíbrio emocional pode gerar estresse nestes trabalhadores. O trabalhador da enfermagem lida com situações emocionais difíceis, com a fragilidade de um RN de alto risco, com a morte, sentimentos de ansiedade e insegurança por parte dos familiares. Estes fatores são acompanhados, muitas vezes, por intercorrências que requerem, simultaneamente, destreza técnica, conhecimentos específicos e atualizados, agilidade e sensibilidade, o que pode gerar nestes trabalhadores estresse multidimensional. Ao passo que a formação acadêmica o torna apto ao exercício da prática profissional para cumprir os pré-requisitos para a obtenção do título, ela não confere, imperiosamente, a habilidade dele para gerenciar o sofrimento empático advindo do socorro oferecido ao traumatizado.

2.5 A morte em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal: uma grande perda

O ser humano possui a faculdade de ter ciência da morte, tanto de sua própria quanto de terceiros. Esse evento está diretamente ligado à vida, sendo completamente inevitável e a única certeza humana. O óbito pode gerar a sensação de insuficiência e derrota nos profissionais,

suscitando neles a “sensação de fracasso no cumprimento de sua missão de salvar vidas”, como aponta Lago (2008, p.61).

A criança também pode morrer, ao nascer, suspirar e morrer, como é o caso das mortes neonatais. Ariès (1981) nos situa que a compreensão sobre a morte de crianças era diferente na Idade Média e no início da Idade Moderna. Na Idade Média, a infância sequer era reconhecida. Naquela época, a criança apenas vivia no mundo dos adultos e era representada como adultos em miniatura, como vemos em exemplos da arte em retratos e pinturas da época. Não havia uma atenção diferenciada para essa fase da vida; daí decorre a elevada mortalidade infantil nesse período. Como um ser desprovido de alma, com a morte, a criança é enterrada no jardim da própria casa e, somente após o século XIII, começa a ser encontrada sua presença, pela iconografia religiosa, em retratos de família (ARIÈS, 1981). No século XVI, são encontrados registros de retratos de criança morta, tal como no século seguinte são encontrados registros de túmulos com elígies de crianças isoladas. Tais mudanças foram importantes na concepção da infância revelando a concepção da alma da criança e da sua imortalidade (ARIÈS, 1981).

Desta forma, seguindo esse percurso, podemos compreender o que afeta o profissional de saúde diante do óbito precoce no contexto hospitalar. Neste cenário, a angústia é um dos sentimentos vivenciados pelos profissionais, onde a morte se faz presente, como na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (CRICCO-LIZZA, 2014). Na UTIN, essa angústia humana parece se potencializar. A rotina do ambiente da UTIN requer vigilância e exige um estado de tensão em toda a equipe, que precisa tomar decisões em curto prazo de tempo e lidar com dilemas de ordem ética. Acrescido a isso, de um modo geral, os recursos na UTIN algumas vezes são limitados, o que leva os profissionais a trabalharem na medida extrema de sua potência e sob constante sensação de impotência, o que pode reverberar não só para a assistência, mas também para a saúde desse trabalhador.

Tendo em vista o trabalho dos “intensivistas”, é importante ressaltar que, muitas vezes, os esforços da equipe não impedem que os bebês internados em UTIN resistam e se recuperem. Esses profissionais, muitas vezes, enfrentam diferentes dificuldades na sua rotina, como a inconformidade com a morte de um RN, a impotência diante da falta de insumos e tecnologia avançada, conflitos em definir quem será alvo de cuidados paliativos na UTIN, dentre outros. Além da estranheza do profissional em lidar com a naturalização da morte, especialmente porque essa morte se refere a alguém que terminou de nascer, ele deve achar os limites de sentir empaticamente a dor do outro, no caso do RN e sua família, além de lidar com outros conflitos que desafiam o humano. Por vezes o ambiente da UTIN, paradoxalmente barulhento, parece abrigar um silêncio estranho. Quando o silêncio invade o cenário onde a morte se instala, a

elaboração será muito mais penosa. E acrescenta, sem que se falem dos mortos e da morte em si, a entrada dessa experiência na vida simbólica dos envolvidos será um grande desafio (AGUIAR, 2022).

Os valores se fragilizam de uma forma imoderada e o profissional pode ser tomado pela sensação de desamparo, insuficiência e desolamento, além de se lastimar com a auto reprovação e outros sentimentos que têm impactos sobre seu estado emocional. Embora eles possam ter recursos internos a serem mobilizados para dar conta de salvaguardar a vida e seguir em frente no trabalho, os profissionais vivem num repetido desgaste. Mensageiros das más notícias, mais de uma vez em alguns dias, eles ficam devastados por sentirem que a dor dos pais se aproxima das suas próprias dores. Se de um lado é importante sentir empatia e compaixão, porque impulsionam o profissional a dedicar-se com afinco à tarefa assistencial, por outro, quando isso excede os limites afetivo e técnico/científico, se deparam com a hora de reverem sua concepção de morte como sinônimo de fracasso a fim de aceitar que é um limite humano.

Além disso, partilhar a assistência oferecida ao RN com os pais é fundamental, não somente para minimizar a ansiedade e insegurança pela delicadeza da situação, mas também como uma maneira humanizada de cuidado. *Como não se sentir impotente e frustrado diante de pais em profundo sofrimento, que, durante meses, investiram no filho prematuro grave? A finitude presente diariamente na UTIN está na contramão do projeto de vida e parece ser a arqui-inimiga do sonho do filho perfeito. Somado a isso, a incompreensão se alia à falha terapêutica, em ambas se configuram como preocupações dos profissionais.*

Por características pessoais ou em função da própria formação, os profissionais são levados a uma atitude onipotente em relação à vida e à morte. Esses sentimentos são potencializados quando o desfecho da morte sucede na infância, uma vez que representaria um ciclo de vida que foi interrompido precocemente, sem que tenha se cumprido. A perda expõe o quão o homem é vulnerável por contradizer “a nossa imortalidade” (grifo da autora). Em contrapartida, a atividade laboral em situações limítrofes também provoca um prazer que floresce por vencer as situações adversas com o resultado de ações bem-sucedidas. Paradoxalmente, o prazer e o desgaste, podem estar na mesma atribuição laboral.

Para melhor compreender sobre o impacto que o profissional de saúde sofre frente a essa realidade, nos debruçamos por estudar a empatia como o potencial dele aperceber e apreender suas emoções, os sentimentos experienciados por outra pessoa e a compaixão como uma emoção que, por meio do sentimento da empatia, podem ser encorajados a se empenharem em dirimir o sofrimento alheio.

2.6 Fadiga Por Compaixão: Conceituação E Fatores Associados

2.6.1 Empatia e Compaixão: dois conceitos complexos

Empatia é um conceito que sugere uma diversidade de entendimentos. Vários autores têm dedicado esforços no sentido de definir empatia a fim de viabilizar o entendimento do conceito de compaixão. Morse *et al.* (1992), vêm mostrar que a preocupação empática corresponde aos sentimentos que surgem a se ajudar um outro; portanto, a demonstração do quanto se foi atingido pela dor alheia. Já Araújo e Vasques-Menezes (2018) afirmam que é possível se afetar pela dor do outro sem que se tenha em paralelo uma ação de ajuda para o socorro daquele que sofre. Por sua vez, Falcone (2012) define empatia como a capacidade de entender o outro de forma acurada, compartilhando ou considerando os sentimentos, as necessidades e perspectivas, além de entender o outro de modo que ele se sinta validado. Em vista disso, é a disponibilidade de se afetar com a finalidade de sacrificar, durante um tempo, seus interesses com o propósito de beneficiar outra pessoa.

Segundo Lago (2008), além da flexibilidade psíquica, a autorregulação é fundamental no processo empático, visto que ela mantém clara a distinção eu-outro, propiciando que a perspectiva dos outros e a sua interpretação não se confundam. Semelhante à Placido (2016), a autoconsciência e a consciência do outro são ferramentas importantes na função da regulação e da flexibilidade cognitiva. Figley (1995), entretanto, chama atenção para a traumatização secundária, que seria o mesmo que empatia. A empatia seria, então, essencial para o profissional conseguir prestar o socorro, mas também o coloca em risco de desenvolver um estado traumático (LAGO, 2008). Embora a discussão se pautasse na importância do processo empático no fenômeno da traumatização secundária, Figley (1995) se dedica às considerações sobre compaixão.

Não obstante, Lago e Codo (2010), em revisão de literatura sobre compaixão, não encontraram trabalhos que se debruçassem a analisar conceitualmente este fenômeno. Logo, os autores propõem um novo conceito dualista que inclui a empatia e a compaixão. A construção de uma nova abordagem conceitual consideraria o processo empático, próprio do humano, como constituído por uma dimensão animal/biológica e outra simbólica/humana, sendo a “compaixão que advém da nossa capacidade de perceber e sentir as emoções alheias também acaba carregando essa dualidade, que, na verdade, é a dualidade da natureza humana” (LAGO, 2008, p.160). Lago (2008), acrescenta, ainda, que somente os humanos podem experienciar o

sofrimento diante da morte, sendo a dor gerada pela morte do outro sentida por quem sente empatia, a qual culmina em estresse e angústia.

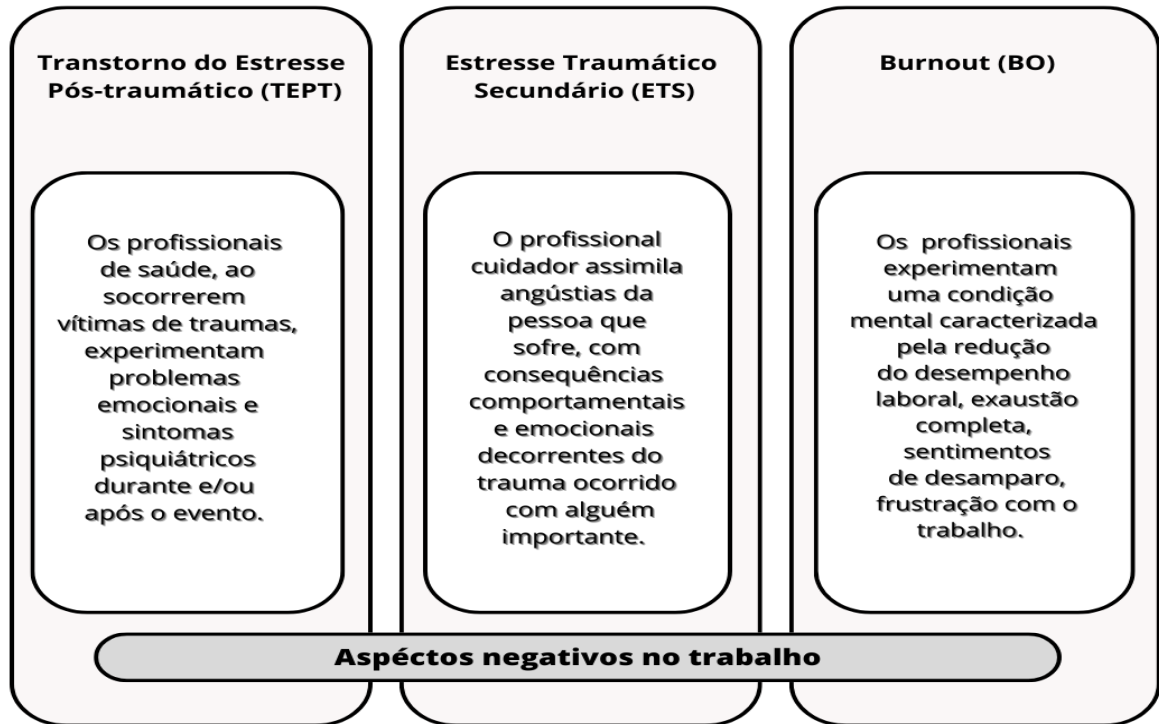
Lago (2008) ressalta, também, que há profissões, cujo ofício é amparar outras pessoas necessitadas de socorro, que trazem em sua essência a compaixão como matriz. Nesse raciocínio, Lago e Codo (2010) estabelecem uma distinção entre empatia e compaixão. A primeira reporta-se a um processo de compreender afetivamente o padecimento de alguém, enquanto a compaixão, intrinsecamente ligada a uma preocupação empática com comiseração, provoca o ímpeto de socorrer àquele que sofre e desperta reações pró-sociais e de ajuda (LAGO; CODO, 2010).

Embora a compaixão seja a base das profissões voltadas para amparar outras pessoas em sofrimento, segundo Placido (2016) o sujeito pode se colocar no lugar do outro, apreender sua dor, mas não ter a ação de ajudar. A isso se somaria o altruísmo, que é motivado por uma empatia sem reservas, mas que tem um componente essencial que é a experiência empática. A autora acrescenta, ainda, que a separação entre o próprio estado mental e o da outra pessoa é imprescindível para se identificar a fonte real dos próprios sentimentos. Somente nessa faceta é possível sobressair o interesse que leva ao comportamento altruísta de ajuda (FALCONE, 2012).

Segundo Salston e Figley (2003), a compaixão tem como base uma conexão passional com sentimentos e emoções que emergem desse estado e impulsionam o sujeito às ações sociais que visam aliviar a dor do outro, o que comprova, pois, que o agir é o resultado final. Quando o cuidador não se sente sensibilizado, ele pode compreender a situação, mas não dispõe de atitudes de socorrer, que só existirão se houver compaixão. Há, ainda, uma ética da compaixão que diz respeito a uma ação centralizada no outro baseada na moral que ocorre quando o sujeito investe, incondicionalmente, suas aptidões para o bem-estar ou o alívio do sofrimento de outra pessoa.

Conceitos como altruísmo, compaixão e empatia merecem uma compreensão plural e sob um olhar integrado entre esses conceitos. O entendimento sobre a empatia e compaixão é medular na discussão e análise do fenômeno da Fadiga por Compaixão (FC), acrescentando-se a discussão acerca da confusão conceitual que existe entre Transtorno Estresse Pós-traumático (TEPT), Estresse Traumático Secundário (ETS) e Síndrome de *Burnout* (BO), o que pode ser clarificado na Figura 2 abaixo.

FIGURA 1 - Características consonantes e dissonantes dos conceitos de TEPT, ETS e BO.



Fonte: Elaborada pela autora, 2021

2.6.2 Fenômenos relacionados à Fadiga por Compaixão: TEPT, ETS e BO.

O Transtorno do Estresse Pós-traumático que, inicialmente, era restrito a traumas de guerra, sendo inclusive chamado de “neurose de guerra”, passou a ser identificado como um conceito mais amplo, no qual se avalia o quão traumático foi determinado evento, bem como os sintomas apresentados pelo paciente. Por sua vez, o conceito de Estresse Traumático Secundário teria sido introduzido por Figley (1995) por compreender que haveria outro fenômeno diferente do TEPT, mas também classificado como um estresse, que ocorre pela exposição a situações estressantes vivenciadas por outra pessoa, o qual provocaria uma sintomatologia semelhante ao da vítima primária do trauma.

No que se refere à resposta ao incidente estressor, o indivíduo primariamente traumatizado e fragilizado pelo evento aterrorizante pode desenvolver TEPT, cujas consequências são significativamente diferentes no sujeito traumatizado secundariamente com risco de desenvolver ETS. Figley (1995) faz referência à semelhança do TEPT com o TETS. Posteriormente, o mesmo autor adotou o termo Fadiga por Compaixão (FC) como opção ao

TETS, alegando que a FC seria um termo menos “patologizante” e que poderia esclarecer que se trata de um transtorno diferente do TETS (LAGO; CODO, 2010). Daí a importância de se avaliar os fatores desencadeadores, uma vez que a sintomatologia é semelhante aos de outros transtornos, inclusive do Burnout.

Em meados dos anos de 1970, o psicólogo H. Freudenberger iniciou os primeiros ensaios sobre a Síndrome de Burnout, quando teria criado a expressão *staff burnout* ao observar que profissionais de saúde, especificamente, enfermeiros e assistentes sociais, que trabalhavam continuamente com pessoas em sofrimento podiam se sentir emocionalmente com sintomas físicos, psíquicos e comportamentais, que representavam risco para *Burnout* (FREUDENBERGER, 1975). Embora outros profissionais possam estar propensos à síndrome, atividades propriamente ligadas a setores de serviços e cuidados, como a saúde, a educação e a assistência social, estão mais suscetíveis a chegarem ao ápice.

O termo *Burnout* (BO), por sua vez, significa "queima" ou "combustão total". Habitualmente é usado em países de língua inglesa para designar um estado de exaustão completa e uma grande frustração com o trabalho, que se desenvolve de forma gradual e silenciosa (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; SANTOS, 2018; SOUZA, 2015).

Paralelamente, no mesmo período, MASLACH e colaboradores definem o BO como uma "síndrome psicológica em reação a estressores interpessoais crônicos no trabalho" (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001, p. 399). Essa definição de Burnout, fundamentada na concepção sociopsicológica de Maslach; Schaufeli; Leiter (2001), é a perspectiva mais utilizada nos atuais estudos. O reconhecimento está pautado no Inventário *Maslach Burnout Inventory* (MBI) elaborado por C. Maslach e S. Jackson em 1981. Esse instrumento demonstra propriedades psicométricas consistentes e viabiliza o estudo epidemiológico do BO, sendo a contribuição mais aceita e continua adotada em todo o mundo (CRUZ, 2014; LAGO, 2008).

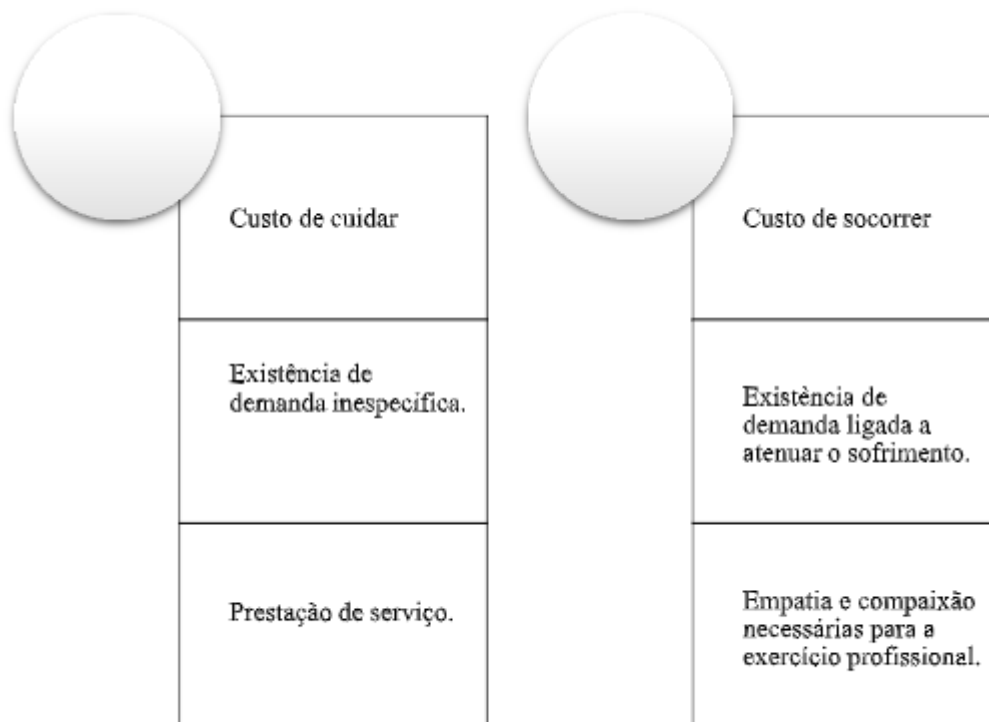
Maslach; Schaufeli; Leiter (2001) revelam que existe consenso em cinco questões relativas à sintomatologia do *Burnout*: (1) há uma predominância de sintomas disfóricos, como fadiga emocional ou mental, fadiga e a depressão; (2) a ênfase é maior nos sintomas mentais e comportamentais do que nos físicos; (3) os sintomas são relacionados com o ambiente de trabalho; (4) os sintomas se manifestam em pessoas “normais” sem histórico de psicopatologias; (5) o decréscimo de efetividade e performance ocupacional ocorre por causa de atitudes e comportamentos negativos. Altos níveis de tensão laboral, relacionados aos traços individuais, favorecem o aparecimento de sintomas multidimensionais do BO.

A definição de Burnout proposta pela OMS é “uma síndrome conceituada como resultante do estresse crônico no local de trabalho, que não foi gerenciado com sucesso”, sendo

identificada por três dimensões: 1) sentimentos de exaustão ou esgotamento de energia; 2) aumento do distanciamento mental do próprio trabalho ou sentimentos de negativismo ou cinismo relacionados ao próprio trabalho; e 3) redução da eficácia profissional.

Para melhor esclarecer as diferenças entre Burnout e Fadiga por Compaixão, propomos resumir os dois conceitos, com foco na relação entre cuidado e ajuda, conforme a Figura 2 abaixo:

FIGURA 2 – Relação entre Burnout e Fadiga por Compaixão



Fonte: Elaborada pela autora, 2021

Lago e Codo (2010) estabelecem semelhanças e diferenças entre FC e BO. Os autores afirmam que o BO estaria relacionado a uma síndrome que afeta pessoas que trabalham com algum tipo de assistência, se referindo, então, à dinâmica de trabalho dos “cuidadores” de um modo geral. Já a FC se refere a um transtorno que adoce trabalhadores que lidam com uma clientela que urge por socorro. Logo, se o BO se refere a profissões envolvidas com o cuidado, a FC trata de um cuidado específico, ou seja, o socorro.

2.6.3 Qualidade de Vida Profissional: Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão

A Fadiga por Compaixão foi conceituada originalmente por C. Joinson (1992), que se dedicou a observar e registrar a redução da capacidade dos profissionais de saúde (enfermeiros e assistentes sociais que trabalhavam nos departamentos de emergência) em relação a compaixão, como consequência de “trazer” para si a aflição alheia oriunda do vínculo empático associado à Síndrome de Burnout. Na mesma década, em 1995, C. R. Figley, psicólogo americano, cunhou o termo ‘Fadiga por Compaixão’ na tentativa de diferenciar esse tipo de fadiga do BO, o que demarcou a conceituação em torno do fenômeno. Daí por diante, a FC tem sido estudada sob diferentes enfoques.

A maioria dos estudos sobre FC afirma sua prevalência em profissionais de saúde, principalmente enfermeiros, que têm maior risco de adoecimento (BORGES *et al.*, 2019; CRUZ, 2014; DORNELLES; MACEDO; SOUZA, 2020; FIGLEY, 2002; LABIB, 2015; LAGO; CODO, 2010; RODRIGUES *et al.*, 2021; SACCO *et al.*, 2015; SOUZA, 2015). Similarmente, a FC afeta outras profissões nas quais o contato com traumatizados seja imprescindível, tais como médicos, bombeiros, veterinários e advogados, (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; BECK; LoGIUDICE; GABLE, 2015; HOLCOMBE *et al.*, 2016; LOPES; BARBOSA, 2020 ; ZANI; ROSA, 2020) ou mesmo aqueles que oferecem suporte a pessoas com relatos de vida potencialmente difíceis, como psicólogos, assistentes sociais, religiosos e policiais (ARAÚJO; VASQUES-MENEZES, 2018; BARBOSA; MOREIRA; SOUZA, 2014; DUARTE, 2017; FIGLEY, 2002; GRANT; LAVERY; DECARLO, 2019).

O conceito da FC mostra-se dissonante, pois ainda não existe consenso entre os pesquisadores para nomear essa manifestação de sofrimento a qual os profissionais de saúde estão expostos ao lidarem, direta e cotidianamente, com a dor alheia. Em revisão de publicações sobre o tema são encontradas diversas nomeações, termos e definições para a FC, como “Traumatização Vicariante”, “Traumatização Vicária”, “Traumatização Secundária”, “Transtorno de Estresse Traumático Secundário”, “Estresse Traumático Secundário”, “Fadiga da Compaixão”, “Fadiga por Compaixão”, “*Compassion Fatigue*”, “*Burnout*”, “Contratransferência”, sem que, até então, existam elementos que indiquem que tais constructos tenham significados diferentes (LAGO; CODO, 2013; SOUZA, 2015; SOUZA *et al.*, 2019).

Nos Estados Unidos da América existe um número mais expressivo de pesquisas sobre FC, quando comparada a publicações internacionais e brasileiras. Ressalta-se que as primeiras investigações tiveram início naquele país. No Brasil, são encontrados alguns estudos (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; DORNELLES; MACEDO; SOUZA, 2020; JILOU

et al., 2021; LAGO, 2008; 2013; LAGO; CODO, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2021; RODRIGUES *et al.*, 2021; SANTANA; RODRIGUES; PEREIRA, 2017; SANTOS, 2018; SANTOS, 2021; SOUZA, 2015; SOUZA *et al.*, 2019; TORRES *et al.* 2018).

Jilou *et al.* (2021), Rodrigues *et al.* (2021) e Torres *et al.* (2018), são revisões de literatura e dentre eles o que apresenta maior destaque é a Dissertação de Mestrado de Lago, publicada em 2008, que se dedica à discussão conceitual sobre os diversos conceitos que permeiam a FC (LAGO, 2008).

A FC é definida como um estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social que contagia o profissional que passa a sofrer de esvanecimento crônico do cuidado devido a não acreditar que esteja sendo recompensado no seu exercício profissional, tendo como base o sofrimento empático (FIGLEY, 2002). Um cenário de tragédia e dor naturalmente tem impactos negativos sobre quem auxilia no socorro ou assiste a cena; no entanto, o problema se origina quando esse impacto se estende por um tempo alongado e o cuidador apresenta dificuldades em lidar, razoavelmente, com os danos emocionais em consequência do desvelo àquele que sofre. Apesar dessa perspectiva negativa, as profissões de ajuda, pelo seu caráter altruísta, também experimentam satisfação e prazer com o trabalho (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; LAGO, 2008).

As dimensões da Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário se combinam na ocorrência da FC. Enquanto o BO é uma síndrome psicológica em resposta a estressores repetitivos que desencadeia dificuldades no trabalho, o ETS é um estado de esgotamento e distúrbio biopsicossocial resultante da contínua compaixão e zelo ao paciente vítima de traumas, que causa no profissional desalento e incapacidade de sentir prazer ou estima pelo paciente. No caso da FC, o sofrimento ultrapassa o limiar afetivo do cuidador e o profissional compartilha emoções sem haver um discernimento eu-outro, o que configura o fenômeno do *contágio emocional* (LAGO; CODO, 2010). Pessoas com FC têm uma dedicação sem medida, que se configura em uma armadilha de desgaste. O profissional precisa estar atento a sua predisposição em se superidentificar com o sofrimento de quem ele cuida, pois nesta teia ele pode estar ameaçado de perder-se e incorrer em angústia pessoal. A angústia representa aspectos negativos do estresse e pode ter consequências fisiológicas e psicológicas negativas, cujo grave sofrimento por angústia pode levar ao esgotamento (AMIN *et al.*, 2015). Dessa forma, ainda que o profissional sinta alegria com o trabalho, ele, assim, estaria vulnerável à FC (CRUZ, 2014; LAGO; CODO, 2010).

Considerando os polos positivo e negativo das profissões de ajuda, Stamm (2005) em parceria com Figley reformulou a escala *Compassion Fatigue Self Test* (CFST), acrescentando

a dimensão Satisfação por Compaixão, o que deu origem a escala *Compassion Satisfaction and Fatigue Test* (CSFT) (BARBOSA; MOREIRA; SOUZA, 2014). A SC é identificada por sentimentos satisfatórios sobre a capacidade de socorrer, sendo, assim, uma forma de gratidão encontrada pelo sujeito na atividade exercida. Nessa perspectiva positiva de condução do trabalho, o alto rendimento e manejos para melhor enfrentar os estressores próprios da sua profissão são potencializados. Em contrapartida, a FC está relacionada ao rigor desproporcional do seu desempenho em um evento muito estressante, tendo em vista elevadas expectativas estabelecidas para com ele. Esse fenômeno provoca um declínio difuso na vontade e na capacidade em lidar com o padecimento alheio, como desfecho pode afetar o que é a essência do trabalho com populações traumatizadas, a habilidade do profissional em ser sensível e ser empático e compassivo com aquele que sofre.

Por sua vez, alcançar um equilíbrio entre FC e SC é o que se define como Qualidade de Vida Profissional (QVP). O modelo de QVP se baseia nos resultados combinados de BO e níveis de ETS em FC somado à ocorrência de SC (SACCO *et al.*, 2015). Algumas pessoas que sofrem de FC podem adotar estratégias de enfrentamento similares das que sofrem de BO, ainda que as razões da escolha das estratégias não sejam iguais, bem como o motivo disso esteja associado ao fato de as estratégias serem semelhantes para lidar com situações estressantes proporcionais. Para se avaliar a QVP tem-se o ProQOL, que conferiu à americana e psicóloga Stamm o reconhecimento como uma das principais referências internacionais no entendimento das manifestações e implicações emocionais do sofrimento e das dores dos pacientes assistidos pelos profissionais de saúde (SOUZA, 2015).

O ProQOL é uma Escala de Qualidade de Vida Profissional mais usada para medir aspectos positivos e negativos que afetam profissionais que trabalham em situações extremas (STAMM, 2010). No Brasil, essa escala já foi adotada em estudos com equipes de enfermagem (SANTOS, 2018; SANTOS, 2021), equipes de enfermeiros e médicos (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014); profissionais condutores e equipes de enfermagem e medicina de Serviços de Atendimento Médico de Urgência (SAMU) (LAGO, 2008), equipes multiprofissionais com enfermeiros, médicos assistentes sociais, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos e fonoaudiólogos (DORNELLES; MACEDO; SOUZA, 2020; LAGO, 2013; RIBEIRO *et al.*, 2021; SOUZA, 2015), além de profissionais da Defesa Civil (ARAÚJO; VASQUES-MENEZES, 2018).

Por sua vez, a FC emerge de forma imprevisível com pouca sintomatologia e súbita evolução. Trata-se, então, de um fenômeno que resulta de um processo cumulativo de dor empática (ARAÚJO; VASQUES-MENEZES, 2018; FIGLEY, 1995; LAGO, 2008). Acrescido

a isso, engloba dois outros conceitos distintos, porém paralelos, que é o *Burnout* e o Estresse Traumático Secundário (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; CALLENDER, 2019). Por outro lado, a SC possibilita ao profissional de saúde manter um equilíbrio entre as vivências favoráveis e desfavoráveis do exercício laboral (STAMM, 2010). Daí decorre o grande valor de unidades de saúde contarem com ambientes onde as vivências da rotina de trabalho possam ser compartilhadas entre os profissionais. Além disso, não só aqueles que cuidam e socorrem estão sujeitos a FC, mas também todos os sujeitos envolvidos no suporte social a esses trabalhadores. Assim, basta que os familiares e amigos da pessoa em sofrimento sintam compaixão, inclusive pelo profissional que presta assistência, que os mesmos possam ser afetados também.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo correlacional, transversal com caráter quantitativo.

3.2 Linha de Pesquisa

O Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – ME/UFRJ segue a linha de pesquisa em Saúde Integral Perinatal, sendo a linha de pesquisa da orientadora é sobre Vigilância do desenvolvimento infantil e segmento da saúde mental materna/paterna e parentalidade para produção e planejamento de práticas clínicas de avaliação e intervenção aplicáveis aos campos da Psicologia, Educação e Saúde.

3.3 Local do Estudo

O estudo foi realizado nas Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTINs) de duas maternidades públicas do Estado do Rio de Janeiro, no caso a Maternidade-Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro (ME-UFRJ), gestão federal, conhecida popularmente como Maternidade de Laranjeiras – Casa Rosa, e a Maternidade e Clínica da Mulher (HMãe), unidade estadual, sob gerência de Organização Social (OS), desde a inauguração foi administrada por várias OS e os profissionais submetidos a vários tipos de contratos de trabalho como Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), Pessoa Jurídica (PJ) e Recibo de Pagamento Autônomo (RPA), conhecido como Hospital da Mãe, do Complexo Regional do Município de Mesquita, Baixada Fluminense do Estado do Rio de Janeiro.

A ME-UFRJ faz parte da área AP 2.1 e atende aos bairros da Zona Sul do RJ, área nobre da cidade, é uma unidade especializada que dispõe de assistência ambulatorial e hospitalar, multiprofissional, oferecendo linhas de cuidado específicas na atenção à saúde de gestantes e recém-nascidos de alto risco. Possui ambulatórios especializados na assistência pré-natal, programa de rastreio de risco para gestantes no primeiro trimestre, planejamento familiar para mulheres de risco, genética pré-natal e medicina fetal, a instituição recebeu o título da IHAC

em 2020 (MATERNIDADE ESCOLA). Atualmente o Complexo Neonatal da ME-UFRJ é composta de 26 leitos, distribuídos em 16 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal, seis leitos da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo) e quatro da Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru (UCINCa).

Já o HMãe, inaugurado em junho/2012, está situado em área de difícil acesso, território considerado violento da Região Metropolitana I (AP 6.1). É localizado na periferia do município de Mesquita, nos limites entre quatro municípios. Também se destina à assistência perinatal e auxílio neonatal, além de ser considerada a principal referência em pré-natais e partos de médio e de baixo risco na região da Baixada Fluminense. A instituição solicitou em 2014 a pré-avaliação para o título da IHAC. Já o Bloco Neonatal do HMãe é composto atualmente por 26 leitos, distribuídos em 11 leitos da Unidade de Tratamento Intensivo (UTIN) e 15 leitos da Unidade Intermediária (UI).

Ambas as maternidades dispõem de atendimento de qualidade exclusivo ao Sistema Único de Saúde (SUS) e são unidades de referência para bebês de alto risco com tecnologias e profissionais especializados para atenção em UTIN. As unidades não possuem UTI Pediátrica e as UTINs recebem somente bebês pré-termo ou nascidos a termo com problemas que comprometem sua sobrevivência sem cuidado intensivo. Cotidianamente essas crianças que evoluem para quadros mais críticos ou crônicos são reguladas e encaminhadas para outras unidades de tratamento intensivo pediátrico na cidade do Rio de Janeiro (RJ). Destaca-se que o município do Rio apresenta maior complexidade do sistema de saúde, onde se localiza a quase totalidade dos serviços de referência especializada em Neonatologia/Pediatria de maior especificidade (genética, cardiologia, ortopedia).

3.4 Participantes

Participaram da pesquisa 93 profissionais de saúde de nível superior, sendo 55 médicos e 38 enfermeiros, com qualquer especialização e de ambos os sexos. Todos prestavam assistência direta aos pacientes e suas famílias nas Unidades de Terapia Intensiva Neonatal dos locais da pesquisa, durante o período de agosto de 2019 a janeiro de 2021. Do total dos 55 médicos, 37 eram da ME ME-UFRJ e 18 do HMãe; já dentre os 38 enfermeiros, 19 eram da ME-UFRJ e 19 do HMãe. Foram incluídos no estudo somente aqueles que assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) consentindo participar da pesquisa e que atendiam aos critérios de inclusão abaixo.

3.5 Critérios de inclusão/exclusão

Somente os profissionais que prestavam cuidado assistencial direto ao paciente e se dispuseram a participar foram incluídos; tendo sido excluídos, além dos que não se dispuseram a participar da pesquisa, os que se enquadravam nas seguintes situações:

- a) Profissionais que atuavam a menos de seis meses em UTIN;
- b) Profissionais que declararam uso de psicofármacos.

3.6 Instrumentos

3.6.1 Para coleta de dados sociodemográficos

a) Protocolo de Perfil dos Profissionais, elaborado pela pesquisadora especificamente para coletar dados sociodemográficos e laborais dos participantes (APÊNDICE B).

3.6.2 Para coleta de indicadores da Qualidade de Vida Profissional

a) *Professional Quality of Life Scale-BR* (ProQOL-BR) (ANEXO B), versão com validação (semântica e psicométrica) para o Brasil da 4ª versão *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL-IV) (STAMM, 2005), realizada por Lago, sob a orientação de Codo (LAGO; CODO, 2013). Os resultados certificaram que a validação foi um sucesso devido respeitar o sentido das sentenças e por manter as propriedades psicométricas do inventário original (LAGO; CODO, 2013). A Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL) é a versão do *Compassion Fatigue Self Test* (CFST) (Figley, 1995). O instrumento ProQOL-IV/BR é composto por 30 itens, organizados em três sub-escalas com 10 itens cada: 1) Satisfação por Compaixão (SC), refere-se aos itens (3,6,12,16,18,20,22,24,27,30); 2) Estresse Traumático Secundário (ETS), refere-se aos itens (2,5,7,9,11,13,14,23,25,28); e 3) *Burnout* (BO), refere-se aos itens (1r,4r,8,10,15r,17r,19,21,26,29r). A soma dos dois últimos (BO e ETS) representa o escore que indica (ou não) a ‘Fadiga por Compaixão’.

O ProQOL-BR mede a QVP nas dimensões SC (cuja alta pontuação é representada por escores acima de 37), BO (cuja alta pontuação é representada por escores acima de 22) e ETS

(cuja alta pontuação é representada por escores acima de 17). Os participantes identificam os efeitos negativo e positivo do cuidar com respostas escolhidas a partir das experiências dos últimos 30 dias. As respostas aos itens em cada dimensão foram pontuadas por uma escala de resposta do tipo *Likert com* seis pontos variando de 0 a 5, em que 0 = “nunca”, 1 = “raramente”, 2 = “poucas vezes”, 3 = “algumas vezes”, 4 = “muitas vezes” e 5 = “quase sempre”, sendo que no fator Burnout os itens 1, 4, 15, 17 e 29 da escala são invertidos (1=5), (2=4), (3=3) (4=2) (5=1), passível de mensuração e análise quantitativa (STAMM, 2010).

O estudo de consistência interna da versão ProQOL-BR (LAGO; CODO, 2013), para as subescalas Satisfação por Compaixão, Fadiga por Compaixão e Burnout apresentou respectivamente valores de alfa de Cronbach (α) de .81, .83 e .76.

Embora Lago e Codo (2013) tenham realizado a validação do ProQOL-IV para o Brasil dando origem ao ProQOL-BR, eles não publicaram os parâmetros de interpretação dos dados por acreditarem que seu estudo de validação não compôs uma amostra suficiente (n=203) para o estabelecimento de critérios de normatização.

Presume-se, então, que os resultados do ProQOL-BR podem ser computados baseando-se nos parâmetros previstos pelas versões originais, como o ProQOL-IV (STAM, 2005). Para este estudo foi adotado o “*The Concise ProQOL Manual*” de Stamm (2010), que se baseia na 5ª versão do ProQOL, a qual, segundo Stamm (2010), incluiu poucas mudanças gramaticais e é quase idêntica à 4ª versão onde se encontra o “*The Concise ProQOL Manual*”.

Destaca-se que ProQOL não é um teste diagnóstico e que não consta oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID-10, 2008) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V, 2014). Apesar disso, Stamm (2010), considera que o instrumento, do ponto de vista clínico, pode ser usado para apontar aspectos a serem investigados com o uso adequado de procedimentos diagnósticos e que forneceria indicadores para uma intervenção na saúde psíquica do profissional (STAMM, 2010).

3.7 Variáveis do estudo

3.7.1 Variável dependente

a) Fadiga por Compaixão, identificada conforme proposto no manual do ProQOL (STAMM, 2010).

b) Dimensões da Qualidade de Vida Profissional, no caso a Satisfação por Compaixão, o Estresse Traumático Secundário e o Burnout, identificadas pelo ProQOL (STAMM, 2010).

3.7.2. Variáveis independentes

a) Variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, nacionalidade, naturalidade, escolaridade, psicossociais (filhos, religião, renda pessoal e familiar, tempo de repouso) e ocupacionais (categoria profissional, tempo de profissão; dupla jornada de trabalho; carga horária semanal, tempo de serviço e carga horária diária, turno diário).

3.8 Procedimentos para Coleta de dados

A coleta ocorreu no próprio ambiente de trabalho, visando assegurar a privacidade e tranquilidade dos profissionais para responderem aos instrumentos de coleta no local indicado pela Direção do hospital, quando da apresentação do projeto para solicitar a autorização para realizar a pesquisa. Os profissionais médicos e enfermeiros da UTIN da ME – UFRJ e HMãe de Mesquita responderam aos instrumentos autoaplicáveis individualmente por um tempo médio de 15 minutos, na seguinte ordem: 1º) Protocolo de caracterização da amostra para coleta dos dados sociodemográficos; e 2º) a Escala *Professional Quality of life Scale* (ProQOL), para identificar a Fadiga por Compaixão. A pesquisadora permaneceu no local durante toda a coleta para dirimir quaisquer dúvidas dos participantes.

3.9 Processamento e Análise dos resultados

A proposta deste estudo foi analisar a prevalência da FC no ambiente organizacional comparando médicos e enfermeiros que atuavam em UTINs de hospitais maternidade. Para tal, foram processadas as respostas dos profissionais em cada subescala do ProQOL-BR classificando-as em escores baixo, moderado ou alto para cada dimensão da Qualidade de Vida Profissional, no caso a Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout.

Segundo a interpretação proposta por Stamm (2010), um profissional pode ser

identificado com FC se apresentar escores altos na subescala de ETS, altos escores na subescala de BO e baixos escores na subescala de SC. Cada combinação recebe uma interpretação diferenciada que indica, ao final, um resultado quanto a Qualidade de Vida Profissional (QVP). Baseado nisso, para esse estudo foi adotada a seguinte combinação das subescalas que representaria desequilíbrio na QVP, ou seja, **níveis de FC: 1) escores baixos ou moderados da SC; e 2) escores altos de BO e ETS**, conforme proposto no manual (STAMM, 2010). Consideramos apropriado para esse estudo propor também as seguintes combinações para classificar **nível leve de FC: 1) escores baixos ou moderados da SC; e 2) escores baixos ou moderados de BO e ETS**.

Todos os dados quantitativos foram organizados em planilhas do *software Microsoft Office Excel 2010* para posterior análises estatísticas, descritiva e inferencial, usando o pacote estatístico *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS Statistics)*, a fim de se responder aos objetivos do estudo. Médias, desvio padrão e amplitude de variação (escores mínimos e máximos) foram calculados para a análise descritiva. Adotando-se como significância estatística o valor de $p \leq 0,05$, Correlações de Spearman foram testadas entre as variáveis sociodemográficas e a Fadiga por Compaixão. Além disso, o teste U de Mann-Whitney (Rank-sum) foi usado para testar diferenças entre os escores obtidos pelo ProQOL para as dimensões de QVP (SC, ETS e BO) e as variáveis sociodemográficas (sexo, filhos, escolaridade) e laborais (profissão, instituição, trabalha em UTIN). Por fim, o teste Kruskal-Wallis foi usado para comparar as dimensões do ProQOL (SC, ETS e BO) e as variáveis sociodemográficas (religião e estado civil) e laborais (turno de trabalho).

Todos os dados quantitativos foram analisados de forma integrada buscando-se responder ao objetivo principal do estudo e subsidiar o projeto aplicativo (5º objetivo específico), ou seja, propor um Ebook sobre Fadiga por Compaixão com orientações para profissionais de saúde reconhecerem e gerenciarem os riscos à Saúde Mental dos profissionais da UTIN da ME/UFRJ, assim como em outras instituições de atenção integral à Saúde Materno-infantil, com cuidado especial à saúde mental dos profissionais de UTIN.

3.10 Aspectos éticos

O estudo foi elaborado de acordo com os aspectos éticos em consonância com as recomendações do Conselho Nacional de Saúde (CNS/MS, 466/2012; 510/2016) e submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ME/UFRJ, tendo sido aprovado (CAAE

98602718.3.0000.5275) em 26/09/2018 (ANEXO A). Além disso, obteve-se um Termo de Autorização da Instituição (APÊNDICE C). Anterior ao início da coleta de dados, cada participante do projeto fez a leitura e assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, APÊNDICE A), onde os participantes tomavam ciência por escrito da pesquisa, com suas justificativas, objetivos e procedimentos de coleta de forma clara e específica. Os participantes tiveram o direito de recusar e/ou retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa; e, ainda, foi garantido aos participantes o sigilo e a privacidade dos dados durante todas as fases do estudo. Os riscos referentes à participação na pesquisa foram mínimos, além de ter sido realizada em local apropriado no próprio setor da UTIN em que eles trabalhavam de forma que se sentissem confortáveis para responderem à pesquisa.

4 RESULTADOS

Os resultados serão a seguir apresentados em termos descritivos para a prevalência de FC nos participantes e os dados do perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais médicos e enfermeiros, e em termos inferenciais para os resultados das diferenças de médias das três dimensões da QVP (Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout) para as variáveis sociodemográficas e laborais, bem como das correlações entre os dados sociodemográficos e ocupacionais dos profissionais e as dimensões da QVP. Por fim, serão apresentados os resultados da análise do ProQOL-BR, comparando-se médicos e enfermeiros das UTINs das duas maternidades.

4.1 Dados de prevalência da FC e do perfil sociodemográfico e laboral dos participantes

De modo geral, a prevalência de FC foi de 0% em médicos e enfermeiros da ME-UFRJ; enquanto no HMãe foi observado 11,1% de médicos e 15,8% de enfermeiros com sinais de FC. Por sua vez, os dados do perfil sociodemográfico e laboral dos profissionais, comparando-se médicos e enfermeiros das duas maternidades estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico e laboral dos médicos e enfermeiros da Maternidade Escola da UFRJ (n=56) e do Hospital da Mãe (n=37). Rio de Janeiro. 2021. “continua”

Variáveis	Maternidade Escola		Hospital da Mãe		Total N=93 n (%)
	n (%) n=56 (60,21%)		n (%) n=37 (39,78%)		
Sociodemográficas	Médicos n=37 (66)	Enfermeiros n=19 (33,92)	Médicos n=18 (48,64)	Enfermeiros n=19 (51,35)	
Idade (média)	35,7 (6,6)	37,1 (10,4)	42,83 (6,8)	38,42 (8,1)	38 (31,42)
	Frequência (%)		Frequência (%)		
Sexo					
Feminino	33 (89,2)	19 (100)	16 (89)	18 (94,73)	86 (92,47)
Masculino	4 (10,8)	0 (0,0)	2 (11,11)	1 (5,26)	7 (7,5)
Estado civil					
Casado/União estável	22 (59,5)	7 (37)	10 (55,5)	14 (73,68)	54 (58,1)

Divorciado	3 (8,1)	1 (5,26)	4 (22,22)	1 (5,26)	9 (9,67)
Solteiro	12 (32,4)	11 (58)	3 (16,66)	4 (21,05)	30 (32,26)
Filhos					
SIM	13 (35,1)	11 (58)	8 (44,4)	5 (26,31)	45 (48,4)
NÃO	24 (64,9)	8 (42,1)	10 (55,6)	14 (73,68)	48 (51,6)
Religião					
Católica	19 (51,3)	11 (57,89)	8 (44,44)	9 (47,36)	47 (50,54)
Protestante	4 (10,8)	5 (26,3)	1 (5,55)	7 (36,84)	17 (18,27)
Espírita	6 (16,3)	1 (5,26)	3 (16,6)	1 (5,26)	11 (11,83)
Matriz africana	0,00	2 (10,52)	2 (11,11)	0,00	4 (4,3)
Sem religião	8 (21,6)	0 (0,0)	3 (16,66)	3 (15,78)	14 (15)
Laborais					
Outros vínculos					
SIM	36 (97,29)	14 (73,68)	16 (88,88)	14 (73,68)	80 (86)
NÃO	1 (2,7)	5 (26,3)	2 (11,11)	5 (26,3)	13 (14)
Tempo de profissão					
5 até 10 anos	15 (40,5)	2 (10,52)	3 (16,66)	3 (15,78)	23 (24,73)
10 até 15 anos	8 (21,62)	8 (42,10)	5 (27,77)	4 (21)	25 (26,88)
15 até 20 anos	13 (35,13)	8 (42,10)	6 (33,33)	8 (42,10)	35 (37,63)
Acima 20 anos	1 (2,70)	1 (5,26)	4 (22,22)	4 (21)	10 (10,75)
Trabalha apenas UTIN					
SIM	16 (43,24)	13 (63,2)	6 (33,33)	11 (58)	46 (49,46)
NÃO	21 (56,75)	6 (36,8)	12 (66,7)	8 (42)	47 (50,53)
CH. Sem. UTIN					
24/h	1(2,7)	9 (47,36)	4 (16,66)	1 (5,26)	16 (17,20)
30/h	0 (0,0)	2 (10,52)	0 (0,0)	12 (63,15)	14 (15,05)
40/h	8 (21,62)	2 (10,52)	0 (0,0)	0 (0,0)	10 (10,75)
48/h	10 (27)	4 (21)	10 (55,55)	2 (10,52)	26 (27,96)
60/h	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6 (31,57)	6 (6,45)
72/h	17 (43,24)	1 (5,26)	3 (16,66)	0 (0,0)	21 (22,58)
Tempo na instituição					
6 meses até 5 anos	19 (51,35)	8 (42,10)	12 (66,66)	10 (52,63)	49 (52,68)
Acima de 5 anos	18 (48,64)	11 (57,89)	6 (33,33)	9 (47,36)	44 (47,31)
Turno de trabalho					
Diurno	12 (32,43)	6 (32,57)	4 (22,22)	11 (58)	33 (35,48)
Noturno	4 (10,8)	0 (0,0)	1 (5,55)	6 (31,57)	11 (12)
Diurno/noturno	21 (56,7)	13 (68,42)	13 (72,22)	2 (10,52)	49 (52,7)
Escolaridade					
Superior	17 (45,94)	3 (15,78)	3 (16,66)	3 (15,78)	26 (27,96)

Pós-graduação	20 (54,05)	16 (84,21)	15 (83,33)	16 (84,21)	67 (72,04)
Renda mensal					
R\$ 5.000	1 (2,7)	7 (36,84)	0 (0,0)	13 (68,42)	21 (22,58)
R\$ 10.000	1 (2,7)	1 (5,26)	2 (11,11)	1 (5,26)	4 (4,3)
R\$ 15.000	26 (70,27)	11 (57,89)	10 (55,55)	5 (26,31)	53 (56,99)
Acima de R\$ 20.000	9 (24,32)	0 (0,0)	6 (33,33)	0 (0,0)	15 (16,12)

Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Legenda: UTIN = Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal; CH = Carga Horária; Sem = Semanal.

Nota: (%) = Porcentagem de frequência.

Do total dos 93 participantes, 60,2% trabalhavam na Maternidade Escola da UFRJ e 39,7% no Hospital da Mãe. A média de idade dos participantes foi de 38 anos (31,4%), sendo os médicos da ME-UFRJ mais jovens (35,7 anos), seguido dos enfermeiros da ME-UFRJ (37 anos). A amostra era predominantemente feminina nas duas categorias profissionais (92,4%). A maior parte era casada ou em união estável (58%). A maior parte da amostra (51,6%) declarou não ter filhos. Em relação à religião, 50,5% dos participantes afirmaram ser católicos.

A grande maioria (86%) dos participantes informaram ter outros vínculos empregatícios, com 75,2% deles com experiência profissional acima de 10 anos. Ressalta-se que os médicos da ME-UFRJ (40,5%) eram os que tinham menos tempo de profissão. Observou-se, ainda, que 52,7% dos profissionais trabalhavam em dois turnos, sendo a maior parte (56,9%) com rendimentos mensais na faixa de 15 a 20 mil reais. Destaca-se que parte dos enfermeiros (21,5%) declararam rendimentos mensais de até R\$5.000,00.

4.2 Diferenças entre os escores das dimensões da QVP (BO, ETS e SC) para as variáveis sociodemográficas e laborais dos participantes

Na Tabela 2 podem ser observadas as diferenças entre as medianas dos escores das dimensões da QVP (BO, ETS e SC) para as diferentes variáveis de estudo relativas ao perfil sociodemográfico (sexo, escolaridade, estado civil, filhos, religião) e laboral (trabalho apenas em UTIN, turno de trabalho) dos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) das duas maternidades (ME-UFRJ e HMãe).

Tabela 2 – Diferenças entre as dimensões da Qualidade de Vida Profissional (QVP) pelo ProQOL-BR e dados sociodemográficos e laborais para os profissionais de saúde (N=93). Rio

de Janeiro, 2021.

Tabela 2 – Diferenças entre as dimensões da Qualidade de Vida Profissional (QVP) pelo ProQOL-BR e dados sociodemográficos e laborais para os profissionais de saúde (N=93). Rio de Janeiro, 2021. “continua”

VARIÁVEIS	BO		ETS		SC		
	N=93	Mediana	p-valor	Mediana	p-valor	Mediana	p-valor
SEXO							
FEMININO	n=86	23 (19,28)	0,164 ^a	18 (13,23)	0,166 ^a	42 (38,46)	0,759 ^a
MASCULINO	n=7	21 (17,5,23)		15 (11,18)		40 (37,5,45,5)	
UNIDADE							
MATERNIDADE ESCOLA	n=56	21 (18,26)	0,041^a	16 (11,19,2)	0,004^a	41,5 (37,8,45,2)	0,324 ^a
HOSPITAL DA MÃE	n=37	24 (21,30)		21 (15,28)		43 (38,46)	
PROFISSÃO							
MÉDICOS	n=55	21 (18,5,25)	0,052^a	16 (10,5,21)	0,024^a	42 (37,46)	0,554 ^a
ENFERMEIROS	n=38	25 (20,2,29)		19,5 (15,2,25,2)		42 (39,45,5)	
TRABALHO UTIN							
NÃO	n=47	22 (19,26,5)	0,82 ^a	18 (13,23,5)	0,593 ^a	43 (37,5,45,5)	0,628 ^a
SIM	n=46	23 (19,2,28,8)		18 (11,22)		41 (39,46)	
TURNO							
DIURNO	n=33	23 (20,30)	0,452 ^b	17 (12,22)	0,972 ^b	43(38,45)	0,99 ^b
NOTURNO	n= 42	26 (16,5,29)		18 (11,25,5)		42 (38,46)	
DIURNO/ NOTURNO	n=49	23 (19,26)		18 (13,22)		41 (39,45)	
ESCOLARIDADE							
SUPERIOR	n=26	21,5 (18,2,30,8)	1 ^a	17 (10,24,8)	0,408 ^a	43 (38,46)	0,35 ^a
PÓS-GRADUAÇÃO	n=67	23 (19,5,27)		18 (13,22)		42 (39,44)	
FILHOS							
NÃO	n=48	22,5 (19,27,2)	0,917 ^a	17 (12,5,22)	0,415 ^a	42 (35,46)	0,63 ^a
SIM	n=45	23 (10,28)		18 (13,23)		42 (39,45)	
ESTADO CIVIL							
CASADO	n=54	21,5 (18,2,29)	0,293 ^b	18 (11,25,5)	0,553 ^b	41,5 (37,2,44,8)	0,159 ^b

DIVORCIADO/ SEPARADO	n=9	25.5 (24,29.2)		18 (13,22.5)		41(35,43)	
SOLTEIRO	n=30	23 (19,26)		18 (15.2,21)		42 (38.2,46)	
RELIGIÃO							
MATRIZ AFRICANA	n=4	27 (24.8,32)	0,039^b	24.5 (20.8,31.8)	0,267 ^b	42 (40,43.2)	0,602 ^b
CATÓLICA	n=47	23 (19.5,30)		18 (11.5,22.5)		42 (37.5,45)	
ESPÍRITA	n=11	21 (17.5,24)		18 (12.5,19)		45 (38,48.5)	
PROTESTANTE	n=17	24 (20,28)		18 (13,20)		41 (35,45)	
SEM RELIGIÃO	n=14	20 (15.5,22.8)		16 (11,23.2)		41.5 (40,46)	

Legenda: ETS=Estresse Traumático Secundário; SC=Satisfação por Compaixão; UTIN=Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal. Nota: Testes ^a Mann-Whitney; ^b Kruskal Wallis; $p \leq 0,05$.

Fonte: dados coletados pela autora da pesquisa, 2021.

Observa-se que foram encontradas diferenças estatisticamente significativas pelo Teste a Mann-Whitney para a dimensão BO para o tipo de hospital ($p=0,041$), entre médicos e enfermeiros ($p=0,52$) e religião ($p=0,039$). O mesmo pode ser observado para ETS para o tipo de hospital ($p=0,004$), entre médicos e enfermeiros ($p=0,024$). Não houve diferenças estatisticamente significativas para nenhuma variável na dimensão SC.

4.3 Dados de correlação entre o perfil sociodemográfico e laboral e as dimensões de QVP (SC, BO e ETS)

Tabela 3 – Correlações entre os dados sociodemográficos e laborais e *Burnout* (BO), Estresse Traumático Secundário (ETS) e Satisfação por Compaixão (SC) (N=93). Rio de Janeiro, 2021. “continua”

Variáveis		BO	ETS	SC
	1	-0.07	-0.13	-0.16
BO	-0.07	1	0.63	-0.28
ETS	-0.13	0.63	1	-0.11
SC	-0.16	-0.28	-0.11	1
Idade	-0.27	-0.03	0.01	0.05
Tempo profissão	-0.1	0.1	0.1	-0.02

Tempo n/ instituição	0.51	-0.1	-0.16	-0.08
CH semanal UTIN	0.09	-0.05	-0.17	-0.09
CH diária UTIN	0.25	-0.01	0.14	-0.13

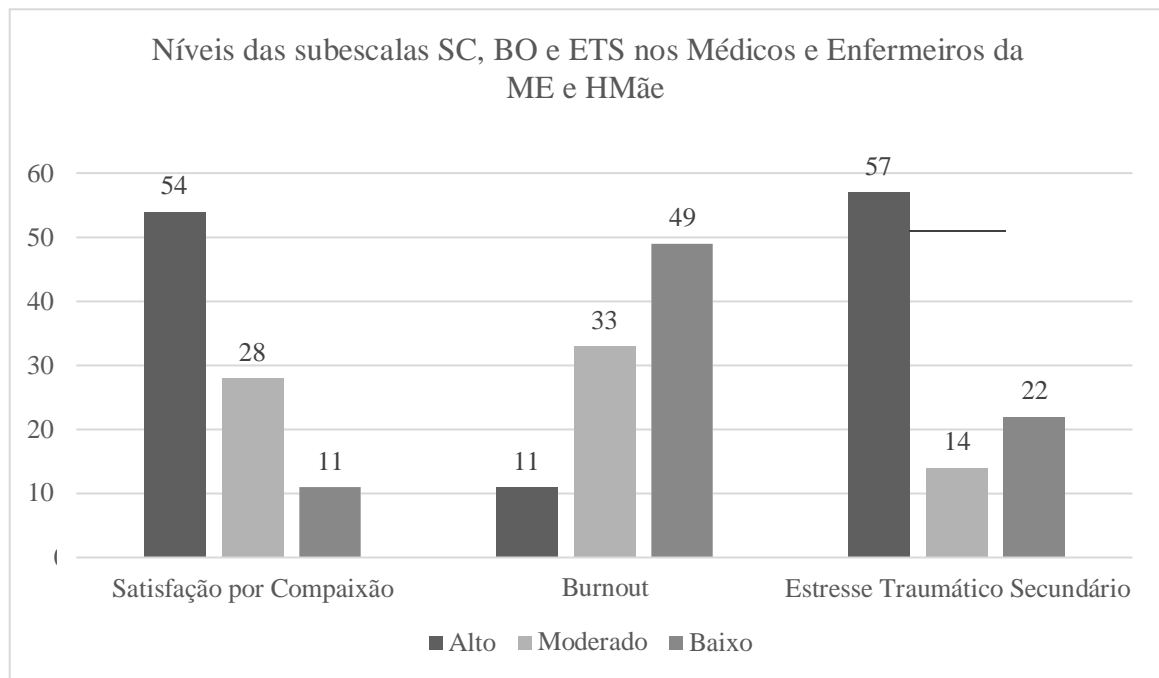
Fonte: Elaborado pela autora, 2021.

Embora sem correlação estatisticamente significativa das dimensões da QVP e as variáveis sociodemográficas e laborais, foi observada uma forte correlação significativa positiva entre ETS e o BO ($r=0,63$). Por sua vez, a correlação entre SC e BO foi estatisticamente fraca e negativa ($r=-0,28$), o que indica que SC e BO foram inversamente proporcionais. Igualmente, foi observada uma fraca correlação estatística negativa entre SC e ETS ($r=-0,11$). Aspectos demográficos ou ocupacionais não foram significativamente relacionados às dimensões BO, ETS e SC.

4.4 Resultado dos níveis de SC, BO e ETS entre médicos e enfermeiros de UTINs dos diferentes contextos hospitalares, ME-UFRJ e HMãe

Os níveis de Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário dos profissionais de saúde da Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ) e do Hospital da Mãe (HMãe), comparando-se as duas maternidades, podem ser observados na Figura 3 abaixo.

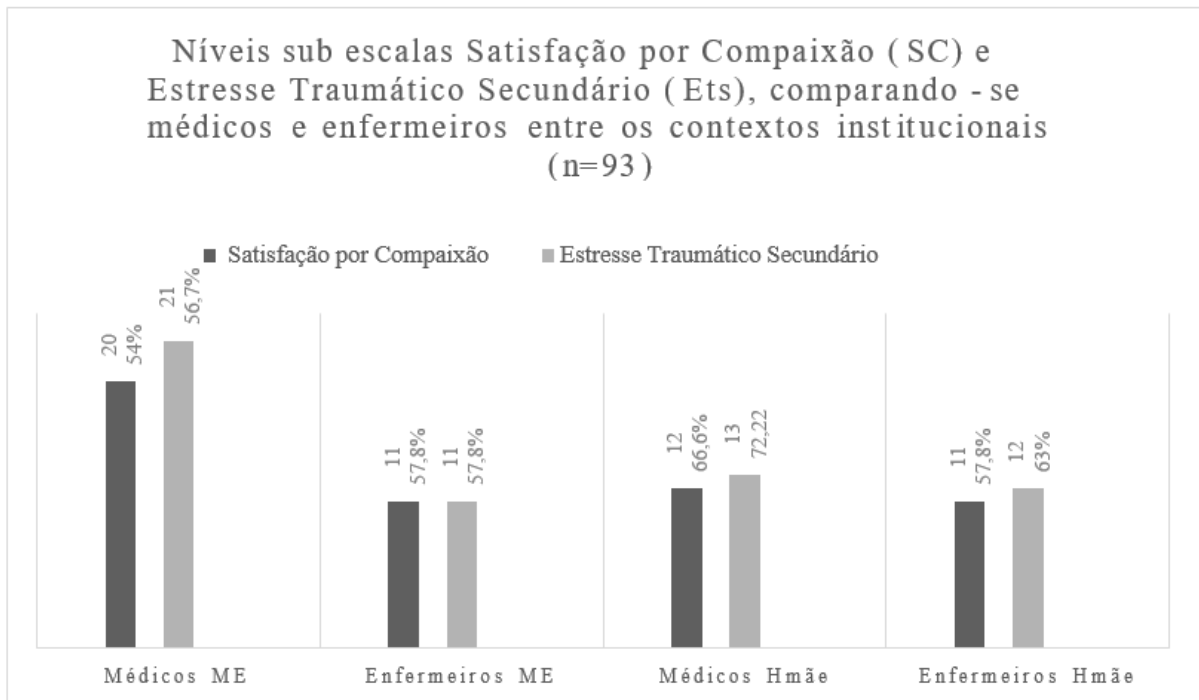
Figura 3 – Níveis de SC, BO e ETS nos profissionais de saúde (médicos e enfermeiros) da ME-UFRJ e do HMãe. Rio de Janeiro, 2021.



Do total de participantes, 61,3% (n=57) dos profissionais apresentaram alto nível de Estresse Traumático Secundário (ETS), seguido de 58 % (n=54) que apresentaram alto nível de Satisfação por Compaixão (SC) e 52,6% (n=49) que apresentaram níveis baixos de Burnout (BO) (Figura 4).

Níveis de Satisfação por Compaixão e Estresse Traumático Secundário, comparando-se médicos e enfermeiros entre os contextos institucionais, ou seja, a Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ) e o Hospital da Mãe (HMãe), podem ser observados na Figura 4.

Figura 4 – Níveis das subescalas de SC e ETS entre os Médicos e Enfermeiros, comparando-se os contextos institucionais (ME e HMãe). Rio de Janeiro, 2021.



Com exceção dos níveis de SC para os enfermeiros, observou-se que, proporcionalmente, os profissionais da ME-UFRJ parecem estar mais satisfeitos no trabalho, com maiores níveis de SC e menores níveis de ETS, do que os médicos e enfermeiros do HMãe.

4.5 Produto do Projeto Aplicativo resultado do diagnóstico situacional realizado com médicos e enfermeiros da UTIN da ME-UFRJ e Hmãe

O primeiro ano do Mestrado foi direcionado à elaboração do Projeto Aplicativo, após pactuação com a equipe de saúde da UTIN, sensibilizando-a para a importância de um olhar atento para os sinais psíquicos e somáticos da FC, foi realizado um diagnóstico situacional, cujo resultado, identificou SC, BO e ETS em profissionais na UTIN, médicos e enfermeiros de ambas as maternidades.

Após os resultados e tendo sido aprovado pela Banca de Qualificação de Projeto Aplicativo, a proposta originou o ebook **‘VOCÊ SABE O QUE É FADIGA POR COMPAIXÃO?’**, registro ISBN 978-65-00-59127-9 (APÊNDICE E), que visa prestar orientações para profissionais de saúde reconhecerem e gerenciarem os riscos à saúde mental, além de contribuir para a divulgação do tema, sugere estratégias de baixo custo para o cuidado à saúde mental, de fácil acesso e visualização, aponta para a identificação precoce do sofrimento

psíquico auxiliando os profissionais e gestores a implementarem estratégias direcionadas a reduzir o desgaste físico e emocional no contexto laboral.

Por fim, a análise dos dados e o aprimoramento do marco teórico foram a base para a elaboração da presente Dissertação de Mestrado, tendo sido aprovada pela Banca de Defesa da Dissertação.

5 DISCUSSÃO

Considerando que ambientes como Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTINs) são contextos laborais estressantes, nos quais suas equipes de trabalho ficam sujeitas a constante sobrecarga física e emocional, a hipótese deste trabalho foi de que a Fadiga por Compaixão (FC) afetaria mais enfermeiros do que médicos devido a equipe de enfermagem trabalhar no contato mais direto e contínuo com o sofrimento do paciente recém-nascido internado em UTIN e sua família. Baseado nisso, o objetivo de pesquisa desta Dissertação de Mestrado foi analisar a prevalência da FC, comparando-se médicos e enfermeiros que atuam em UTIN de diferentes contextos institucionais. Para isso, buscou-se investigar também relações entre variáveis sociodemográficas e laborais e as dimensões da Qualidade de Vida Profissional (QVP), bem como diferenças nestas relações entre os diferentes contextos institucionais.

De modo geral, pode-se observar que os profissionais da Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ) estavam mais satisfeitos e menos estressados com seu contexto de trabalho, comparados aos profissionais do Hospital da Mãe (HMãe), corroborado pela prevalência de Fadiga por Compaixão (FC), que foi de 0% entre os médicos e enfermeiros da ME-UFRJ, enquanto observou-se no HMãe 11,1% de médicos e 15,8% de enfermeiros com sinais de FC. Observa-se, assim, importante dado que confirma a hipótese inicial de que a FC afetaria mais enfermeiros do que médicos, o que se explicaria, inicialmente, pelo caráter do trabalho de enfermagem, cuja prática prevê contato direto, contínuo e intenso com o sofrimento alheio que geraria, assim, um estresse pelo compadecimento empático com o outro. Autores como Borges *et al.* (2019); Lowe; Jakimowicz; Levett-Jones (2022) e Rodrigues *et al.* (2021) também encontraram em seus estudos que a FC acometeria mais enfermeiros do que médicos devido a assistência hospitalar expor a equipe de enfermagem de forma mais direta ao sofrimento de quem está sob seus cuidados assistenciais.

Independente do contexto institucional, 61,3% (n=57) dos profissionais apresentaram alto nível de Estresse Traumático Secundário (ETS), enquanto 52,6% (n=49) apresentaram baixos níveis de Burnout (BO), o que parece revelar o caráter intrínseco de um estresse específico inerente ao exercício profissional em UTIN, ou seja, um estresse que, diferente do BO que se refere a uma "síndrome psicológica em reação a estressores interpessoais crônicos no trabalho" (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001, p. 399), resulta de uma experiência de exposição a situações estressantes vivenciadas por outra pessoa, o qual provocaria uma sintomatologia semelhante ao da vítima primária do trauma, segundo Figley (1995), além de maior risco a depressão e a ansiedade (Bock *et al.*, (2020). Diferente de um Transtorno de

Estresse Pós-traumático (TEPT), mas também classificado como um estresse, curiosamente o ETS ocorreu junto com um alto nível de Satisfação por Compaixão (SC) apresentado por 58 % (n=54) dos participantes. Parece que, mesmo nas condições estressantes próprias da UTIN, e ainda mais graves pela precariedade do contexto laboral para os profissionais do HMãe, o cuidado intensivo ao recém-nascido internado parece revelar uma promessa de vida que sustenta a satisfação por trabalhar em prol da recuperação do paciente e a esperança do profissional de que seu cuidado resultará no que concerne à sua missão principal, que é salvar vidas, corroborado por (CRICCO-LIZZA, 2014).

Todavia, comparando os dois contextos institucionais, ME-UFRJ e HMãe, todas as categorias profissionais, ou seja, tanto médicos como enfermeiros, de ambos os hospitais pareceram estar satisfeitos no trabalho, o que sugere que o custo do cuidar parece ser moderado por outras variáveis. Embora essa afirmativa mereça mais investigação com uma amostra maior que permita análises estatísticas mais robustas, os achados desta Dissertação revelaram que variáveis sociodemográficas e laborais parecem não ter correlação estatisticamente significativa com as dimensões da Qualidade de Vida Profissional (QVP). Ao contrário, os resultados sugerem que as próprias dimensões da QVP se relacionam entre si, com correlações significativas, forte e positivas entre ETS e o BO ($r = 0,63$), e fraca e negativas entre SC e BO ($r=-0,28$) e entre SC e ETS ($r=-0,11$), o que indicaria, por exemplo, que SC e BO, assim como SC e ETS, são inversamente proporcionais, o que era de se esperar e é corroborado por estudos (GALIANA *et al.*, 2017; KELLY; LEFTON, 2017; TORRES *et al.*, 2019; ZHANG *et al.*, 2018).

Mesmo sem correlação com a FC e as dimensões da QVP, a idade média de 38 anos dos participantes, pode ter influenciado os resultados ainda que os médicos e enfermeiros da ME-UFRJ tenham sido mais jovens (35,7 e 37 anos, respectivamente). Essa faixa etária mostrou similaridade com o estudo realizado por Santos *et al.* (2017), cuja idade dos profissionais de enfermagem em hospitais variou entre 30 e 39 anos. Considerando a idade média dos profissionais em torno de 37 anos, Machado *et al.* (2017) afirmam que os profissionais nessa fase da vida estariam numa chamada “maturidade profissional”, onde, para esse autor, o enfermeiro já teria domínio das habilidades técnicas e práticas do cuidado, no entanto, segundo a Cricco-Lizza (2014), a maioria das enfermeiras de UTIN eram mulheres em idade fértil e esse ponto de vista se refletiu em seu trabalho emocionalmente. Tanto a enfermagem, quanto a medicina, são duas profissões que têm tido pessoas cada vez mais jovens ou com menor experiência na profissão, como foi o caso dos médicos da ME-UFRJ, dos quais 40,5% tinham menos de 10 anos na profissão.

O gênero dos participantes predominantemente feminino para as duas categorias profissionais (92,4%) é também um dado que merece destaque e foi semelhante ao estudo realizado por Dornelles; Macedo e Souza (2020) realizado também em hospital público brasileiro. A maioria de mulheres profissionais de saúde participantes deste estudo também se assemelhou ao Perfil Nacional da Equipe de Enfermagem, desenvolvido por Machado *et al.* (2017). Enfermeiras da UTIN do estudo realizado por Cricco-Lizza (2014), expuseram o fardo que assumiram quando não podiam discutir seu sofrimento emocional com a família quando voltavam para casa depois do trabalho. Além disso, as enfermeiras que eram mães frequentemente falavam sobre sua identificação com certos bebês, esse aspecto de gênero de seu trabalho emocional foi atenuado por seu papel empoderado nessa instituição com bons recursos e funcionários (CRICCO-LIZZA, 2014).

Há estudos que indicam, ainda, que a Pediatria é uma especialidade predominantemente feminina (ROCHA; SOUZA; TEIXEIRA, 2015). Contudo, em relação aos médicos, os resultados relativos ao gênero diferem dos dados revelados pela Demografia Médica no Brasil, coordenado por Scheffer (2020), em que médicos homens estariam numa proporção maior em relação as mulheres. Parece que os homens têm se interessado mais por atividades do cuidado, segundo Aquino e Aragão (2017), assim como a cada ano o número de profissionais do gênero masculino na enfermagem aumenta (MACHADO *et al.*, 2017). Todavia, Silva (2017) afirma existir ainda preconceitos sobre a inclusão do homem no campo da enfermagem e que a aceitação do gênero masculino se vinculava a força física e não a técnica e competência do profissional. Cabe destacar que, há alguns anos, a enfermagem era uma profissão iminentemente feminina, considerando-se, ainda, a competência do cuidar como intrinsecamente vinculada à mulher. Em se tratando de UTIN, parece que esse perfil assistencial ligado às mulheres se deve, ainda, à delicadeza de cuidar de recém-nascidos tão frágeis e muitas vezes em condição de prematuridade extrema.

Parece que fatores como o estado civil, que para a maior parte dos participantes era casada, revela outro dado interessante a ser discutido. Estudo de Wang *et al.* (2020) observou que ser casado estaria relacionado a uma maior satisfação por compaixão no trabalho. Já Oliveira *et al.* (2017) afirmam que o relacionamento estável pode contribuir para o desenvolvimento de ferramentas para o equilíbrio emocional e para o enfrentamento de fatores estressores os quais profissionais de saúde atravessam na prática da profissão. No presente estudo, talvez a percepção de suporte social relacionado à condição civil (ser casado) não tenha sido fator determinante, no contexto laboral, para a FC ou mesmo tenha se relacionado às dimensões da QVP, haja vista não terem sido encontradas diferenças significativas para esta

variável; contudo, este dado sugere que talvez os profissionais buscassem apoio nas relações interpessoais de trabalho, mais do que nas relações pessoais e conjugais.

Embora pareça que o estresse ocupacional com o trabalhador da saúde afete diferentemente as categorias profissionais, salientamos que a proposta desta Dissertação foi entender o fenômeno da FC e os riscos a que médicos e enfermeiros possam estar expostos. Considerando, então, que no polo oposto da FC se tem a SC, cabe destacar que, proporcionalmente, os profissionais da ME-UFRJ demonstraram maiores níveis de SC e menores níveis de ETS, do que os médicos e enfermeiros do HMãe. Uma possível explicação para esse dado pode ser pelas diferenças estatisticamente significativas encontradas para a dimensão BO e ETS, tanto para o contexto institucional (ME-UFRJ *versus* H Mãe) como para a categoria profissional (médicos *versus* enfermeiros). Para o BO foram encontradas diferenças para o tipo de hospital ($p=0,041$), entre médicos e enfermeiros ($p=0,052$); assim como para o ETS foram observadas diferenças significativas para o tipo de hospital ($p=0,004$), entre médicos e enfermeiros ($p=0,024$).

Entretanto, uma variável que pareceu diferenciar médicos e enfermeiros em termos, pelo menos, de sinais de BO foi a religião ($p=0,039$). A literatura considera que saúde e espiritualidade podem ser recursos pessoais que ajudam no enfrentamento dos desafios do exercício profissional de trabalhadores da saúde, quando espiritualidade favoreceria um estado de tranquilidade que proporcionaria a redução do estresse com reflexos positivos nas relações interpessoais (AL BARMAWI *et al.*, 2019; JILOU *et al.*, 2021; LONGUINIÈRE; YARID; SILVA; 2018). Com isso, a religião, declarada por mais da metade da amostra do estudo em ambas as categorias, pode ajudar a explicar os altos níveis de SC e a relação inversamente proporcional entre SC e BO. Tal proporcionalidade é parecida com o observado no estudo de Barbosa; Souza; Moreira (2014). Profissionais com altos níveis de SC, geralmente, são conceituados pelos pacientes, seus colegas e pela organização, segundo Stamm (2010), bem como parecem não incorporar demasiadamente preocupações com o trabalho porque se percebem eficazes, seja individual ou institucionalmente. Segundo Souza (2015), esses profissionais são pessoas, por exemplo, que se beneficiam das oportunidades para educação continuada, o que, para Zhang *et al.* (2018), pode, junto com treinamento profissional adequado, ter efeitos moderadores para o ETS, além de melhorar a qualidade de vida de enfermeiros.

Por outro lado, considerando que 15% declararam não ter religião, talvez esses profissionais exerçam sua espiritualidade baseada em uma fé ou em crenças que os sustentam para além de um vínculo ou de uma prática religiosa. Importante considerar que a espiritualidade não é sinônimo de religião. Enquanto a primeira diz respeito à “busca pelo

significado da vida e o relacionamento com o sagrado/transcendente (...) ou se refere a manifestações humanas que buscam a superação de si, ou de obstáculos, no qual não há necessariamente uma ligação com o sagrado” (FORTI; SERBENA; SCADUTO, 2020, p. 1464); a religião se refere a um meio de exercitar a espiritualidade, mas não o único. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 1999), a espiritualidade figura, inclusive, dentre as dimensões da qualidade de vida, junto com a física, social e psíquica. No campo da saúde, a espiritualidade tem sido associada à prevalência e prevenção de transtornos mentais, o que pode explicar a prevalência nula de FC nos profissionais da ME-UFRJ mesmo que 21% (n=8) dos médicos não tenham declarado religião. Cabe destacar que nesta instituição todos os enfermeiros declararam religião, sendo a maioria Católica (57,89), seguido de Protestantes (26,3).

Fatores como ter outros vínculos empregatícios, declarado pela grande maioria (86%) deles, os quais 75,2%, inclusive, tinham mais de 10 anos de experiência e ainda trabalhavam em dois turnos (52,7%), também não se relacionaram à QVP ou à FC. Por outro lado, outros estudos não encontraram associações estatisticamente significativas entre a FC e as variáveis demográficas de etnia, idade, estado civil, horas trabalhadas por semana, anos de experiência, especialidade de enfermeiro, sexo, país de formação, escolaridade ou anos de emprego na definição do estudo (LEDOUX, 2015).

Segundo Greiner; Poskey (2017), a incidência de FC é maior em profissionais com menos tempo na UTIN e é menor em profissionais com fortes traços de resiliência (LOWE; JAKIMOWICZ; LEVETT-JONES, 2022). Entretanto, essas condições têm sido omitidas na compreensão da FC, mas denotam essencial importância em um entendimento mais amplo do fenômeno. Em meta-análise de Cavanagh *et al.* (2019) foi observado que a relação entre níveis de FC e fatores sociodemográficos e laborais não é clara, embora existam autores que afirmam que esses fatores estariam relacionados com níveis de BO e ETS (ALHARBI; JACKSON; USHER, 2019; FAVROD *et al.*, 2018; LOPES; BARBOSA, 2020; SACCO *et al.*, 2015). Todavia, há evidências de que o sofrimento psíquico está fortemente associado a exaustão laboral (DORNELLES; MACEDO; SOUZA, 2020; LOPES; BARBOSA, 2020), o que também foi encontrado neste estudo, destacando-se a forte associação entre ETS e BO ($r=0,63$), o que corrobora estudo com acha semelhante onde foi observado que a autocompaixão esteve associada negativamente com ETS e BO; portanto, pode se relacionar à redução de patologias (SCOTT; O’CURRY; MASTROYANNOPOULOU, 2021). O reconhecimento nas relações interpessoais foi um preditor significativo de diminuição do esgotamento e do ETS e aumento da SC (RODRIGUES *et al.*, 2021).

Entretanto, os níveis de BO tendem a reduzir quanto mais o profissional identifica que a instituição propicia condições materiais, além de técnicas e humanas adequados para a realização do trabalho. Segundo Potter *et al.* (2010) e Kelly; Lefton (2017), a satisfação no ambiente e com a instituição de trabalho são dois fatores fundamentais. Logo, quando o profissional se sente satisfeito com sua atuação, o sentimento de insuficiência e frustração com o trabalho diminuem, o que é muito importante, haja vista a satisfação no trabalho pode ser preditiva da redução do desgaste e do ETS. Neste estudo, houve associação (fraca e negativa) entre SC e ETS, o que indica que o prazer será menos intenso quanto maior for o nível de estresse por sofrimento empático, podendo repercutir, assim, na saúde do cuidador com efeitos negativos para o serviço e a assistência prestada aos pacientes. Ao contrário, quanto mais o profissional apresenta sintomas de ETS, menos ele se sentirá satisfeito no exercício das suas atividades laborais, bem como retribuído pelo cuidado prestado.

No que se refere às atividades laborais, autores brasileiros ressaltam a importância de se identificar o sofrimento dos profissionais que exercem elevada/dupla carga de trabalho, com turnos ampliados em sua rotina laboral (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; SANTOS, 2018; TORRES *et al.*, 2018), o que caracterizou grande parte da amostra deste estudo. Torres *et al.* (2018) completam, ainda, que o hospital é um ambiente sugestivo à ocorrência de doenças laborais; logo, há de se considerar a importância de estudos como esse que discutam sobre o adoecimento psíquico no trabalho. Já Dornelles; Macedo; Souza (2020) afirmam que a experiência profissional é fator de proteção ao adoecimento psíquico no trabalho, podendo se relacionar à uma maior segurança e controle diante das demandas desgastantes, porque favorece recursos de enfrentamento e maiores níveis de SC.

Por outro lado, neste estudo, a condição salarial parece ter sido também sugestiva dos altos níveis de ETS, bem como da ocorrência da FC. Cabe destacar que do total dos 93 participantes, 34 médicos e 23 enfermeiros do HMãe apresentaram altos níveis de ETS, bem como a prevalência de 11,1% de médicos e 15,8% de enfermeiros com sinais de FC. A exemplo do estudo de Machado *et al.* (2017), que também encontraram diferenças salariais entre enfermeiros de instituições com gestões privadas e/ou públicas, parece que o contexto institucional pode ter sido um fator preditor do sofrimento psíquico gerador de ETS e FC. Na medida em que, comparando as duas instituições, houve variação na remuneração dos enfermeiros com igual carga horária de trabalho, estes dados parecem reafirmar que a precariedade dos vínculos empregatícios e a baixa remuneração influenciam a ocorrência de sofrimento psíquico decorrente do trabalho. A renda é um fator primordial para que o profissional de enfermagem tenha hábitos de vida saudáveis, como prática de atividades físicas,

assistência médica e psicológica e investimentos em qualificação profissional, lazer etc. (RIBEIRO *et al.*, 2021; SANTOS, 2018;).

Embora os participantes tenham evidenciado menor probabilidade de desenvolverem ETS, comparado ao BO, a literatura confirma que o tempo de exposição ao sofrimento e o tempo despendido nos atendimentos num cenário com número reduzido de pessoal estão diretamente ligados a ocorrência de ETS (DORNELLES; MACEDO; SOUZA, 2020). Esse tipo de estresse, possivelmente, pode estar associado às condições mais estressantes da atividade laboral, bem como à falta de recursos materiais e o tempo reduzido para realizar tarefas. Infere-se, ainda, que o grupo com vulnerabilidade significativa para ocorrência de sintomas de ETS seriam os enfermeiros, corroborando, assim, com estudos (AMIN *et al.*, 2015; FAVROD *et al.*, 2018; TORRES *et al.*, 2019; ZHANG *et al.*, 2018). Os enfermeiros podem ser mais acometidos por FC do que os médicos (HOOPER *et al.* 2010; LABIB, 2015), bem como os enfermeiros podem estar mais vulneráveis ao BO (JAKIMOWICZ *et al.*, 2017). Estudo de Jakimowicz *et al.* (2017) com enfermeiros intensivistas na Austrália observaram que esses profissionais estariam mais suscetíveis ao BO, fator que fez estes trabalhadores desistirem, inclusive, da profissão com menos tempo de trabalho na área. Por sua vez, o BO não necessariamente ocorre sozinho. Zhang *et al.* (2018), em metanálise de estudos com um total de 4054 enfermeiros, detectaram forte correlação positiva entre FC e BO.

Importante destacar que dos 93 participantes, a maioria apresentou altos níveis de SC e de ETS, inclusive mais altos do que os níveis de BO, o que significa dizer que, em termos de QVP, a maioria dos profissionais estaria satisfeita e em equilíbrio com seu trabalho, corroborando com outro achado (LOWE; JAKIMOWICZ; LEVETT-JONES, 2022). Entretanto, a interpretação desses achados deve ser ponderada, haja vista que a dimensão da SC e do ETS apresentaram níveis altos, mas ligeiramente próximos. Tais resultados confirmam pesquisa cujas pontuações de SC foram semelhantes ao de ETS, com baixos níveis de BO (GALIANA *et al.*, 2017). Pessoas com níveis de SC e ETS, como as deste estudo, parecem se sentir capazes e contentes com o que fazem, mas também tendem a evitar a autocrítica frente a situações desgastantes que causam sofrimento e sensação de insuficiência, acreditando, antecipadamente, que fizeram o seu melhor (STAMM, 2010). Porém, embora apoiada em importante referência sobre FC (STAMM, 2010), essa conclusão merece reserva, pois pode haver algum temor do profissional no enfrentamento da situação estressora no contexto específico de trabalho face a vínculos trabalhistas precários, como é o caso dos profissionais do HMãe. Parece haver, inclusive, uma certa ambivalência afetiva, já que, ao mesmo tempo em que eles se sentem altamente eficazes no seu trabalho, também se percebem amedrontadas pelo

seu maior envolvimento empático com o padecimento do outro. Não se pode esquecer que altos níveis de ETS são marcados por pensamentos, sentimentos e memórias de experiências traumáticas de outras pessoas misturadas com suas próprias experiências (STAMM, 2010).

Neste sentido, Barr (2017) aponta para a necessidade de que os gestores estejam atentos aos sinais invisíveis de sofrimento, já que enfermeiros de UTIN podem se sentir satisfeitos com seu trabalho, sem, no entanto, experimentar sintomas de BO e/ou ETS (BARR, 2017). Corroborando com outros estudos (BORGES *et al.*, 2019; FAVROD *et al.*, 2018; SALEH *et al.*, 2019; SANTOS, 2018), por exemplo, a enfermagem está entre as categorias profissionais mais vulneráveis aos impactos negativos do cuidado em saúde, confirmando-se também nossa hipótese inicial. De fato, neste estudo, quando comparado aos médicos, os enfermeiros apresentaram maiores indicadores de sofrimento e adoecimento psíquico, quer seja pelos maiores níveis de ETS, de BO ou mesmo de FC. Isso pode ser explicado também pela natureza da tarefa profissional, já que enquanto os enfermeiros estão na linha de frente do cuidado direto ao paciente, os médicos também prestam este cuidado, mas se envolvem com outras atividades, como a interpretação de exames, o registro de documentação, reuniões de rotinas clínicas e a comunicação com a equipe multidisciplinar, que podem reduzir seu tempo de interação e contato com o sofrimento do paciente e familiares.

As enfermeiras neonatais relatam menor resiliência e maior exaustão emocional e sensibilidade à mudança organizacional do que seus colegas médicos. Apesar dos ajustes no local de trabalho, alguns enfermeiros podem permanecer desproporcionalmente em risco devido a fatores associados a seus traços de personalidade, afeto e ambientes de trabalho (JAKIMOWICZ; PERRY; LEWIS, 2018).

Ressalta-se também que as manifestações de sofrimento não acontecem de forma única para todas as pessoas. Ainda que elas sejam expostas ao mesmo contexto adverso, isso não significa que todos sofrerão da mesma forma. Por exemplo, profissionais de saúde perfeccionistas podem apresentar alto nível de exigência pessoal, sendo muito críticos ao avaliar a sua atuação profissional (LAGO, 2013). Entretanto, chama-se a atenção para o fato de que foram os profissionais do HMãe que apresentaram maior prevalência de FC, mais especificamente os enfermeiros. Face às limitações amostrais do estudo, seria importante verificar se os profissionais com níveis baixos de SC e níveis de FC apresentariam menos recursos internos a sua disposição para os protegerem contra os efeitos do estresse ocupacional, refletindo, assim, em menor capacidade de experienciar sensações positivas e adaptativas, o que intensificaria os riscos para BO e ETS (BARR, 2017; CRAIGIE *et al.*, 2016; TORRES *et al.*, 2019).

É fato que trabalhar em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal, cuja assistência é dirigida a crianças em risco iminente de morte, é uma situação crítica para a ocorrência de FC (LOWE; JAKIMOWICZ; LEVETT-JONES, 2022; SALEH *et al.*, 2019; SANO *et al.*, 2018). Entretanto, se os profissionais experimentam altos níveis de SC podem encontrar recursos, quer seja pessoal, quer seja contextual ou institucional, para o enfrentamento dos riscos ao adoecimento, o que pode ser o caso dos profissionais de UTIN. Estudo de Torres *et al.* (2019) indica que profissionais atuantes em UTINs apresentam alta SC em relação aos que trabalham na Oncologia e no Pronto Socorro, por exemplo. Diferente de enfermeiros de centros de Terapia Intensiva Pediátrica, que trabalham sob o limiar da morte ou quase morte dos seus pacientes e que, por isso, experimentam altos níveis de BO ou ETS (RICHARDSON; GREENLE, 2020), os profissionais de UTIN podem experimentar SC no trabalho devido às diferenças no perfil dos pacientes, às características dos profissionais, o tipo de serviço e a própria condição de trabalho, na qual, a princípio, parece ser menos estressante e capaz de equilibrar os dois pólos (satisfação e insatisfação) da QVP (TORRES *et al.*, 2019). Ademais, é importante destacar que um dos locais do estudo experimentou uma alta rotatividade de profissionais na época da pesquisa, que contou com parte da coleta durante a pandemia da COVID-19. Inclusive houve grande incidência de saída de profissionais da UTIN, onde médicos e enfermeiros oportunizaram a mudança na administração gestora do hospital para aderirem a um plano de demissão voluntária. Segundo Callender (2019), isso pode ter tido reflexos para a prevalência da FC naquele hospital, já que unidades de cuidados intensivos com maior nível de FC também são aquelas com maiores taxas de rotatividade.

Importante discutir algumas limitações do estudo. Primeiramente, é importante considerar que os resultados utilizando o ProQOL são poucos no Brasil e por isso optou-se por interpretar os dados coletados com este instrumento à luz do que Stamm (2010) propõem. Embora não tenhamos identificado instruções claras para a correção do instrumento, bem como para a interpretação e classificação da FC, optou-se por realizar o somatório dos escores (baixo, moderado e alto) em cada subescala. Entendemos que propor uma conclusão para a avaliação de todos os participantes seria arriscado e por isso consideramos importante manter as instruções encontradas no Manual da versão IV do ProQOL (STAMM, 2010). Tal como sustenta Stamm (2010), é imprescindível que revisões do método de classificação da FC pelo ProQOL sejam realizadas.

Em segundo lugar, questiona-se, concomitante aos resultados, a importância de não se descartar as limitações existentes em escalas de autorrelato, dado que elas permitem aos participantes escolher uma única alternativa entre opções restritas. Outra limitação do

instrumento de autorrelato é o fato de que os respondentes podem optar por uma resposta que considerem mais adequada, diferente do que estão verdadeiramente sentindo, quer seja por receio de estarem sendo analisados, quer seja pelo medo de retaliações. Todavia, ressalta-se que o estudo foi bem aceito pelos participantes, que manifestaram interesse imediato em participar quando foram apresentados ao tema da pesquisa, relatando, inclusive, que se identificavam com a noção do sofrimento empático. Embora tenha havido algumas críticas informais dos participantes às instituições, de um modo geral eles não se abstiveram ou se recusaram de participar da pesquisa; ao contrário, eles se dedicaram a responder aos instrumentos de coleta, preocupados, todavia, com o tempo que isso os tomaria do trabalho. Em síntese, os participantes sentiram-se à vontade para colaborar, havendo, inclusive, uma participante que sugeriu que o estudo fosse realizado também com os técnicos de enfermagem.

Por fim, cabe destacar que, algumas vezes, os profissionais encontravam-se sobrecarregados, cansados e sob grande estresse em decorrência do trabalho e dos escassos recursos humanos disponíveis, os quais, certamente, se agravou durante a pandemia da COVID-19, com início em março de 2020. Cabe destacar que a coleta nem sempre foi bem-sucedida, sendo necessário que a pesquisadora retornasse em outros plantões para dar continuidade a coleta ou fazer novos recrutamentos, sobretudo em janeiro de 2021 em pleno período pandêmico. Vale lembrar que o presente estudo foi realizado em duas maternidades públicas, sendo uma, o HMãe, hospital de referência para o atendimento à uma população com poucos recursos financeiros e em condição, algumas vezes, de grave vulnerabilidade psicossocial, o que, supostamente, configura maior sobrecarga aos profissionais. Apesar disso, foi possível perceber que os profissionais se sentiam muito comprometidos profissionalmente, e que a ineficácia e o desânimo não apareciam ao ponto de dificultar o envolvimento empático com seus pacientes e familiares.

Reconhecidamente ações que promovam momentos de trocas entre os trabalhadores podem contribuir para a sua saúde mental. Ações preventivas para a FC, BO ou ETS podem ter resultados positivos; entretanto, o retorno à rotina laboral nas mesmas condições de trabalho dificilmente será favorável. Todavia, se a pessoa estiver disposta e acreditar que ela mesma poderá mudar o contexto laboral, dirigirá seu senso de autoeficácia e suas habilidades e sistemas para trabalhar com a instituição em prol de identificar novas possibilidades de organização das tarefas (STAMM, 2010, p.23). Estratégias usadas pelos trabalhadores para enfrentarem o sofrimento e manterem um equilíbrio na sua QVP podem ocorrer de forma individual ou coletiva (GLANZNER; OLSCHOWSKY; DUARTE, 2018). Logo, com o objetivo de diminuir a sobrecarga negativa do cotidiano do trabalho, a cooperação baseada na confiança e na

solidariedade entre os membros da equipe pode ser fundamental. No que tange às estratégias individuais, os trabalhadores talvez racionalizem a angústia como forma de enfrentamento das pressões da rotina laboral; logo, estratégias de proteção são relevantes para amenizar o mal-estar decorrente da angústia introjetada (GLANZNER; OLSCHOWSKY; DUARTE, 2018) e, consequentemente, do sofrimento psíquico pelo trabalho.

Parece-nos, ainda, importante situar algumas concepções que envolvem o trabalho e seu adoecimento. Compreender o trabalho como central na vida das pessoas, dado que ele é um operador de identidade pessoal e profissional que ativa mecanismos de satisfação e de realização pessoal, ajuda a entender os aspectos envolvidos na ocorrência da FC, os quais podem ser geradores de tensão e desencadeadores de sofrimento e adoecimento psíquicos.

Entendemos que o sofrimento empático está presente no trabalho dos profissionais de saúde, cujo sentimento de compaixão pelo sofrimento alheio também pode ser uma forma de satisfação pessoal, tanto pelo ato de cuidar em si, como pela percepção direta dos resultados do seu investimento no cuidado prestado. Entretanto, tal raciocínio envolve algumas facetas, dentre elas a formação acadêmica, a dinâmica relacional e institucional do contexto de trabalho e o *status* que a profissão possui no universo do trabalho, quando médicos são mais reconhecidos socialmente do que enfermeiros, inclusive pelo salário que recebem.

Além disso, culturalmente, trabalhadores da saúde carregam valores e crenças que influenciam na forma como eles captam e interpretam o sofrimento e a morte. Nos parece que somente uma mudança de paradigma nas expectativas desses trabalhadores envolvidos no processo cuidado-saúde permitiria que, assim, eles possam incluir formas de lidar com temas inerentes ao seu trabalho, como a vida e morte, adotando mecanismos protetores do adoecimento psíquico. Isso pareceu transparecer tanto na prevalência de FC, como nos altos níveis de Satisfação por Compaixão (SC) e menores níveis de Estresse Traumático Secundário (ETS) apresentados pelos profissionais da ME-UFRJ. Se de um lado o paciente e seus familiares confiam aos profissionais suas vidas na crença de que eles têm um poder quase divino de lhes curar; por outro, os próprios profissionais podem cair na armadilha de acreditarem que têm este dom divino e se cobrarem por resultados no trabalho que nem sempre dependem deles alcançarem. Parece haver uma combinação que sustenta esse desejo mítico-religioso baseado numa lógica do cuidar sempre na direção do curar. No entanto, nem sempre as condições favoráveis para uma assistência de qualidade, que minimamente possa promover saúde ou se direcionar para a cura, estão disponíveis no contexto real do trabalho.

Por fim, a partir do diagnóstico situacional e da revisão teórica, supõe-se que orientações sobre a importância da atenção à saúde mental dos profissionais de saúde seja

fundamental. Com base nos resultados expostos, propusemos um ebook de orientações para profissionais de saúde reconhecerem e gerenciarem os riscos à saúde mental. Supõe-se que esse ebook , além de contribuir para a divulgação do tema, sugere estratégias de baixo custo para o cuidado à saúde mental, de fácil acesso e visualização, aponta para a identificação precoce do sofrimento psíquico auxiliando os profissionais e gestores a implementarem estratégias direcionadas a reduzir o desgaste físico e emocional no contexto laboral. O produto inicialmente será proposto à Maternidade Escola da UFRJ. O propósito é ampliar este recurso para o Hospital da Mãe de Mesquita e outras unidades de saúde.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos propusemos a analisar a prevalência da Fadiga por Compaixão (FC), bem como a Qualidade de Vida Profissional (QVP) em suas três dimensões, SC, BO e ETS, comparando enfermeiros e médicos que trabalhavam em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) de dois contextos institucionais distintos, a Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ), um hospital maternidade público federal com caráter de ensino universitário localizado na Zona Sul do Rio de Janeiro, e o Hospital da Mãe (HMãe), um hospital maternidade público estadual que atende população da Baixada Fluminense do RJ, ambos ligados ao Sistema Único de Saúde (SUS). Para isso, foi adotada a versão brasileira do *Professional Quality of Life Scale – Brasil - ProQOL-BR*, com análise baseada no Manual proposto por Stamm (2010), para se classificar a FC e identificar níveis de SC, ETS e BO nos profissionais participantes, buscando-se analisar diferenças entre essas categorias e variáveis sociodemográficas e laborais.

De modo geral, foi observada uma prevalência de FC somente nos profissionais do HMãe, tanto para médicos como enfermeiros, sendo maior para estes últimos. Porém, os participantes de ambas as maternidades apresentaram níveis baixos de BO, e altos de SC e de ETS. Embora exerçam atividades que lhes impõem desafios constantes e trabalhem sob alta pressão, parece que sua atividade laboral também lhes entrega resultados gratificantes quando, por exemplo, um prematuro extremo evolui para uma alta hospitalar após meses de internação na UTIN. No entanto, a relação entre BO, ETS e SC ainda precisa ser mais bem explorada e elucidada com base em pesquisas futuras, embora as evidências científicas iniciais deste estudo mostrem que há uma relação inversa entre SC e ETS, ou seja, quanto mais satisfeitos os profissionais estão com seu trabalho atravessados pelo compadecimento ao sofrimento alheio, menos eles estão sujeitos aos sinais e sintomas do ETS, ou seja, de experimentarem um tipo de estresse específico que, embora por vezes confundido com o Burnout, se relaciona à uma capacidade de se sentir estressado empaticamente com o paciente ou a pessoa que vivencia a situação traumática.

Observou-se uma tendência dos trabalhadores da ME-UFRJ apresentarem níveis mais altos de SC comparados aos profissionais do HMãe. Instituições de ensino, assistência e pesquisa, como a ME-UFRJ, talvez ofereçam um modelo institucional hospitalar que propicie maior troca entre pares. Discussões dos casos, suporte de profissionais mais experientes, entre outros, podem funcionar como recursos para compartilhar angústias e sentimentos que emergem da tensão do cuidado oferecido àquele que está em sofrimento, os quais podem ser preventivos da FC. Todavia, independente do caráter institucional, as instituições devem buscar

compreender quais questões afetam seus profissionais a fim de implementar estratégias que identifiquem a causa de sofrimentos como a FC e o ETS, muitas vezes oriundas das inquietações dos seus trabalhadores. Nessa direção, o ProQOL parece ser um instrumento adequado para rastrear sinais de adoecimento psíquico pelo trabalho, pois avalia diferentes dimensões da QVP que podem estar em desequilíbrio, o que oferece ao gestor informações para o planejamento de intervenções focadas no problema.

A maioria dos estudos tem se voltado para investigar a saúde mental dos profissionais de saúde, principalmente enfermeiros. Também nesta Dissertação foi investigada a saúde mental ocupacional, quando se encontrou evidências de que a saúde deste grupo é realmente mais vulnerável, o que corrobora a literatura nacional e internacional. Logo, isso nos faz refletir que os enfermeiros são grupos de risco para o adoecimento psíquico pelo trabalho, talvez por serem eles quem estão mais sujeitos à compaixão pela vivência do sofrimento alheio. Entretanto, isso que pode os deixar mais vulneráveis também parece sustentar uma resistência e aumentar sua resiliência, o que merece ser melhor investigado.

Destaca-se, ainda, a variedade de resultados encontrados por outros autores. Portanto, ao discutir estes resultados, esta Dissertação também pode ampliar a compreensão dos mecanismos e recursos de profissionais de UTIN que podem interferir, direta ou indiretamente, na causa e na prevenção do sofrimento empático, bem como na promoção da Satisfação por Compaixão, polo positivo da Qualidade de Vida Profissional. Embora nesse estudo não tenha sido possível confirmar se dados sociodemográficos e laborais sejam preditores ou protetivos da dor compassiva, poderíamos sugerir que a Satisfação por Compaixão modera o estresse no trabalho e sua evolução para Fadiga por Compaixão.

Por fim, é urgente novos estudos que busquem investigar e discutir criticamente os problemas complexos envolvidos na saúde mental do trabalhador de saúde, os quais podem interferir na assistência e nos cuidados prestados, bem como são reveladores dessa realidade laboral desigual, cujos reflexos são nocivos à saúde física e mental do profissional de saúde. Em todo e qualquer contexto de trabalho pautado no cuidado e na atenção em saúde, a prevalência de indicadores, como o ETS, BO e FC, nos profissionais é real, sobretudo, para os que atuam em contextos hospitalares de urgência e tratamento intensivo. A identificação precoce do sofrimento psíquico pode auxiliar os profissionais a implementarem estratégias direcionadas para reduzir o desgaste físico e emocional para, enquanto trabalham a autocompaixão, possam proteger sua saúde integral, bem como pode auxiliar gestores para elaboração de políticas públicas protetoras e promotoras da Saúde do Trabalhador, particularmente dos profissionais de saúde.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, H. C. Óbito perinatal: refletindo sobre narratividade, o uso das redes sociais e a elaboração psíquica possível. **Desigualdades. Rev. Cient. Inf. Adolesc. E.** n. 33, 2022. <https://doi.org/10.54948/desidades.v0i33.50491>.

AL BARMAWI, M. A. *et al.* Coping strategies as moderating factors of compassion fatigue among intensive care nurses. **Brain Behavior**, v. 9, n. 4, e01264, 2019. <https://doi.org/10.1002/brb3.1264>.

ALHARBI, J.; JACKSON, D.; USHER, K. Compassion fatigue in intensive care nurses. An integrative review of the literature. **Saudita Med J**, v. 40, n. 11, p. 1087-1097, 2019. [doi:10.15537/smj.2019.11.24569](https://doi.org/10.15537/smj.2019.11.24569).

AMIN, A. A. *et al.* Perceived Stress and Professional Quality of Life in Neonatal Intensive Care Unit Nurses in Gujarat, India. **Indian J Pediatr**.v. 82 n. 11, p.1001-5, 2015. <https://doi.org/10.1007/s12098-015-1794-3>.

AQUINO, R. L.; ARAGÃO, A. S. Impacto do trabalho noturno na vida do profissional de enfermagem do sexo masculino. **Rev enferm UFPE**. Recife, v. 11, n. 10, p. 3725-31, out. 2017. [DOI:10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201704](https://doi.org/10.5205/reuol.12834-30982-1-SM.1110201704).

ARAÚJO, I. C.; VASQUES-MENEZES, I. **Fadiga por Compaixão: os custos do cuidado**. Paraná: CRV, 2018.

ARIÉS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2. ed. Rio de Janeiro: LTC, 1981.

BARBOSA, S. C.; SOUZA, S.; MOREIRA, J. S. A Fadiga por Compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 315-23, set. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-66572014000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2018.

BARR, P. Compassion fatigue and compassion satisfaction in neonatal intensive care unit nurses: relationships with work stress and perceived social support. **Traumatology**, v. 23, n. 2, p. 214-222, 2017. [DOI: https://doi.org/10.1037/trm0000115](https://doi.org/10.1037/trm0000115).

BECK, C. T.; LoGIUDICE, J. A.; GABLE, R. A mixed methods study of secondary traumatic stress in certified nurse midwives: shaken belief in the birth process. **J Obstetrics Women's Health**, v. 60, n. 1, p. 16-23, jan./fev. 2015. [DOI: 10.1111/jmwh.12221](https://doi.org/10.1111/jmwh.12221).

BOCK, C. *et al.*, Secondary Traumatic Stress, Mental State, and Work Ability in Nurses- Results of a Psychological Risk Assessment at a University Hospital. **Front psychiatry** v.11, n. 298, abr. 2020. [doi: 10.3389/fpsy.2020.00298](https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00298).

BORGES, M. N. E *et al.* Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. **Rev. Latino-Americ. Enfermagem**, v. 27e3175, 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a Regulamentação do Exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília. DF, jun.1986. Seção I FLS. 9.273 a 9.275. Disponível em: www.cofen.gov.br/lei-n-749886-de-25-de-junho-de-1986-4161.htm. Acesso em 10 jan. 2018.

BRASIL. Treze em Um. Constituição Federal art. 198, 05 de outubro de 1988. Dispõe sobre a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2006. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Treze em Um. Constituição Federal art. 199, 05 de outubro de 1988. Dispõe sobre a assistência à saúde é livre à iniciativa privada. Rio de Janeiro: América Jurídica, 2006. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Presidente da República. Lei n. 8.080/CC/MS - de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990/**Diário Oficial da União**. Brasília, DF, set. 1990 nº p.18055, col. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde Programa de Assistência à Saúde Perinatal. Bases Programáticas. Brasília, 1991. 19 p. graf. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsms/resource/pt/mis-2676>. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 569**, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa Nacional de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2000. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 10 jul. 2020.

BRASIL. Presidência da República. **Lei Complementar n. 101**, de 04 de maio de 2000. Estabelece em regime nacional, parâmetros a serem seguidos relativos ao gasto público de cada ente federativo (estados e municípios) brasileiro. Brasília, DF: Casa Civil, 2000. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/lcp/lcp101.htm. Acesso em: 07

dez. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria n. 930 de 10 de maio de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF. Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt0930_10_05_2012.html. Acesso em: 05 out. 2019.

BRASIL. **Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012**. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, DF. Conselho Nacional de Saúde, 2013. Disponível em: <https://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 05 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Financiamento Público de Saúde. Eixo1, v. 1, Brasília (DF), 2013. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/financiamento_publico_saude_eixo_1.pdf. Acesso em: 05 nov.2022.

CABRAL, I. B. V.; SILVA, P. H. N.; SOUZA, D. O. Precarização do trabalho e saúde do trabalhador: revisão e perspectivas. **Trabalho e Educação**. v. 30, n. 3, p. 51-64, 2021. Disponível em: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/trabedu/article/view/25729/29587>. Acesso em: 18 nov. 2021.

CALLENDER, D. **Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses**. 2019. 66 f. Certify that the Doctoral (College of Health Sciences) - Walden University, 2019. Disponível em: <https://scholarworks.waldenu.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=8736&context=dissertations>. Acesso em: 20 set. 2020.

CARDOSO, A. C.; MORGADO, L. Trabalho e saúde do trabalhador no contexto atual: ensinamentos da Enquete Europeia sobre Condições de Trabalho. **Saúde Soc**. v. 28, n. 1, ja/mar, 2019. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170507>.

CAVANAGH, N. *et al.* Compassion fatigue in healthcare providers: a systematic review and meta-analysis. **Sage Journals**. v. 27, n. 3, p. 1-27, 2019. <https://doi.org/10.1177/0969733019889400>.

CODO, W. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em Saúde Mental. In: JACQUES, M. G. (Org). **Saúde mental e trabalho: leituras**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

COSTA, C. O. *et al.* Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **J. Bras.**

Psiquiatr. v. 68, n. 2. P.92-100, 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsi/a/PSrDy4ZFSGDCzNgJfJwVRxz/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2022.

CRAIGIE, M. *et al.* The Influence of Trait-Negative Affect and Compassion Satisfaction on Compassion Fatigue in Australian Nurses. **American Psychological Association**, v. 8 , n. 1, p.88-97, 2016. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25961866/>. Acesso em 10 jun. 2019.

CRICCO-LIZZA, R. The nurse's need to care: emotional work in neonatal intensive care. v. 24, n. 5, p. 615-28, 2014. doi: [10.1177/1049732314528810](https://doi.org/10.1177/1049732314528810).

CRUZ, B. S. P. **Burnout e fadiga por compaixão em enfermeiros portugueses**, 2014. 28f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivocomportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal; 2014. Disponível em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/27328/1/TESE%20-%20B%c3%a1rbara%20Cruz.pdf>. Acesso em: 08 jul. 2018.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: um estudo de fisiopatologia do trabalho. São Paulo: Cortez-Oboré; 1992. Disponível em:

https://www.crarj.adm.br/publicacoes/acervo_digital/christophe_dejours/A_Loucura_do_Trabalho/index.html#2. Acesso em: 20 jan. 2020.

DORNELLES, T. M.; MACEDO, A. B. T.; SOUZA, S. B. C. Qualidade de vida profissional e coping num hospital de referência para vítimas de violência sexual. **Texto contexto - enferm.** v. 29, 2020. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tce/a/w4FY9dgdDd3qkTFmMsSLGKD/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2022.

DRUCK, G. A terceirização na saúde pública: formas diversas de precarização do trabalho.

Trab. educ. saúde 14 (Suppl1). 2016. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tes/a/ZzrBrfcK75czCSqYzjhhRgk/>. Acesso em: 20 jan. 2022.

DUARTE, J. Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5) **Análise Psicológica**. v. 35, n. 4, p. 529-42, 2017. Lisboa. <http://dx.doi.org/10.14417/ap.1260>.

FALCONE, E. M. O. O papel da tomada de perspectiva na experiência da empatia. In Falcone, E. M. O., Oliva, A. D.; Figueiredo, C. (org.). **Produções em terapia cognitivo-comportamental**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2012. p. 61-69.

FAVROD, C. *et al.* Mental health symptoms and work-related stressors in hospital midwives and NICU nurses: a mixed methods study. **Front psychiatry**, v. 9, n. 364, 2018. doi: [10.3389/fpsyg.2018.00364](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00364).

FIGLEY, C. R. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: FIGLEY, C. R. (org.). *Compassion fatigue*. Nova Iorque: Brunner Mazel, 1995. p.1–20
Disponível em: <https://www.researchgate.net/publication/245720535> *Compassion fatigue as secondary trauma*. Acesso em: 10 jan. 2018.

FIGLEY, C. R. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. **Psychotherapy in Practice**, v. 58, n. 11, p. 1433-41, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12412153/>. Acesso em: 10 jan. 2018.

FORTI, S; SERBENA, C. A.; SCADUTO, A. A. Mensuração da espiritualidade/religiosidade em saúde no Brasil: uma revisão sistemática. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 25, n. 4, p. 1463-1474, 2020. <https://doi.org/10.1590/1413-81232020254.21672018>.

FREUDENBERGER, H. J. The Staff Burn-out syndrome in alternative institutions. **Psychotherapy Theory Research and Practice**, v. 12 n. 1, p. 73-82, 1975. Disponível em: <https://psycnet.apa.org/fulltext/1976-10574-001.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019.

GALIANA, L. *et al.* Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL validation and cross-cultural diagnosis. **J of Pain and Symptom Management**, v. 53, n. 3, p. 598-604, 2017. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014>.

GINOTTO, C.; DIEHL, L. Saúde mental e trabalho: uma reflexão sobre possível relação entre o diagnóstico e as situações de trabalho. **Polêmica**, v. 16, n. 2, p. 90-115, 2016. Disponível em: <https://www.epublicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/22904>. Acesso em: 05 dez. 2019.

GLANZNER, C. H.; OLSCHOWSKY, A.; DUARTE, M. L. C. Estratégias defensivas de equipes de Saúde da família ao sofrimento no trabalho. **Cogitare Enferm**, v. 23, n. 2, 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v23i1.49847>.

GRANT, H. B.; LAVERY, C.; DECARLO, J. An exploratory study of police officers: low compassion satisfaction and compassion fatigue. **Front Psychol**, 9:2793, 2019. doi: [10.3389/fpsyg.2018.02793](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02793).

GREINER, S. B., POSKEY, G. A. Fatigue: Has It Affected Your Compassion? **Neonatal**

Netw. v. 36, n. 5, p. 289-293, 2017. Disponível em:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28847352/>. Acesso em: 26 out. 2022.

HOLCOMBE, T. M. *et al.* Veterinary social work: practice within veterinary settings. **J of Human Behavior in the Social Environment**. v. 26, p. 69-80, 2015.
<https://doi.org/10.1080/10911359.2015.1059170>.

HOOPER, C. *et al.* Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. **J of Emergency Nursing**, v. 36, n. 5, p. 420-427, 2010. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20837210>. Acesso em: 22 jun. 2019.

JAKIMOWICZ, *et al.* Compassion satisfaction and fatigue: a cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. **Aust Crit Care.**, v. 31, n. 6, p. 396-405, 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1036731417301637>. Acesso em: 26 out. 2022.

JILOU, V. *et al.* Fadiga por compaixão no contexto dos profissionais da saúde e estratégias de enfrentamento: coping revisão. **Rev. Bras. Enfer.** v. 74, n. 5, 2021.
<https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628>.

JOINSON, C. Coping with compassion fatigue. *Nursing*, v. 22, n. 4, 1992. Disponível em:
<https://www.semanticscholar.org/paper/Coping-with-compassion-fatigue.-Joinson/82e1e4c49d515b1adebe9e2932458e08280de634>. Acesso em: 30 mar. 2020.

KELLY, A. L.; LEFTON, C. Effect of Meaningful Recognition on Critical Care Nurses' Compassion Fatigue. **Am J Crit Care**. v. 26, n. 6, p. 438-444, 2017.
[doi: 10.4037/ajcc2017471](https://doi.org/10.4037/ajcc2017471).

KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/ sobreviver à luz da complexidade. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 45-51, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a06.
 Acesso em: 22 nov. 2019.

LABIB, M. **Compassion Fatigue, the Wellness of Care Providers, and the Quality of Patient Care**. 2015. 39f. University Honors Theses. Paper 205.
<https://doi.org/10.15760/honors.206>.

LACAZ, F. A. C. O campo Saúde do Trabalhador: resgatando conhecimentos e práticas sobre

as relações trabalho-saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 4, p.757-766, 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v23n4/02.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2019.

LAGO, K. C. **Fadiga por compaixão**: quando ajudar dói. 2008. 210f. Dissertação (Mestrado em Psicologia social) - Instituto de Psicologia Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/1291>. Acesso em: 08 jan. 2018.

LAGO, K. C.; CODO, W. **Fadiga por compaixão**: o sofrimento dos profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes, 2010.

LAGO, K; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQOL-BR., **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 213-221, 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/vyz5Lg35SHqNZc83ZM39BPz/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 10 jan 2018.

LAGO, K. **Compaixão e Trabalho**: como sofrem os profissionais de saúde. 2013. 189f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/14514>. Acesso em: 10 jan 2018.

LAMY, F. F. A equipe da UTI neonatal. In: MOREIRA, M., BRAGA, N.A., MORSCH, D.S., (orgs.) **Quando a vida começa diferente**: o bebê e sua família na UTI neonatal. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003. Criança, Mulher e Saúde collection, p.112-113. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/rqhtt/pdf/moreira-9788575413579-11.pdf>. Acesso em: 22 nov. 2019.

LAMY, Z. *et al.* Atenção Humanizada ao Recém-nascido de baixo peso: método canguru: uma proposta brasileira. **Ciência e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 659-668, 2005. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232005000300022&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 05 nov. 2019.

LEDOUX, K. Understanding compassion fatigue: understanding compassion. **Journal of Advanced Nursing**. v.71, n. 9, p. 2041-50, 2015. <https://doi.org/10.1111/jan.12686>.

LOHMANN, P. M. **O ambiente de cuidado em UTI Neonatal**: a percepção dos pais e da equipe de saúde. 2011. 83f. Dissertação (Mestrado em Ambiente e Desenvolvimento) – Centro Universitário Univates, Lajeado. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/277208888_O_ambiente_de_cuidado_em_UTI_neonatal_a_percepcao_dos_pais_e_da_equipe_de_saude/link/5d6ac869a6fdcc547d701fc7/download. Acesso em: 20 jan. 2020.

LOPES, H. L.; BARBOSA, S. C. Qualidade de vida profissional: o que mantém o bem-estar psíquico dos bombeiros? **Rev. Psicol., Organ. Trab.** v. 20, n. 2, p. 1002-10, 2020. <http://dx.doi.org/10.17652/rpot/2020.2.18277>. Acesso em: 24 jun. 2021.

LONGUINIÈRE, A. C. F.; YARID, S. D.; SILVA, E. C. S. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. **Rev Cuid**, Bucaramanga, v. 9, n. 1, p. 1961-72, 2018. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2216-09732018000101961&lng=en&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 20 nov. 2021.

LOWE, P. L.; JAKIMOWICZ, S.; LEVETT-JONES, T. Neonatal nurses professional quality of life: an integrative review. **Review Article**, v. 29, n. 2, p. 201-212, 01, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.07.006>.

MACHADO, M. H. *et al.* **Os médicos no Brasil**: um retrato da realidade. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. Disponível em: <http://books.scielo.org/id/bm9qp>. Acesso em: 20 jan. 2020.

MACHADO, M. H. *et al.* **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behavior**, v.2, p.99-113, 1981. DOI: [10.1002/job.4030020205](https://doi.org/10.1002/job.4030020205).

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITE, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, n. 2, p. 397-422, 2001. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.psych.52.1.397>. Acesso em: 08 mar. 2020.

MATERNIDADE ESCOLA DA UFRJ. **Portal Maternidade Escola da UFRJ**, 2021. Disponível em: www.me.ufrj.br/index.php/19-pacientes/carta-de-servicos-2/34-pre-natal. Acesso em: 08 mar. 2020.

MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In MERHY E. E.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MERHY, E. E.; FEUERWERKER, L.C.M. Novo olhar sobre as tecnologias de saúde: uma necessidade contemporânea. In: MERHY, E. E. *et al.* **Avaliação compartilhada do cuidado em saúde**: surpreendendo o instituído nas redes. Rio de Janeiro: Hexis, 2016. Disponível em: https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/5531196/mod_resource/content/1/Livro%20avalia

[%C3%A7%C3%A3o%20compartilhada%20do%20cuidado%20volume%201.pdf#page=61](#). Acesso em: 27 out. 2022.

MORSE, J. M. *et al.* Exploring empathy: a conceptual fit for nursing practice? **J of Nursing Scholarship**, v. 24, n. 4, p. 273-280. 1992.
<https://doi.org/10.1111/j.15475069.1992.tb00733.x>.

NOBREGA, A. *et al.* Mortalidade perinatal no Brasil em 2018: análise epidemiológica segundo a classificação de Wigglesworth modificada. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 1, e00003121, jan. 2021. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/csp/a/PbGVP7GjGKDyLG9q46KdZnP/?lang=pt>. Acesso em: 25 nov. 2022.

OLIVEIRA, E.M. *et al.* Ambiente das práticas de Enfermagem e satisfação profissional em unidades críticas. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília. v. 70, n. 1, p. 79-86. fev., 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/MXSTbJ4dWSfyxgPH9tvGJvr/?lang=pt>. Acesso em: 20 nov. 2021

PLACIDO, M. G. **Construção e evidências de validade de conteúdo da Escala de Altruísmo Disposicional para Adultos (EADA)**. 2016. 95f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social), Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
Disponível em: <https://www.btd.uerj.br:8443/handle/1/15387>. Acesso em: 08 jan. 2022.

POTTER, P. *et al.*, Compassion fatigue and *burnout*: prevalence among oncology nurses. **Clinical Journal Oncology Nurses**. v. 14, n. 5, E56-62, 2010.
[doi: 10.1188/10.CJON.E56-E62](https://doi.org/10.1188/10.CJON.E56-E62).

RIBEIRO *et al.*, Fadiga por compaixão e saúde mental de profissionais em ambiente hospitalar. **Rev Bras. Qualidade de Vida**, v. 13, 2021. Disponível em:
<https://periodicos.utfrpr.edu.br/rbqv/article/viewFile/12672/pdf>. Acesso em: 10 jan. 2019.

RICHARDSON, K. S. GREENLE, M. M. Impacto of exposure to patient death or near on compassion fatigue in pediatric intensive care nurses. **Am J Crit Care**. v. 29, n. 4, p. 285-291. 2020. [doi: 10.4037/ajcc2020222](https://doi.org/10.4037/ajcc2020222).

ROCHA, A. P. F.; SOUZA, K. R.; TEIXEIRA, L. R. A saúde e o trabalho de médicos de UTI neonatal: um estudo em hospital público no Rio de Janeiro. **Physis Rev de Saúde Coletiva**, v. 25, n. 3, p. 843-862, 2015. Disponível em
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312015000300009>. Acesso em: 27 out. 2022.

RODRIGUES, M. S. D. Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto

dos cuidados paliativos: revisão de escopo. **REME Rev Min Enferm.** v. 25, e-1386, 2021. DOI: [10.5935/1415.2762.20210034](https://doi.org/10.5935/1415.2762.20210034).

SACCO, T. L. *et al.* Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. **Critical Care Nurse**, v. 35, n. 4, p. 32-44, 2015. Disponível em: <http://ccn.aacnjournals.org/content/35/4/32.full>. Acesso em: 05 out. 2018.

SALEH, Z. N. *et al.* Moral distress and compassion fatigue in nurses of neonatal intensive care unit. **Eletron J Gen Med**, v. 16, n. 2, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.29333/ejgm/93473>.

SALSTON, M.; FIGLEY, C. R. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. **J. Trauma Stress**. v. 16, n. 2, p. 167-74, 2003. DOI: [10.1023/A:1022899207206](https://doi.org/10.1023/A:1022899207206).

SANO, R. *et al.* Negative Consequences of Providing Nursing Care in the Neonatal Intensive Care Unit. **Nursing Outlook**. v. 66, n. 6, p. 576-585, 2018. doi: [10.1016/j.outlook.2018.08.004](https://doi.org/10.1016/j.outlook.2018.08.004).

SANTANA, J. R.; RODRIGUES, C. C.; PEREIRA, S. F. Análise de conteúdo da obra fadiga por compaixão de Kennyston Lago e Wanderley Codo: sob o olhar da enfermagem. **Rev. Pesq. e Ação**, v. 3, n. 1, 2017. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/pesquisa/article/view/268>. Acesso em: 10 jan 2018.

SANTOS, N. A. R. *et al.* Estresse ocupacional na assistência de cuidados paliativos em oncologia. **Cogitare Enferm.** v. 22, n. 4 e-50686. 2017. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2017/12/876588/50686-219740-1-pb.pdf>. Acesso em: 16 jun. 2019.

SANTOS, G. S. **Fadiga por compaixão, síndrome de burnout e a satisfação por compaixão em profissionais de enfermagem**, 2018. 82f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Alagoas. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/3726>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SANTOS, S. C. P. **Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem: ensaio clínico de uma intervenção baseada em Mindfulness para prevenção da exaustão ocupacional**. 2021. 129f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo, Espírito Santo. Disponível em: <http://acervo.bc.ufes.br/biblioteca/index.php>. Acesso em 08 dez. 2022.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia Médica no Brasil**. 2018. São Paulo, SP: FMUSP, CFM, Cremesp, 2018. 286 p. Disponível em: <https://jornal.usp.br/wp-content/uploads/DemografiaMedica2018.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2021.

SCHEFFER, M. *et al.* **Demografia médica no Brasil**. 2020. FIOCRUZ, São Paulo, SP. FMUSP, CFM, 2020. Disponível em: [http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20\(3\).pdf](http://www.epsjv.fiocruz.br/sites/default/files/files/DemografiaMedica2018%20(3).pdf). Acesso em: 20 jan. 2021.

SCOTT, Z.; O'CURRY, S.; MASTROYANNOPOULOU, K. Factors associated with secondary traumatic stress and burnout in neonatal care staff: a cross-sectional survey study. **Infant Mental Health Journal**. v. 42, p. 299–309, 2021. <https://doi.org/10.1002/imhj.21907>

SILVA, J. D. F. **O enfermeiro no exercício de uma profissão predominantemente feminina**. 2017. Trabalho de Conclusão (Curso Enfermagem). Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Bacharel em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão, Maranhão. 2017. Disponível em: <https://rosario.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/2067/1/JacksonSilva.pdf>. Acesso em: 27 mai. 2021.

SOUZA, C. G. V. M. **Investigação da fadiga e/ou satisfação por compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde**. 2015. 185f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Instituto de psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-12112015-122237/en.php>. Acesso em: 10 jan. 2018.

SOUZA, C. G. V. *et al.* Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em Unidades de Terapia Intensiva. **Estud. psicol. Natal**, v. 24, n. 3, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190028>.

STAMM, B. H. **The ProQOL Manual Institute of Rural Health**. 2005. Idaho State University. Disponível em: <http://www.isu.edu/~bhstmm/>. Acesso em: 10 jan. 2018.

STAMM, B. H. **The concise manual for the professional quality of life scale**. 2010. Disponível em: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf. Acesso em: 10 jan. 2018.

TORRES, J. D. P. R. V. *et al.* Fatores associados à fadiga por compaixão em profissionais de saúde, no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. **Temas em Saúde**. v. 18, n. 3, p. 173-189, 2018. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/09/18310.pdf>.

Acesso em: 10 abr. 2019.

TORRES, J. D. P. R. V. *et al.* Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. *Psicologia, Saúde e Doenças*, v. 20, n. 3, p. 670-681, 2019. <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200310>.

WANG, J. *et al.* Factors associated with compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress among Chinese nurses in tertiary hospitals: A cross-sectional study. *In J Nurs Stud*, 102, 103472, 2020. [Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2019.103472](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103472).

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Fifty-second World Health Assembly** verbatim records of plenary meetings and list of participants. Genebra: WHO; 1999. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/258945>. Acesso em: 20 set. 2020

ZANI, G. L.; ROSA, C. L. Síndrome de Burnout e a fadiga da compaixão: das vulnerabilidades dos profissionais de veterinária. *Braz. J. of Develop*, v. 6, n. 1, p. 4107-23, 2020. [https://doi:10.34117/bjdv6n1-292](https://doi.org/10.34117/bjdv6n1-292).

ZHANG, Y. Y. *et al.* Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: a meta-analysis. *J od Nurs Manag*, v. 26, n. 7, p. 810-19, 2018. [Doi: 10.1111 / jonm.12589](https://doi.org/10.1111/jonm.12589).

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) para participar do projeto de pesquisa “Fadiga por compaixão no contexto hospitalar: um estudo sobre profissionais de saúde que trabalham em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN)”, que será realizado na Maternidade-Escola da UFRJ e Hospital Estadual da Mãe, como atividade de pesquisa de Dissertação de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da UFRJ da aluna psicóloga Elcilene Nunes Lins. Você foi selecionado (a) por fazer parte da equipe de saúde da UTIN da Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ) ou do Hospital Estadual da Mãe. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com a instituição. Todo o material recolhido pela observação e avaliação realizadas será utilizado somente em trabalhos acadêmicos e científicos com os objetivos específicos de: a) Verificar se enfermeiros podem ser mais acometidos por FC do que médicos em UTINs; b) Comparar a ocorrência da FC entre médicos e enfermeiros das duas maternidades; c) Investigar que fatores sociodemográficos dos profissionais de saúde estariam associados a FC, comparando-se médicos e enfermeiros; d) Averiguar se diferenças de infraestrutura e de recursos humanos no contexto laboral, podem aumentar a ocorrência de FC em profissionais de UTIN. Para tanto, serão realizadas entrevistas e avaliação da Qualidade de Vida Profissional, utilizando-se protocolos e instrumentos de avaliação padronizados. A pesquisa oferecerá informações para a Maternidade, a fim propor ações de prevenção e promoção da saúde mental dos profissionais e melhorar o serviço de atenção integral em Perinatologia. Fica garantido o sigilo dos dados confidenciais e assegurada a sua privacidade em todas as formas possíveis de identificação na divulgação dos resultados da pesquisa. Aprovado pelo CEP sob o Protocolo CAAE 98602718.3.0000. 5275, seguindo as normas da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, você tem todas as garantias de liberdade para aceitar a participação voluntária na pesquisa ou de abandoná-la a qualquer tempo. Quaisquer reclamações ou recursos poderão ser encaminhados ao Comitê de Ética da Maternidade - Escola da UFRJ, pelo telefone (21) 2285-7935 (ramal 261) ou, ainda, para a própria responsável pela pesquisa, Elcilene Nunes Lins, pelo telefone (21) 979443590. Estando assim de acordo, assinam o presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecimento (TCLE) em duas vias de igual teor.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 2019.

Participante

Elcilene Nunes Lins

CV: <http://lattes.cnpq.br/3462304159293519>

APÊNDICE B - Protocolo De Caracterização Da Amostra (Sociodemográfico e Ocupacional)**PROTOCOLO SOCIODEMOGRÁFICO**

Por favor, leia os itens e marque o número que for correspondente a sua resposta.

Nome (caso queira colocar): _____ Telefone: _____

Cel: _____ E-mail: _____

1) **Idade:** _____ 2) **Sexo:** 1 Masculino 2 Feminino

3) **Nacionalidade** _____ 4) **Naturalidade:** _____

5) **Estado civil:**

1 Solteiro(a) 2 Casado(a)/União estável 3 Separado(a)/Divorciado(a) 4 Viúvo(a)

6) **Tem filhos:** 1 Sim 2 Não

Se sim, quantos **residem** com você? 1 0 2 1 3 2 4 3 5 4 ou mais

7) **Religião:**

1 Católica Apostólica Romana 4 Afro-brasileira 7 Ateu
 2 Protestante 5 Testemunha de Jeová 8 Sem religião
 3 Espírita 6 Budista 9 Outra: _____

8) **Nível de escolaridade:**

1 Superior 3 Especialização 5 Mestrado
 2 Especialização (cursando) 4 Mestrado (cursando) 6 Doutorado

9) **Possui especialização em Neonatologia?** 1 Sim 2 Não

10) **Profissão:** 1 Enfermeiro(a) 2 Médico(a)

11) **Turno de trabalho:** 1 Diurno 2 Noturno 3 Diurno e noturno

12) **Tem outro emprego?** 1 Sim 2 Não

13) **Tempo de serviço na profissão:**

1 6 meses a 1 ano 3 3 anos e 1 mês a 5 anos 5 10 anos e 1 mês a 20 anos
 2 1 ano e 1 mês a 3 anos 4 5 anos e 1 mês a 10 anos 6 mais de 20 anos

14) **Sua atividade laboral é apenas em UTIN?** 1 Sim 2 Não

15) **Carga horária semanal em UTIN:**

1 12h 2 20h 3 24h 4 30h 5 40h 6 48h 7 72h 8 Mais 72h

16) **Tempo de serviço nesta instituição:**

1 6 meses a 1 ano 3 3 anos e 1 mês a 5 anos 5 10 anos e 1 mês a 20 anos
 2 1 ano e 1 mês a 3 anos 4 5 anos e 1 mês a 10 anos 6 mais de 20 anos

17) **Carga horária diária na UTIN nesta instituição?** 1 6h 2 8h 3 12h 4 24h

18) **Carga horária semanal na UTIN desta instituição:** 1 12h 2 20h 3 24h 4 30h 5 48h

19) **Renda Mensal Pessoal:**

1 Até R\$3.000,00 3 De R\$5.001,00 a R\$8.000,00 5 R\$15.001,00 a R\$20.000,00
 2 De R\$3.001,00 a R\$5.000,00 4 De R\$8.001,00 a R\$.15.000,00 6 Mais de R\$20.000,00

20) **Renda mensal familiar:**

1 Até R\$3.000,00 3 De R\$5.001,00 a R\$8.000,00 5 R\$15.001,00 a R\$20.000,00
 2 De R\$3.001,00 a R\$5.000,00 4 De R\$8.001,00 a R\$.15.000,00 6 Mais de R\$20.000,00

APÊNDICE C - Termo De Autorização Do Hospital Da Mãe De Mesquita



Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Estadual da Mãe

Termo de Autorização da Instituição

Eu, como diretor responsável pelo Complexo Regional de Mesquita - Maternidade e Clínica da Mulher, autorizo a realização do estudo **Fadiga por compaixão no contexto hospitalar: um estudo sobre profissionais de saúde que trabalham em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN)**, a ser conduzido pelos pesquisadores abaixo relacionados. Fui informado pela responsável do estudo sobre as características e objetivos da pesquisa, bem como, sobre as atividades que serão realizadas na instituição a qual represento.

Declaro ainda, ter lido e concordado com o parecer ético emitido pelo CEP da Maternidade Escola da UFRJ, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, seguindo as normas da Resolução do Conselho Nacional da Saúde do Ministério da Saúde CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipantes do presente projeto de pesquisa e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia da segurança e bem-estar dos participantes.

Mesquita, 30 de julho de 2019.

Dr. Sérgio A. M. Teixeira
Hospital Estadual da Mãe
Diretor Geral
CRM 52.43170-4

Pesquisadores responsáveis:

Ana Cristina Barros da Cunha – Coordenadora – <http://lattes.cnpq.br/9017520746153592>.

Elcilene Nunes Lins – Co-coordenadora – <http://lattes.cnpq.br/3462304159293519>.

APÊNDICE D – Projeto Aplicativo**Programa de Mestrado Profissional
em Saúde Perinatal da Maternidade Escola
da Universidade Federal do Rio de Janeiro****ELCILENE NUNES LINS**CV: <http://lattes.cnpq.br/3462304159293519>**ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE RECONHECEREM E
GERENCIAREM OS RISCOS À SAÚDE MENTAL: EBOOK SOBRE FADIGA POR
COMPAIXÃO (FC)**

Projeto Aplicativo desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como requisito parcial necessário à obtenção do título de Mestre.

Orientadora: Profa. Dra Ana Cristina Barros Da Cunha
CV: <http://lattes.cnpq.br/9017520746153592>

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma Árvore de Problema.....	93
Quadro 1 - Matriz de Identificação e relevância dos atores sociais.....	94
Quadro 2 – Plano de ação – Ação estratégica 1.....	95
Quadro 3 – Plano de ação – Ação estratégica 1.....	96
Quadro 4 – Plano de ação – Ação estratégica 2.....	97

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	89
1.1	Objetivos.....	89
1.1.1	Objetivo Geral.....	89
1.1.2	Ações específicas.....	90
3	REFERENCIAL TEÓRICO.....	90
3.1	Conceito de problema: profissionais de saúde sofrem de Fadiga por Compaixão.....	90
3.2	Conceito de estratégia: rastreamento de risco da Fadiga por compaixão em profissionais de saúde, médicos e enfermeiros.....	91
3.3	Ambiente organizacional: a Maternidade Escola (ME) e os médicos e profissionais da enfermagem.....	91
3.4	Elaboração de Ebook Você sabe o que é Fadiga por Compaixão: Orientações para Profissionais de Saúde Reconhecerem e Gerenciarem os Riscos à Saúde Mental.....	92
3.4.1	Conceito de Planejamento Estratégico Situacional.....	92
4	ANÁLISE DOS PROBLEMAS.....	92
4.1	Conceito de Árvore	92
4.2	Árvore de Problemas.....	93
5	ATORES SOCIAIS.....	93
5.1	Conceito.....	93
5.2	Matriz de Identificação e Relevância dos Atores.....	94
6	PLANO DE AÇÃO.....	94
6.1	Apresentação das Operações.....	94
7	RESULTADOS ESPERADOS.....	98
	REFERÊNCIAS.....	98
	APÊNDICE E.....	101

1 INTRODUÇÃO

O profissional de saúde se extenua na prática assistencial pela vivência de estresse prolongado, caracterizado por compaixão pelo sofrimento alheio (FIGLEY, 1995). A literatura considera que existe o caráter altruísta do cuidado assistencial, que pode gerar um polo negativo na qualidade de vida profissional (QVP) que é o fenômeno da Fadiga por Compaixão.

A Fadiga por Compaixão é um estado de exaustão e disfunção biológica, psíquica e social, com respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao trabalho. Pode acometer o profissional que passa a sofrer de esvanecimento crônico do cuidado por não se perceber recompensado no seu exercício profissional (FIGLEY, 2002). Surge de forma inesperada com pouca sintomatologia e súbita evolução. Trata-se, então, de um fenômeno que resulta de um processo cumulativo de dor empática (ARAÚJO; VASQUES-MENEZES, 2018; FIGLEY, 1995; LAGO, 2008). Daí a importância de estar alerta aos fatores de risco que podem estar sinalizando, silenciosamente, a evolução da FC.

Considerada principal ameaça à saúde mental dos profissionais de saúde, combina o Estresse Traumático Secundário, que é um transtorno psíquico resultante da sobrecarga emocional do cuidado contínuo à dor e trauma alheio, com a Síndrome de Burnout, construto social, ligado ao estresse no contexto laboral ou organizacional.

Existem aspectos favoráveis no cuidado assistencial, nesse sentido, o equilíbrio saudável entre o pólo positivo, a Satisfação por Compaixão (SC), que diz respeito aos aspectos gratificantes vivenciados no cuidado à pessoa traumatizada, e o polo negativo, a Fadiga por Compaixão (FC), que são as vivências desfavoráveis no trabalho e na vida pessoal, esses dois aspectos deram origem ao conceito de QVP (STAMM, 2010).

Estudos sobre FC realizados em unidades hospitalares, afirmam que os profissionais de saúde estão expostos a uma grande sobrecarga emocional devido à complexidade do serviço e às condições dos pacientes e apontam para os enfermeiros, entre os profissionais em maior risco de adoecimento (BORGES *et al.* 2019; CRUZ, 2014; DORNELLES; MACEDO; SOUZA, 2020; FIGLEY, 2002; LABIB, 2015; LAGO; CODO, 2010; RODRIGUES *et al.* 2021) o que corrobora com o presente estudo.

A hospitalização em Unidades de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) acarreta condições impactantes para a vida da criança, como a exposição do RN a complicações que podem resultar em possíveis sequelas, o que demanda a atenção especial da equipe de saúde (KLOCK; ERDMANN, 2012). Nesse cenário, médicos e profissionais de enfermagem que trabalham na UTIN vivenciam um ambiente que os expõem a um estado de fragilidade ao lidar com situações traumáticas, próprias desse ambiente estressor. Segundo (HOOPER *et al.*, 2010; LABIB, 2015), estima-se que 86% destes trabalhadores sejam acometidos pela FC em UTIN, outro estudo concluiu que afeta até 40% dos profissionais de saúde que trabalham em ambientes de terapia intensiva (RICHARDSON; GREENLE, 2020).

Muitas vezes as consequências psicológicas e fisiológicas representam um comportamento de acomodação para o profissional continuar trabalhando e tendo interesse em ser empático em relação ao sofrimento alheio. De acordo com Lago (2008), o estresse é justamente a resposta a esse estímulo, onde há o aumento de ajuste adaptativo. A sobrecarga física e emocional é muitas vezes negligenciada pelos profissionais de saúde que atuam em ambientes de alta complexidade como UTIN.

No Brasil, a maioria das pesquisas foi realizada no campo hospitalar, as amostras constituídas de médicos e profissionais da enfermagem. Contudo, encontramos estudos com equipes do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Defesa Civil. O fenômeno da FC é pouco conhecido, a literatura nacional sobre o tema, ainda se mostra incipiente e escassa.

Daí a importância da investigação sobre o assunto, com o objetivo de oferecer evidências científicas que promovam a divulgação do tema Fadiga por Compaixão, com vistas a identificação precoce dos sinais e sintomas e a adoção de medidas preventivas e apoio à melhoria das condições de saúde do profissional.

1.1 Objetivos

1.1.1 Objetivo Geral

Elaborar um material sobre a importância da atenção à saúde mental dos profissionais de saúde, com vistas na adoção de estratégias de prevenção da Fadiga por Compaixão em profissionais de saúde.

1.1.2 Ações Específicas

- 1) Analisar o ambiente situacional sobre o risco de FC nos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros da UTIN da ME;
- 2) Sensibilizar os profissionais de saúde para a importância da atenção à Saúde Mental;
- 3) Criar um ebook visando prestar orientações para profissionais de saúde reconhecerem e gerenciarem os riscos à saúde mental;
- 4) Divulgar o ebook *O que é Fadiga por Compaixão?* orientações para profissionais de saúde reconhecerem e gerenciarem os riscos à saúde mental.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Conceito do problema: profissionais de saúde sofrem de Fadiga por Compaixão

No Brasil, os transtornos mentais são um dos principais grupos de agravos relacionados ao trabalho (OMS, 2021). Estima-se que exista uma subnotificação dos diagnósticos de transtornos mentais e a relação com o trabalho. Alguns fatores contribuem para isso: a própria natureza e complexidade do adoecimento mental; a desinformação e inexperiência dos profissionais de saúde nas questões de saúde do trabalhador; as resistências e negação por parte dos empregadores em assumir sua responsabilidade na geração de agravos. Isso resulta na invisibilidade dos transtornos mentais relacionados ao trabalho, dificultando o adequado dimensionamento e conhecimento da magnitude do problema, necessários à adoção de medidas de promoção e proteção da saúde dos trabalhadores (SOUZA *et al.*, 2014).

Um dos exemplos de doenças provocadas no ambiente de trabalho e que causam problemas de saúde mental nos trabalhadores é a depressão. Vários fatores podem desencadear uma depressão no trabalho, independente do cargo ou da profissão, embora pessoas que trabalham diretamente na assistência estejam em maior risco de adoecimento por depressão, como é o caso dos enfermeiros. Segundo Codo (2007), a depressão é um dos maiores transtornos neuróticos responsáveis pelo afastamento temporário no trabalho, enquanto o estresse prejudica a saúde do trabalhador e pode estar presente nos contextos de trabalho em maior ou menor grau.

No cenário brasileiro, temos prevalência no corpo da enfermagem do gênero feminino, há demonstrações de discriminação que intensificam comportamentos de ansiedade e depressão Machado *et al.*, (2017). Segundo a OMS (2021), o Brasil é o segundo país nas Américas com maior percentual de pessoas com depressão, 5,8% da população.

A prevalência de transtornos mentais, como depressão e ansiedade, vem crescendo no Brasil, o que configura uma grande preocupação para os empregados e organizações (OMS, 2021). Outro fenômeno laboral é o *Burnout*, síndrome psicológica em reação a estressores interpessoais crônicos no trabalho (MASLACH; LEITER; SCHAUFELI, 2001). Dentre os transtornos ocupacionais, a literatura brasileira afirma que existe relação entre a FC e o ambiente de trabalho estressante, com consequências somáticas e psíquicas, sobretudo, em profissionais de saúde expostos continuamente ao sofrimento do outro (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; RIBEIRO *et al.*, 2021; RODRIGUES *et al.*, 2021; SANTOS, 2018; TORRES *et al.*, 2018).

Para compreender o fenômeno FC é preciso considerar que na maioria das circunstâncias, ações que expressam compaixão e empatia geram custos psicológicos, que, em alguns casos, podem levar o indivíduo ao esgotamento com consequências multidimensionais que levam a uma gradual redução na sua capacidade de suportar a dor e a aflição alheia (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014). No entanto, o profissional pode sentir-se, concomitantemente, satisfeito, o que diz respeito aos afetos prazerosos vivenciados no âmbito do trabalho (SC) e fatigado, o que constitui de uma insatisfação emocional no trabalho (FC).

A FC é constituída de três dimensões, a SC, uma forma de gratidão encontrada pelo profissional na atividade exercida, o BO, exaustão física e emocional devido ao estresse crônico no ambiente de trabalho e o Estresse Traumático Secundário (ETS), consequências comportamental e emocional resultante da contínua compaixão e cuidado ao paciente que sofre, o cuidador pode absorver medos e angústias do paciente vítima de traumas. Essas dimensões do cuidado podem trazer, ao longo do tempo, consequências somáticas e psíquicas e para o serviço, com declínio na prática assistencial do profissional de saúde (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014).

Além disso, um ambiente com cenas de dor e sofrimento naturalmente impacta de forma negativa a quem socorre, no entanto, o problema tem origem quando esse impacto se estende por um longo tempo

e o cuidador apresenta dificuldade de gerenciar os danos emocionais, em consequência do cuidado àquele que sofre. Em geral, profissionais que cuidam do outro tendem a negligenciar suas próprias necessidades de cuidados quando se focam nas necessidades dos seus clientes (FIGLEY, 2002).

A atenção aos sinais do adoecimento psíquico se apresenta de forma tardia, com reflexos para o serviço, agravos para o trabalhador e impacto financeiro para a empresa, sobretudo, ambientes laborais estressantes como o hospital. Muitas vezes as consequências psicológica e fisiológica representam um comportamento adaptativo para o profissional continuar trabalhando e tendo interesse em ser empático em relação ao sofrimento alheio.

Ideal seria que em todas as unidades hospitalares, o cuidado com a saúde mental dos profissionais fizesse parte das práticas gerenciais de saúde. Afinal, a Saúde do Trabalhador, conjunto de ações de vigilância e assistência, visando a promoção e proteção, a recuperação e a reabilitação de saúde dos trabalhadores submetidos a riscos e agravos advindos dos processos de trabalho, passou a fazer parte das ações desenvolvidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), (BRASIL, 1990), ainda mais porque a maioria dos serviços não conta com o suporte ao trabalhador.

3.2 Conceito da estratégia: rastreamento da ocorrência da Fadiga por Compaixão (FC) em profissionais de saúde, médicos e enfermeiros

Tendo em vista a prevalência de FC, bem como do ETS, em profissionais de saúde, mais especificamente, encontrada em enfermeiros, para o risco de adoecimento psíquico pela rotina de trabalho, talvez sejam eles quem estão mais sujeitos ao sofrimento compassivo pela vivência da angústia alheia. No entanto, o que sugere fragilidade, pode também sustentar uma resistência e aumentar a resiliência, o que merece investigação.

Nessa direção, propõe-se atenção aos fatores de risco, as consequências e a importância da adoção de medidas que incentivem a autocompaixão e a valorização do profissional no seu ambiente de trabalho. Após pactuar com a equipe de saúde da UTIN, sensibilizando-a para a importância para um olhar atento para os sinais psíquicos e somáticos, que podem surgir de forma repentina e algumas vezes os sinais são muito sutis.

Pretende-se com a divulgação do fenômeno da FC, que o profissional e as instituições, busquem compreender quais questões afetam seus profissionais, a fim de implementar estratégias que identifiquem a causa de sofrimentos como a FC e o ETS, muitas vezes oriundas das inquietações dos seus trabalhadores e ainda que a atenção a saúde mental seja avaliada precocemente por profissional adequado.

Com base na relevância da atenção à saúde do trabalhador, não apenas a saúde física, mas também, a saúde mental, apontamos para a importância da devida atenção aos sinais do adoecimento psíquico se apresentar de forma tardia, com consequências para o serviço, agravos para o trabalhador e impactos financeiros para as organizações de saúde, sobremaneira, em ambientes de trabalho estressantes como o hospital.

Considerando que o cenário atual da saúde pública brasileira, em decorrência da crise política, econômica e social, expõe os profissionais de saúde a rotinas e condições de trabalho cada vez mais estressantes e com um olhar pouco atento à saúde mental daqueles que cuidam. Elaborar um material sobre a importância da atenção à Saúde Mental dos Profissionais de Saúde é de suma importância.

Ebook , ‘Você sabe o que é Fadiga por Compaixão?’, que disponha ao serviço da ME da UFRJ a descrição sucinta de sinais e sintomas, etapas a serem percorridas, com a autonomia do profissional e identificação da sua própria demanda de acolhimento, identificação precoce dos casos suspeitos de FC e outros transtornos disruptivos, como depressão e ansiedade. A ação específica, um ebook de atenção à saúde mental do profissional de saúde, com linguagem simples, visando orientar o profissional e gestores, sobre o fluxo de acesso aos recursos disponíveis no serviço de saúde mental na Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador (DVST).

3.3 Ambiente organizacional: a Maternidade Escola e os médicos e profissionais da enfermagem

A Maternidade Escola da UFRJ (ME/UFRJ) disponibiliza seus protocolos assistenciais em seu site. Dessa forma, esta instituição poderia disponibilizar o ebook ‘Você sabe o que é Fadiga por Compaixão?’, visando contribuir para a promoção da qualidade de vida profissional (QVP).

3.4 Elaboração de um Ebook ‘Você sabe o que é Fadiga por Compaixão? Orientações para Profissionais de Saúde Reconhecerem e Gerenciarem os Riscos à Saúde Mental’

Esse projeto tem como objetivo elaboração de um material de atenção à saúde mental dos profissionais de saúde, como ação específica, criar o ebook de orientações para profissionais de saúde reconhecerem e gerenciarem os riscos da Fadiga por Compaixão, a que possam estar expostos, garante autonomia a um maior número de profissionais como estratégias de cuidado, alternativa prática e de baixo custo, fácil acesso e visualização e ainda oferece um caminho de maior governabilidade e viabilidade. Indicada a profissionais de saúde por meio da divulgação do mesmo no endereço eletrônico da ME/UFRJ. A metodologia utilizada para a criação do ebook foi o Planejamento Estratégico Situacional que será apresentado a seguir.

3.4.1 Conceito de Planejamento Estratégico Situacional

Planejamento corresponde ao cálculo que precede e preside a ação frente a um problema. Ele incorpora aspectos gerenciais, organizacionais, com ênfase no momento tático-operacional do plano (ARTMAN, 2000).

Os métodos tradicionais de planejamento foram difundidos na América Latina a partir da década de 50 e estavam pautados em projeções para o futuro baseadas em diagnósticos do passado e, portanto, se apresentavam de modo estático e acabado. Além disso, havia um distanciamento entre a equipe de planejamento e a de execução da ação, fazendo com que o plano ficasse esquecido ou desatualizado assim que fosse posto em prática. Essas particularidades tornavam o planejamento tradicional pouco eficiente para solucionar problemas complexos (IIDA, 1993, p.115).

Segundo Matus apud Rivera; Artmann (1993) “um problema suscita à ação: é uma realidade insatisfatória superável que permite o intercâmbio favorável com outra realidade” (RIVERA; ARTMANN, 2014), ele não será realizado por completo, e sim produzirá efeitos positivos em uma determinada realidade. Dentre as várias causas do problema, existem os pontos de enfrentamento, os nós críticos, a partir da qual serão elaboradas as ações.

O objetivo da análise de problemas é o de estabelecer uma visão geral da situação problemática. Segundo Helming, Göbel (1998, p.16) “[...] problemas não existem independentemente das pessoas que os têm, resolvê-los dependerá da pressão que o problema exerce sobre eles – eles existem quando elas os sentem”. Existem problemas que os atores não percebem como tal, situações idênticas podem ser consideradas problema para um grupo e solução para outro.

Na década de 70, Carlos Matus a partir da sua vivência no cargo de ministro da Economia do governo chileno, e ainda, da observação de outras experiências de planejamento da América Latina que não obtiveram sucesso idealizou o Planejamento Estratégico Situacional – PES (ARTMAN, 2014). Refere-se a um método de planejamento para problemas mal estruturados e complexos, para os quais não existe solução conhecida (ARTMAN, 2000; IIDA, 1993).

Nessa conjuntura aparece o PES, flexível, adaptável às modificações da situação-problema, uma vez que aproxima a parte responsável pelo planejamento com a parte da execução da ação (IIDA, 1993). Com essas características, o PES sobressai por sua plasticidade e aposta estratégica, já que visa transformar um problema de alta complexidade em outro de menor dificuldade e, portanto, capaz de ser resolvido ou amenizado (HUERTAS, 1996; IIDA, 1993).

Segundo Iida (1993), o PES se assemelha a um jogo de xadrez, um jogador deve jogar com o outro e nenhum deles é destacado. Cada jogador faz uma análise situacional para efetuar a melhor jogada no momento. O prosseguimento do jogo depende de ambas as partes, sendo uma fundamental para a ação e reação da outra. Assim sendo, as atuações dos atores sociais envolvidos serão abalizadas pelo PES, e adaptáveis a alterações de acordo com as necessidades do momento.

Nesse contexto, o material sobre a importância da atenção à Saúde Mental dos profissionais de saúde, objetiva oferecer subsídios para divulgação do tema e a identificação precoce dos riscos a que os profissionais possam estar expostos, como ação específica criar um ebook de orientações para profissionais de saúde reconhecerem e gerenciarem os riscos da Fadiga por Compaixão, intenciona, através de ferramenta que estimule o autocuidado, visando a promoção da qualidade de vida profissional.

4 ANÁLISE DE PROBLEMAS

4.1 Conceito de Árvore

Entre as metodologias mais interessantes para desenvolver um projeto de intervenção encontra-

se a “Árvore de Problemas”, trata-se de metodologia diagnóstica elaborada para facilitar a visualização de um problema, suas causas e seus efeitos.

A “Árvore de Problemas” é “uma versão resumida do fluxograma situacional” (ILDA, 1993, p. 120) que explica de forma gráfica (ILDA, 1993), é uma versão simplificada do fluxograma situacional (GONÇALVES, 2005). É um modelo gráfico para análise situacional qualitativa ao que Matus (1996) definiu como vetor de descrição de um problema. Existe uma relação de causa e efeito que explica suas principais causas – os “nós” críticos – e impactos envolvidos. Esse recorte é feito para que os demais argumentos sejam esquecidos em prol da atenção se concentrar apenas nos nós críticos (RIVERA; ARTMANN, 2014). A partir daí, elimina-se os problemas sem viabilidade, os “fora do jogo” e prioriza os problemas reais que podem ser considerados evitáveis e com alto valor de impacto. Os descritores e indicadores dos nós críticos servem como norteadores dos resultados.

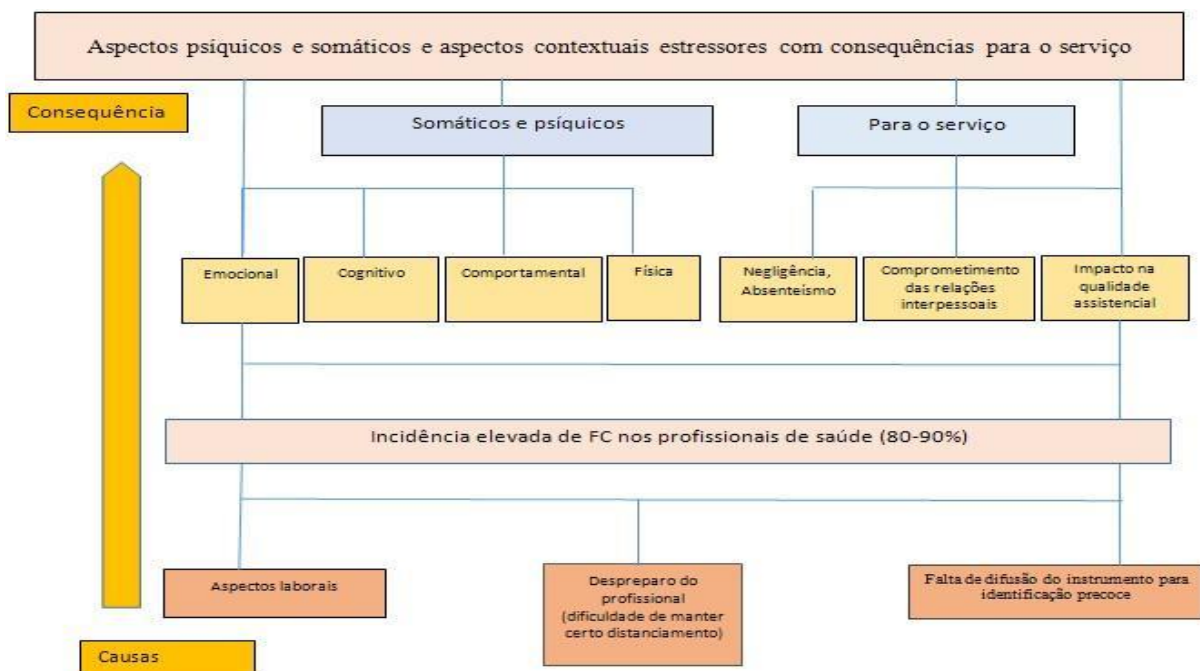
Constantemente novos problemas podem ser gerados, o que suscita novos fluxos, dessa forma, outras causas se evidenciam e tomam maior relevância, modificando o fluxograma durante o processo. A investigação e o estudo do tema proposto e o envolvimento dos atores em questão é a melhor maneira de construir uma árvore mais sólida, de base, forte e de verdadeiro enraizamento dos descritores principais (RIVERA, ARTMANN, 2014).

No presente estudo, a árvore de problemas tem como descritor a “incidência elevada de Fadiga por Compaixão nos profissionais de saúde”. Essa será capaz de expor em diagrama a relação entre suas causas e consequências do problema, permitindo as melhores “jogadas” dos atores envolvidos, neste caso os profissionais da saúde e promover a melhoria da qualidade de vida profissional.

4.2 Árvore de problemas

Na árvore de problemas proposta, foi construída para o presente estudo e apresenta como problema “Incidência elevada de Fadiga por Compaixão em profissionais de saúde”.

Figura 1 - Fluxograma Árvore de Problema



Fonte: Elaborada pela autora, 2019

5 ATORES SOCIAIS

5.1 Conceito

Conforme o método PES, os atores sociais constituem os autores e sujeitos da execução da estratégia e devem ser compreendidos no contexto político, social e/ou econômico (HUERTAS, 1996). As percepções da realidade desses atores serão fundamentais para apoiar ou resistir às mudanças propostas pelo plano de ação e suas operações, visto que detêm algum tipo de controle sobre os recursos

(IIDA, 1993).

5.2 Matriz de Identificação e Relevância dos Atores

Quadro 1 - Matriz de Identificação e relevância dos atores sociais

ATORES	VALOR	INTERESS E
Direção da Maternidade Escola (Prof. Dr. Jorge Rezende Filho)	Médio	+
Coordenação médica – UTIN – ME – UFRJ (Maura Rodrigues de Castilho)	Alto	+
Coordenação de enfermagem – UTIN –ME – UFRJ (Micheli Marinho Melo)	Alto	+
Orientadora (Profa. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha)	Alto	+
Pesquisadora (Elcilene Nunes Lins)	Alto	+
Médicos e profissionais de enfermagem, UTIN–ME– UFRJ	Alto	+

Fonte: Elaborada pela autora, 2019

6 PLANO DE AÇÃO

Após a análise situacional e seleção dos “nós críticos”, as estratégias traçadas são divididas em operações para elaboração do plano das ações concretas. Cada ação produz impacto sobre um objetivo específico que se relaciona com o descritor principal, propondo soluções. Cada operação será detalhada em ações que expressem com maior precisão o seu conteúdo e ofereçam saídas satisfatórias para o problema.

A situação-objetivo é a nova situação a ser atingida, por meio do PES, visto que ele é mutável e flexível, pode ser desenhada transformando-se os descritores do problema em novos indicadores desejados, caso seja necessário.

6.1 Apresentação das Operações

Para atuar sobre o problema, elaboram-se algumas operações que correspondem a ações capazes de produzir um impacto positivo sobre o descritor (IIDA, 1993). Segue o desenho das operações deste projeto aplicativo:

Quadro 2 – Plano de ação – Ação estratégica 1

Análise situacional do risco de Fadiga por compaixão nos profissionais de saúde da UTIN										
Operações	Dificuldades	Facilidades	Recursos				Cronograma	Responsavel	Aviação	Monitoramento
1ª Ação – Contato com os coordenadores de equipes	Horário disponível para reunião	Coordenadores receptivos e disponíveis a colaborar	Financeiro	Organizativo	Poder	Materiais	Ago/2019	Orientadora, Mestranda	Receptividade das coordenadoras	Através de agenda
	Desconhecimento sobre o tema FC	Acesso a escala dos profissionais	Próprio da pesquisadora	Estrutura l/Recursos humanos/ conhecimento do tema	Direção ME/coordenadores de equipes/orientadora/mestranda	Material de escritório/eletônicos/recursos físicos				
2ª Ação-Sensibilização os participantes para responderem os instrumentos	Não conhecer a estrutura da UTIN	Disponibilidade dos profissionais; Motivação em participar da pesquisa	Próprio da pesquisadora	Estrutura l/Recursos humanos/ conhecimento do tema	Direção ME/coordenadores de equipes/orientadora/mestranda	Material de escritório/eletônicos/recursos físicos	Ago/2019	Orientadora Mestranda coordena dores dos médicos e equipe de enfermagem, Colaboradora do LEPIDS	Receptividade dos participantes Planilha de controle Observação no caderno de anotações Processar os dados do instrumento psicométrico (ProQOL-BR)	Observação do nível de importância dada ao tema
	Horários variados do round						Set/2019 a jan/2020			
3ª Ação Coleta de dados	Intercorrências na UTIN Horário de round variados Desconhecimento sobre o tema FC	Disponibilidade de horário final de semana						Orientadora, Mestranda, Colaboradora do LEPIDS	Percentual de instrumentos aplicados <i>Feedback</i> a 90% dos profissionais	Coletar 100% das sugestões dos profissionais de saúde.

Quadro 3 – Plano de ação – Ação estratégica 2

Sensibilização dos profissionais de saúde para a importância da atenção à Saúde Mental

Operações	Dificuldades	Facilidades	Recursos				Cronograma	Responsável	Avaliação	Monitoramento
1ª Ação – Divulgação aos coordenadores de equipes dos resultados obtidos com os profissionais da UTIN-ME	Compatibilidade de horários e intercorrências no Setor	Ambiente de ensino e pesquisa; Receptividade dos profissionais	Financeiro	Organizativo	Poder	Materiais	Abr/2020	Orientadora, Mestranda	Avaliar através do <i>Feedback dos</i> profissionais interessados que o produto seja criado.	Feedback a 100% dos coordenadores
			Próprio da pesquisadora	Estrutural/Recursos humanos	Direção ME/coordenadores de equipes /orientadora/mestranda	Estrutural/Material de escritório/planilhas eletrônicas/recurso físico				
2ª Ação - Divulgação aos profissionais de saúde dos dados obtidos e o risco para o ETS.	Mudança de escala, controle dos participantes respondentes	Interesse manifesto em receber o resultado da pesquisa					Mai/2020	Orientadora, Mestranda.	Avaliar através da participação e colaboração dos profissionais nas conversas.	Feedback dos profissionais Percentual de Profissionais participantes

Quadro 4 – Plano de ação – Ação estratégica 3

Proposta de Implantar uma Cartilha sobre de Orientação para Profissionais de Saúde Reconhecer e Gerenciar os Riscos a Saúde Mental										
Operações	Dificuldades	Facilidades	Recursos				Cronograma	Responsável	Aviação	Monit ramen to
1ª Ação – Criar uma Cartilha sobre de Orientação para Profissionais de Saúde Reconhecer e Gerenciar os Riscos para a Saúde Mental (Fadiga por Compaixão)	Processo de elaboração da cartilha	Acesso a conteúdo teórico	Financeir o	Organiz ativo	Poder	Materiais	Jul a set/2020	Orientadora Mestranda	Disponibilizar a Cartilha, após aprovação.	Produto proposto 100% disponib ilizado.
			Próprio da pesquisa dora	Recurso s humanos /sala de reuniões	Direção ME/coord enadores de equipes/ orientador a/mestran da	Material de escritório/el etrônicos/ recurso físico				
2ª Ação – Avaliação dos professores-orientadores. Após aprovação, solicitar ao Setor Multimídia da ME/FRJ a viabilidade de postar versão teste da Cartilha.	Sensibilizar para a importância do impacto positivo	Colaboração equipe LEPIDS Conteúdo Profissionais; Fácil acesso Curta duração Acesso livre Smartphone Sem custo Acesso aos profissionais					Out a Nov/2020	Orientadora Mestranda Coordenadores de equipes	Feedback dos profissionais	Interess e dos profissio nais em acessar o conteú do.
3ª Ação – Realizar reunião com o Setor Multimídia para realizar os últimos ajustes para a versão final uma Cartilha de Orientação para Profissionais de Saúde Reconhecer e Gerenciar os Riscos para a Saúde Mental (Fadiga por Compaixão).	Seleção do conteúdo	Colaboração equipe LEPIDS Conteúdo lúdico Profissionais; Fácil acesso Curta duração Acesso Smartphone Sem custo					Dez a Jan/2021	Orientadora Mestranda	Percentual de profissionais motivados <i>Feedback</i> Conteúdo elaborado	Percentu al de acessos ao link da cartilha

7 RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que o ebook, contribua para a divulgação do tema Fadiga por Compaixão, para a identificação precoce dos riscos a que os profissionais possam estar expostos, bem como, com a adoção de estratégias de prevenção do transtorno. O ebook que deverá ser publicado nas redes sociais, que contribua para a aprendizagem e mudanças das práticas institucionais considerando que as causas do adoecimento empático têm origem no contexto laboral.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, I. C.; VASQUES-MENEZES, I. **Fadiga por Compaixão: os custos do cuidado**. Paraná: CRV, 2018.

ARTMANN, E.; **O planejamento estratégico situacional no nível local: um instrumento a favor da visão multissetorial**. In: *OFICINA SOCIAL Nº 3 DESENVOLVIMENTO SOCIAL*.: COPPE/UFRJ, 25p., 2000.

ARTMANN E.; RIVERA, F.J.U. **Planejamento e gestão estratégica em saúde: conceitos, história e propostas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014. 162p.

BARBOSA, S. C.; SOUZA, S.; MOREIRA, J. S. A Fadiga por Compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, v. 14, n. 3, p. 315-23, 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1984-66572014000300007&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 jan. 2018.

BORGES, M. N. E *et al.* Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. **Rev. Latino-Americ. Enfermagem**, v.27, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>. Acesso em: 21 set. 2020.

BRASIL. **Lei n. 8.080, 19 setembro, 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/1990/lei-8080-19-setembro-1990-365093-norma-actualizada-pl.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2019.

CODO, W. Um diagnóstico integrado do trabalho com ênfase em Saúde Mental. In: JACQUES, M. G. (Org). **Saúde mental e trabalho: leituras**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

CRUZ, B. S. P. **Burnout e fadiga por compaixão em enfermeiros portugueses**, 2014. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivocomportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde) - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra. Coimbra. Portugal; 2014. Acesso em: <https://estudogeral.uc.pt/bitstream/10316/27328/1/TESE%20-%20B%20a%20lrbara%20Cruz.pdf>. Acesso em: jul. 2018.

DORNELLES, T. M.; MACEDO, A. B. T.; SOUZA, S. B. C. Qualidade de vida profissional e coping num hospital de referência para vítimas de violência sexual. **Texto contexto - enferm.** v. 29, 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/w4FY9dgfDd3qkTFmMsSLGKD/?lang=pt>. Acesso em: 26 out. 2022.

FIGLEY, C. R. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: FIGLEY, C. R. (org.). **Compassion fatigue**. Nova Iorque: Brunner Mazel, 1995. p.1–20 Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/245720535_Compassion_fatigue_as_secondary_trauma>
Acesso em: 10 jan. 2018.

FIGLEY, C. R. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care. **Psychotherapy in Practice**, v. 58, n. 11, p. 1433-41, 2002. Disponível em:
<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12412153/>>. Acesso em: 10 jan. 2018.

GONÇALVES, R. G. **Modelos emergentes de planejamento**: elaboração e difusão. Um estudo do planejamento estratégico situacional. 2005. 201f. Tese (Doutorado em Planejamento Urbano e Regional) - Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano e Regional, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005. Disponível em:
<https://jacksondetoni.files.wordpress.com/2012/09/texto-5-tese-pes-ipur-raquel5.pdf>. Acesso em: 22 set. 2019.

HELMING, S.; GÖBEL, M. Planejamento de projetos orientado por objetivos (ZOPP): um guia de orientação para o planejamento de projetos novos e em andamento. Frankfurt: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ) GmbH, Multiprint, 1998.

HOOVER, C. *et al.* Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. **Journal of Emergency Nursing**, v. 36, n. 5, p. 420-427, 2010. Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20837210>. Acesso em: 22 jun. 2019.

HUERTAS, F. **Entrevista com Carlos Matus**: O método PES. São Paulo: Fundap, 1996.

IIDA, I.; **Planejamento estratégico situacional**; v.3; n.2; 1993. Disponível em:
<http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65131993000200004>. Acesso em 22 de set. 2019.

KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/ sobreviver à luz da complexidade. **Rev. Esc Enferm USP**, v. 46, n. 1, p. 45-51, 2012. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a06. Acesso em: 22 nov. 2019.

LABIB, M. Compassion Fatigue, the Wellness of Care Providers, and the Quality of Patient Care. 2015. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em Ciências) - University Honors, Portland State University. 2015. Disponível em:
<https://pdxscholar.library.pdx.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1239&context=honorsthesis>. Acesso em: 22 jun. 2019.

LAGO, K. C. **Fadiga por compaixão**: quando ajudar dói. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia social) - Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, Instituto de Psicologia Universidade de Brasília, Brasília, 2008. Disponível em:
<https://repositorio.unb.br/handle/10482/1291>. Acesso em: jan. 2018.

LAGO, K. C.; CODO, W. **Fadiga por compaixão**: o sofrimento dos profissionais de saúde. Petrópolis: Vozes, 2010.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITE, M. P. Job burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, n. 2, p.397-422, 2001. Disponível em:
<https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.psych.52.1.397>. Acesso em: 08 mar. 2020.

MACHADO, M. H. *et al.* **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2020.

MATUS, C. **Política, planejamento e governo**. 2 ed. Brasília, IPEA, 1996, v.1.

RIBEIRO *et al.*, Fadiga por compaixão e saúde mental de profissionais em ambiente hospitalar. **Rev Bras. Qualidade de Vida**, v. 13, 2021. Disponível em: <file:///C:/Users/Biblioteca8/Downloads/12672-57882-1-PB.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2021.

RICHARDSON, K. S. GREENLE, M. M. Impacto of exposure to patient death or near on compassion fatigue in pediatric intensive care nurses. **Am J Crit Care**. v. 29, n. 4, p. 285-291. 2020.

RIVERA, F. J. U.; ARTMANN, E. **Planejamento e gestão em saúde: conceitos, história e propostas**. 1. reimp. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2014.

RODRIGUES, M. S. D. Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo. **REME Rev Min Enferm**. v. 25, e-1386, 2021. Disponível em: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-27622021000100404. Acesso em: 10 jul. 2021. <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210034> Acesso em: 15 jul. 2019.

SANTOS, G. S. **Fadiga por compaixão, síndrome de burnout e a satisfação por compaixão em profissionais de enfermagem**, 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem no cuidado em saúde e na promoção da vida) – Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/handle/riufal/3726>. Acesso em: 15 jul. 2019.

SOUZA, C. G. V. M. **Investigação da fadiga e/ou satisfação por compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) Instituto de psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, 2015. Disponível em: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-12112015-122237/en.php>. Acesso em: 10 jan. 2018.

STAMM, B. H. **The concise manual for the professional quality of life scale**. 2010. Disponível em: http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf. Acesso em: 10 jan. 2018.

TORRES, J. D. P. R. V. *et al.* Fatores associados à fadiga por compaixão em profissionais de saúde no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. **Temas em Saúde**. v. 18, n. 3, p. 173- 189, 2018. Disponível em: <http://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/09/18310.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2019.

WILLIAMS, M.; PENMAN, D. **Atenção Plena: Mindfulness**. 1 ed. Sextante. 2015.

APÊNDICE E - Ebook - Você sabe o que é Fadiga por Compaixão?

Elcilene N. Lins
Ana C. B. Cunha



VOCÊ SABE O QUE É FADIGA POR COMPAIXÃO?

ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE,
RECONHECEREM E GERENCIAREM OS RISCOS À SAÚDE
MENTAL



FICHA CATALOGRÁFICA

Marcia Medeiros de Lima – Bibliotecária CRB7/6815

L759 Lins, Elcilene Nunes
 Você sabe o que é fadiga por compaixão: orientações para profissionais de saúde reconhecerem e gerenciarem os riscos à saúde mental/ Elcilene Nunes Lins; Ana C. B. Cunha -- Rio de Janeiro, 2022.
 17 p.f.; 31 cm.

“Ebook produto do Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro”

Referências bibliográficas: p. 16.
 ISBN: 978-65-00-59127-9

1. Fadiga por compaixão. 2. Profissionais de saúde. 3. Autorregulação I. Cunha, Ana Cristina Barros da. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro, Maternidade Escola – Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal. III. Título.

CDD-616.90023

Esse material de atenção à Saúde Mental dos profissionais de saúde, é um produto do Projeto Aplicativo da Dissertação de Mestrado "Fadiga por compaixão no contexto hospitalar: um estudo sobre profissionais de saúde que trabalham em Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN)" no formato de ebook, desenvolvido no Programa de Mestrado Profissional em Saúde Perinatal da Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro – ME/UFRJ, segue a linha de pesquisa em Saúde Integral Perinatal e a linha de pesquisa da orientadora Profa. Dra. Ana C. B. da Cunha, sobre Vigilância do desenvolvimento infantil e seguimento da saúde mental materna/paterna e parentalidade para produção e planejamento de práticas clínicas de avaliação e intervenção aplicáveis aos campos da Psicologia, Educação e Saúde.

Todos os direitos reservados às autoras. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
 A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é das autoras.

Ficha Técnica

Elcilene Nunes Lins
Email.: lene_lins@yahoo.com.br

Orientadora:
Profa. Dra. Ana Cristina Barros da Cunha
Email.: acbcunha@yahoo.com.br

PRODUÇÃO DA CAPA E PROJETO GRÁFICO
Rayssa Silva de Medeiros

DIAGRAMAÇÃO
Rayssa Silva de Medeiros

ILUSTRAÇÕES E IMAGEM
Canva Imagens

AUTORA DO CONTEÚDO
Elcilene Nunes Lins

EDIÇÃO
Nathália Nunes Lins Etelvino
Rayssa Silva de Medeiros

REVISÃO
Ana Cristina Barros da Cunha
Elcilene Nunes Lins

1ª edição, 2022, Rio de Janeiro, novembro de 2022

SUMÁRIO

5 APRESENTAÇÃO

6 VOCÊ SABE O QUE É FADIGA POR COMPAIXÃO (FC)?

7 MAS É O MEU TRABALHO! EU GOSTO DE AJUDAR PESSOAS...
7 FIQUE ATENTO AOS SINAIS DE ADOECIMENTO POR FC!

8 QUANTAS VEZES VOCÊ FOI TOMADO POR ANSIEDADE, ANGÚSTIA, MEDO E FLASHS DE TRAUMAS DAQUELE QUE SOCORREU? ISSO É MAIS COMUM DO QUE VOCÊ IMAGINA...
8 CUIDAR TEM UM CUSTO!
8 FC NÃO OCORRE APENAS PARA TRABALHADORES DE HOSPITAIS!

9 QUAIS DIFERENÇAS ENTRE BURNOUT (BO), TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) E ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO (ETS)?

10 ASPECTOS CONTEXTUAIS ESTRESSORES RELACIONADOS A FC EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE
10 A PRÓPRIA INSTITUIÇÃO ADOECE COM A FC
10 ALGUNS FATORES CONTEXTUAIS SÃO CAUSAS DA FC

11 RECONHEÇA A FC E ENTENDA COMO LIDAR
11 NA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (QVP) EXISTEM DOIS POLOS: O POSITIVO (SC) E O NEGATIVO (FC). AS DIMENSÕES DA SC, BO E ETS SE COMBINAM NA OCORRÊNCIA DA FC

12 O PRIMEIRO PASSO É RECONHECER NOSSOS LIMITES PESSOAIS

13 ALGUMAS ALTERNATIVAS PARA AUTORREGULAÇÃO E PREVENÇÃO DA FC

14 CONCLUSÃO

15 FLUXO DE FUNCIONAMENTO DAS AÇÕES DA SEÇÃO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - SAPS

16 REFERÊNCIAS

APRESENTAÇÃO

OLÁ,

O OBJETIVO DESSE E-BOOK É PRESTAR ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE RECONHECEREM E GERENCIAREM OS RISCOS À SUA SAÚDE MENTAL. TRATA-SE DE UM PRODUTO DO PROJETO APLICATIVO DA DISSERTAÇÃO FADIGA POR COMPAIXÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO SOBRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL (UTIN) NO FORMATO DE E-BOOK DESENVOLVIDO NO PROGRAMA DE MESTRADO PROFISSIONAL EM SAÚDE PERINATAL DA MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO - ME/UFRJ.

PROFISSIONAIS QUE SE DEDICAM A CUIDAR DE OUTRAS PESSOAS PODEM ESTAR EXPOSTAS A UM SOFRIMENTO PSÍQUICO COM CONSEQUÊNCIAS PSICOLÓGICA, FÍSICA E SOCIAL. A ROTINA E AS CONDIÇÕES DE TRABALHO CADA VEZ MAIS ESTRESSANTES PODEM SER UMA DAS CAUSAS DO ADOECIMENTO DESSES PROFISSIONAIS.

ESSE E-BOOK É INDICADO PARA TRABALHADORES DA SAÚDE E PESSOAS SENSÍVEIS AO TEMA, COM VISTAS A PREVENÇÃO DE FADIGA POR COMPAIXÃO (FC), BEM COMO DE ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO (ETS) EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, ESPECIALMENTE ENFERMEIROS, QUE PARECEM ESTAR MAIS VULNERÁVEIS A DOR COMPASSIVA PELA VIVÊNCIA DO SOFRIMENTO ALHEIO.

DAÍ A IMPORTÂNCIA DELES ESTAREM ATENTOS AOS SINAIS E SINTOMAS DA FC. APESAR DA EXPERIÊNCIA NEGATIVA DA FC, AS PROFISSÕES DE AJUDA, PELO SEU CARÁTER ALTRUÍSTA, TAMBÉM EXPERIMENTAM SATISFAÇÃO E PRAZER NO TRABALHO; PORTANTO, ALCANÇAR O EQUILÍBRIO ENTRE FC E SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO (SC) É O QUE DEFINIRÁ SUA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (QVP).

A PARTIR DE DIAGNÓSTICO SITUACIONAL E REVISÃO TEÓRICA, SUPÕE-SE QUE ESSE E-BOOK, ALÉM DE CONTRIBUIR PARA A DIVULGAÇÃO DO TEMA, SUGERE ESTRATÉGIAS DE BAIXO CUSTO PARA O CUIDADO À SAÚDE MENTAL, DE FÁCIL ACESSO E VISUALIZAÇÃO, APONTA PARA A IMPORTÂNCIA DA IDENTIFICAÇÃO PRECOCE DO SOFRIMENTO PSÍQUICO, AUXILIANDO OS PROFISSIONAIS E GESTORES A IMPLEMENTAREM ESTRATÉGIAS DIRECIONADAS A REDUZIR O DESGASTE FÍSICO E EMOCIONAL NO CONTEXTO LABORAL.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA



ORIENTAÇÕES PARA PROFISSIONAIS DE SAÚDE RECONHECEREM E GERENCIAREM OS RISCOS À SAÚDE MENTAL

VOCÊ SABE O QUE É FADIGA POR COMPAIXÃO (FC)?

SE ESSE FOR SEU PRIMEIRO CONTATO COM O TEMA, É
IMPORTANTE SABER...



A FC é uma condição que inclui sofrimento emocional, físico e social em pessoas expostas a elevado estresse crônico resultante de prestar cuidado a outras ou a animais traumatizados por dores emocionais e físicas intensas.

A **Fadiga da Compaixão (FC)** é um fenômeno resultante da **habilidade** de ter **empatia** e **compaixão** com o **sofrimento dos outros**, associado a sinais e **sintomas somáticos** e **psíquicos** (LAGO; CODO, 2010).



Não se trata de uma *doença*.

O profissional às vezes se sente "**esgaçado**" devido a lidar continuamente com **dor** e **sofrimento alheios**.



MAS É O MEU TRABALHO! E EU GOSTO DE AJUDAR PESSOAS...

- Estudos demonstram que os **profissionais de saúde** são os que **sofrem com mais frequência de FC, principalmente a equipe de enfermagem** (FIGLEY, 2002).

Ter como ofício lidar diariamente com o sofrimento alheio é um desafio constante à saúde emocional dos trabalhadores.

Motivado pelo altruísmo, o profissional se mantém, na sua rotina diária, exposto a um ambiente de cuidados sensíveis, exercendo a contínua e desafiadora tarefa de se blindar do sofrimento alheio com uma “película invisível” para se proteger dos seus sentimentos e seguir cuidando.

FIQUE ATENTO AOS SINAIS DE ADOECIMENTO POR FC!

A **Fadiga por Compaixão** ocorre quando os profissionais são empáticos com os problemas dos pacientes em sofrimento físico e/ou emocional, o que torna uma grande ameaça à sua saúde mental (FIGLEY, 2002).



É um risco ocupacional para qualquer profissional e, como explica Figley (2002), representa um custo emocional pelo trabalho de cuidar das pessoas. Ironicamente, o profissional é capaz de cuidar do outro naquilo que ainda não é capaz de fazer por si mesmo.

QUANTAS VEZES VOCÊ FOI TOMADO POR ANSIEDADE, ANGÚSTIA, MEDO E FLASHS DO TRAUMA DAQUELE QUE SOCORREU? ISSO É MAIS COMUM DO QUE VOCÊ IMAGINA...

- Perder o controle se irritando com as pessoas, sentir **tristeza, culpa, constante mal-estar emocional** e **sensação** de que **não** fez o melhor, são alguns dos **sintomas da FC**.

CUIDAR TEM UM CUSTO!

Embora pareça estranho, alguns profissionais podem adoecer pelo seu exercício profissional por estarem envolvidos empaticamente com o outro que ele cuida.



FC NÃO OCORRE APENAS PARA TRABALHADORES DE HOSPITAIS!

Outras profissões de ajuda, como **bombeiros, policiais, equipes de resgate, emergências, profissionais de saúde, em especial da saúde mental**, são movidas pelo recurso do vínculo empático para seu trabalho de ajudar àqueles que se encontram em dor profunda (MANUELITO, 2016).



QUAIS DIFERENÇAS ENTRE BURNOUT (BO), TRANSTORNO DO ESTRESSE PÓS-TRAUMÁTICO (TEPT) E ESTRESSE TRAUMÁTICO SECUNDÁRIO (ETS)?

- Sintomas comuns ao **Burnout**, **Transtorno Estresse Pós-traumático** e **Estresse Traumático Secundário** estão relacionados à dimensão negativa do trabalho.

- **BO** é um estado de **exaustão** completa que resulta em grande **frustração com o trabalho**.
- **TEPT** é um distúrbio de ansiedade que se manifesta em decorrência **do indivíduo ter sofrido** experiências traumáticas.



No caso do **ETS**, o cuidador pode “**absorver**” medos e angústias da pessoa que sofre, com consequências comportamentais e emocionais decorrentes do conhecimento sobre o trauma ocorrido com outra pessoa (BARBOSA, SOUZA, MOREIRA, 2014).

Daí a confusão na literatura e a importância de saber o que é a Fadiga por Compaixão (FC). Conhecer os sinais e sintomas da FC pode ajudar no autocuidado, assim como reconhecer que a FC tem relação com características de personalidade, altos níveis de autocrítica, e mecanismos de negação como meio de autopreservação.



ASPECTOS CONTEXTUAIS ESTRESSORES RELACIONADOS À FC EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE

- O **contexto laboral** aparece como um **grande estressor** responsável pela **elevada carga** de trabalho e pela **ocorrência** de **Fadiga por Compaixão** (SOUZA, 2015; TORRES *et al.*, 2018; SANTOS, 2018)

A PRÓPRIA INSTITUIÇÃO ADOECE COM A FADIGA POR COMPAIXÃO!

- Absenteísmo (faltas frequentes);
- Abandono do emprego;
- Dificuldades nas relações interpessoais em equipe;
- Desatenção;
- Negligência.



ALGUNS FATORES CONTEXTUAIS SÃO CAUSAS DA FC

- Superlotação;
- Escassez de pessoal;
- Cuidado com pacientes em iminência de morte;
- Sobrecarga de trabalho;
- Tempo prolongado em situação traumática;
- Dupla carga de trabalho;
- Insatisfação com a profissão;
- Abuso verbal de familiares e da equipe;
- Altas exigências no exercício profissional.



A identificação precoce do **sofrimento psíquico** pode auxiliar os **profissionais e gestores** a implementarem estratégias direcionadas a reduzir o **desgaste físico e emocional** no contexto laboral, e a prevenção da FC.

RECONHEÇA A FADIGA POR COMPAIXÃO E ENTENDA COMO LIDAR

- Com **informações** e o **suporte adequado** podemos encontrar pistas que nos levem ao **equilíbrio** entre a **Fadiga por Compaixão** e a **Satisfação por Compaixão (SC)**, e, portanto, a **Qualidade de Vida Profissional (QVP)**.

NA QVP EXISTEM DOIS POLOS: O POSITIVO (SC) E O NEGATIVO (FC). AS DIMENSÕES DA SC, BO E ETS SE COMBINAM NA OCORRÊNCIA DA FC (STAMM, 2010).

- A SC é identificada por sentimentos satisfatórios sobre a capacidade de cuidar;
- BO é uma condição de exaustão física e emocional devido ao estresse crônico no ambiente de trabalho;
- ETS é um estado de esgotamento, resultante da contínua compaixão e zelo aos vitimados por traumas, que causa desalento e incapacidade em sentir prazer ou estima pelo paciente.

A tendência diante do sofrimento alheio é tentar se proteger e bloquear nossas emoções. Não prestar atenção aos nossos próprios sentimentos pode gerar o aumento desse sofrimento. Se nos exigimos **“não posso sentir isso”** aumenta-se a pressão e, consequentemente, as emoções ficam mais intensas. O primeiro passo é os profissionais de saúde admitirem que podem estar vulneráveis à FC e precisam ser cuidados.

O PRIMEIRO PASSO É RECONHECER NOSSOS LIMITES PESSOAIS

- Quando **compartilhamos** nossa maneira de **sentir**, **aceitamos** que ela se manifesta no **nosso corpo**.
- **Reconhecer** que estamos **irritados**, **tristes**, nos ajuda a aprender a **lidar melhor** com os nossos **sentimentos** e nossos limites.

Aceitar que podemos estar em risco ou sofrendo de Fadiga por Compaixão é reconhecer que somos pessoas que se preocupam com outras pessoas. Isso é um compromisso genuíno que alivia a FC frente ao cuidado à dor do outro.

- Ainda que não haja uma “poção mágica” para resolver tudo, chegar ao equilíbrio da nossa capacidade de resolver problemas leva tempo e exige que possamos assumir o compromisso com nossas próprias escolhas, com a possibilidade de torná-las melhores e mais leves.
- Você pode praticar um **autocuidado** diário enquanto cuida de outras pessoas. Esse é um fator importante para um exercício profissional satisfatório e gratificante.

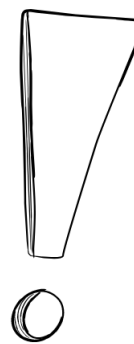


Mudar do atual ambiente de trabalho e receber apoio, às vezes, pode **aliviar os sintomas de adoecimento psíquico, mas não resolve totalmente**. A **psicoterapia** pode ser uma alternativa, e em alguns casos a avaliação de um especialista médico pode ser necessária.

A SEGUIR, ALGUMAS ALTERNATIVAS PARA AUTORREGULAÇÃO E PREVENÇÃO DA FC:

- **Importante** adotar hábitos saudáveis, com **dieta equilibrada**, **exercícios físicos**, como **ioga**, **mindfulness (atenção plena)**, entre outros que melhor combinem com você!

Também é importante treinar o autogerenciamento, avaliando tensões corporais e buscando por pessoas da sua confiança que possam lhe escutar sem críticas. Não se culpar por sinalizar para os gestores a necessidade de se afastar do trabalho e de situações que lhe causam impacto emocional também pode ser necessário, junto com não se automedicar, manter psicoterapia e celebrar os aspectos positivos do seu trabalho de cuidar do outro.



Se a **sobrecarga emocional persistir por 30 dias** ou mais, pode ser **sinal** de **Estresse Traumático Secundário**, e, portanto, você pode estar sob **risco** de **adoecimento** por **Fadiga por Compaixão**.

Com isso, busque procurar ajuda em:

[Meditações, gratuitas, Atenção Plena \(Mindfulness\) no site:](https://www.sextante.com.br/atencaoplena/)
<https://www.sextante.com.br/atencaoplena/>

Clique no link para ser redirecionado ao site!



CONCLUSÃO

A FC é uma **reação ao estresse** vivenciado pelo trabalhador sob grande pressão em ambientes hospitalares, por exemplo.

Profissionais de saúde que acompanham, em sua rotina laboral, pacientes em sofrimento são desafiados emocionalmente todo o tempo, e, portanto, tornam-se mais vulneráveis ao esgotamento físico e mental.

- A atenção aos sinais e sintomas da FC é essencial para sua identificação precoce, assim como de outros transtornos mentais, como depressão e ansiedade.
- Avaliar os níveis de satisfação e de fadiga por compaixão é fundamental, uma vez que a FC pode trazer consequências negativas para o serviço e assistência dos profissionais de saúde aos seus pacientes.



Por mais simples que possa parecer, estar atento aos **aspectos** do trabalho que dão **prazer**, valorizando sucessos pessoais e dos colegas, é componente essencial ao **autocuidado**; mas, se necessário, busque ajuda de um profissional da saúde mental.

FLUXO DO FUNCIONAMENTO DAS AÇÕES DA SEÇÃO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL-SAPS



- 1 De forma autônoma, o trabalhador pode enviar mensagem para o e-mail acolhimentosaps@pr4.ufrj.br para a Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador (DVST), fazendo um autorrelato dos seus sinais e sintomas físicos, psíquicos ou sociais.
- 2 Recepção: Acolhimento realizado através de atendimento remoto, telefônico ou vídeo chamada, com avaliação da demanda e encaminhamento ao psiquiatra ou a uma equipe multiprofissional.
- 3 A recepção será feita pelo (a) assistente social e pelo (a) psicólogo (a) do Serviço de Atendimento Psicossocial (SAPS), com identificação da demanda e o acompanhamento em entrevista individual.
- 4 A entrevista individual pode ser realizada na unidade da Coordenação de Políticas de Saúde do Trabalhador (CPST/UFRJ) ou no IPUB/UFRJ (conforme agendamento pela equipe).
- 5 O trabalhador tem autonomia para solicitar o atendimento. Não é necessário o encaminhamento e tem o sigilo garantido por lei.
- 6 O acolhimento realiza o encaminhamento ao serviço do Instituto de Psiquiatria da UFRJ (IPUB-UFRJ), se houver demanda.

- **CPST-UFRJ:** R. Maurício Jappert da Silva, 42 – Ambulatório Psicossocial, **Cidade Universitária – Rio de Janeiro - RJ.**
- **IPUB-UFRJ:** Avenida Venceslau Brás, 71 – IPUB – **Campus da Praia Vermelha – Botafogo – Rio de Janeiro, RJ – CEP:22290-140. Tel: 3938-0500**

REFERÊNCIAS

BARBOSA, S. C.; SOUZA, S.; MOREIRA, J. S. A FADIGA POR COMPAIXÃO COMO AMEAÇA À QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL EM PRESTADORES DE SERVIÇOS HOSPITALARES. *REV. PSICOL., ORG. TRAB.*, V. 14, N. 3, P. 315-23, 2014.

FIGLEY, C. R. COMPASSION FATIGUE: PSYCHOTHERAPISTS' CHRONIC LACK OF SELF CARE. *PSYCHOTHERAPY IN PRACTICE*, V. 58, N. 11, P. 1433-41, 2002.

LAGO, K. C.; CODO, W. *FADIGA POR COMPAIXÃO: O SOFRIMENTO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE*. PETRÓPOLIS: VOZES, 2010.

MANUELITO, C. S. L. *FADIGA POR COMPAIXÃO, SATISFAÇÃO NO TRABALHO, STRESS, ANSIEDADE E DEPRESSÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE CUIDADOS PRÉ-HOSPITALARES/EMERGÊNCIA*, 2016. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE) - ESCOLA DE PSICOLOGIA E CIÊNCIAS DA VIDA UNIVERSIDADE LUSÓFONA DE HUMANIDADES E TECNOLOGIAS. LISBOA. 2016.

SANTOS, G. S. *FADIGA POR COMPAIXÃO, SÍNDROME DE BURNOUT E A SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM*, 2018. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM ENFERMAGEM NO CUIDADO EM SAÚDE E NA PROMOÇÃO DA VIDA) - PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM, ESCOLA DE ENFERMAGEM E FARMÁCIA, UNIVERSIDADE FEDERAL DE ALAGOAS, ALAGOAS, 2018.

SOUZA, C. G. V. M. *INVESTIGAÇÃO DA FADIGA E/OU SATISFAÇÃO POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE NAS PRÁTICAS DE CONTROLE DE INFECÇÕES RELACIONADAS À ASSISTÊNCIA À SAÚDE*. 2015. DISSERTAÇÃO (MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA) INSTITUTO DE PSICOLOGIA, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. SÃO PAULO, 2015.

STAMM, B. H. *THE CONCISE MANUAL FOR THE PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE SCALE*. 2010.

TORRES, J. D. P. R. V. ET AL. FATORES ASSOCIADOS À FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NO CONTEXTO HOSPITALAR: UMA REVISÃO NA LITERATURA. *TEMAS EM SAÚDE*. V. 18, N. 3, P. 173-189, 2018.


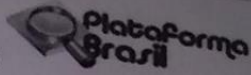
WILLIAMS, M.; PENMAN, D. *ATENÇÃO PLENA: MINDFULNESS*. 1 ED. SEXTANTE. 2015. 16



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
MATERNIDADE ESCOLA - UFRJ/ME

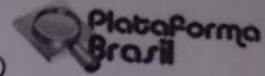


ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa da ME-UFRJ

	UFRJ - MATERNIDADE ESCOLA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO											
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP												
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA												
Título da Pesquisa: FADIGA POR COMPAIXÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO SOBRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL (UTIN)												
Pesquisador: ELCILENE NUNES LINS												
Área Temática:												
Versão: 1												
CAAE: 98602718.3.0000.5275												
Instituição Proponente: Maternidade-Escola da UFRJ												
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio												
DADOS DO PARECER												
Número do Parecer: 2.918.146												
Apresentação do Projeto:												
<p>O estudo pretende compreender o fenômeno da FC em profissionais de saúde que atuam na Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal (UTIN) da Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ) com base na investigação da prevalência da FC e seu impacto na Qualidade de Vida Profissional (QVP) de enfermeiros e médicos da UTIN da ME- UFRJ. Trata-se de um estudo exploratório-descritivo, com caráter quantitativo. Participarão profissionais de saúde, médicos e enfermeiros, que atuam na UTIN da ME- UFRJ, que serão convidados a participar da pesquisa quando assinarão um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), devidamente aprovado pelo CEP da instituição. Todos os participantes responderão aos seguintes instrumentos de coleta de dados: a) Escala Profissional Quality of life Scale (ProQOL-BR) para identificar a ocorrência de níveis de FC; e b) Protocolo de caracterização da amostra, a fim de coletar dados sócio demográficos, psicossociais e ocupacionais. Todos os dados serão analisados de forma integrada buscando-se responder ao objetivo principal do estudo e subsidiar o projeto aplicativo que é a elaboração de um protocolo de rastreio para a identificação e prevenção de casos de sofrimento empático por FC em profissionais da UTIN da ME - UFRJ que auxiliará na qualidade da prática assistencial na ME-UFRJ.</p>												
Objetivo da Pesquisa:												
Compreender o fenômeno da FC em profissionais de saúde que atuam na Unidade de Tratamento												
<table border="0"> <tr> <td>Endereço: Rua das Laranjeiras, 180</td> <td>CEP: 22.240-003</td> </tr> <tr> <td>Bairro: Laranjeiras</td> <td></td> </tr> <tr> <td>UF: RJ</td> <td>Município: RIO DE JANEIRO</td> </tr> <tr> <td>Telefone: (21)2556-9747</td> <td>Fax: (21)2205-9064</td> </tr> <tr> <td></td> <td>E-mail: cep@me.ufrj.br</td> </tr> </table>			Endereço: Rua das Laranjeiras, 180	CEP: 22.240-003	Bairro: Laranjeiras		UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO	Telefone: (21)2556-9747	Fax: (21)2205-9064		E-mail: cep@me.ufrj.br
Endereço: Rua das Laranjeiras, 180	CEP: 22.240-003											
Bairro: Laranjeiras												
UF: RJ	Município: RIO DE JANEIRO											
Telefone: (21)2556-9747	Fax: (21)2205-9064											
	E-mail: cep@me.ufrj.br											
Página 01 de 04												



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.918.146

Intensivo Neonatal (UTIN) da Maternidade Escola da UFRJ (ME-UFRJ) com base na investigação da prevalência da FC entre enfermeiros e médicos e seu impacto na qualidade de vida profissional.

Objetivos Secundários:

1) Investigar a ocorrência de FC nos profissionais, médicos e enfermeiros, atuantes na UTIN da ME-UFRJ; 2) Comparar a prevalência da FC entre médicos e enfermeiros da UTIN e seus fatores (sócio demográficos, psicossociais, ocupacionais); 3) Analisar associação entre a FC e a qualidade de vida profissional daqueles profissionais; e 4) Elaborar um protocolo de rastreio para a identificação e prevenção de casos de sofrimento empático por FC em profissionais da UTIN da ME - UFRJ que auxiliará na qualidade da prática assistencial na ME-UFRJ (Projeto Aplicativo).

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa pode trazer algum incômodo aos participantes na medida em que investigará o mal-estar emocional daqueles que trabalham com o delicado campo do cuidado em uma UTIN. O impacto da pesquisa será minimizado pelo acolhimento e encaminhamento dos profissionais ao setor de psicologia da instituição, caso seja necessário.

Os benefícios são relevantes, tendo em vista a invisibilidade do sofrimento emocional do trabalhador nesse setor clínico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Seria interessante que se somasse aos dados e resultados quantitativos uma análise qualitativa através de entrevista semi estruturada com cada participante para tornar possível um aprofundamento discursivo das questões levantadas, visando uma compreensão particular do fenômeno vivido no local de trabalho. Esse instrumento poderia facilitar a busca e o aferimento dos indicadores levantados.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

De acordo.

Recomendações:

Que se torne o cronograma mais claro.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há

Considerações Finais a critério do CEP:

Importante lembrar que de acordo com a Resolução CNS 466/2012, no inciso XI.2., assim como a Resolução CNS 510/2016, cabe ao pesquisador:

d) elaborar e apresentar os relatórios parciais a cada 6 meses e o relatório final ao término do

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 22.240-003

Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.918.146

projeto (o site da

após o término da pesquisa;

g) encaminhar os resultados da pesquisa para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico integrante do projeto; e

h) justificar fundamentadamente, perante o CEP ou a CONEP, interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados. Plataforma Brasil tem um link para relatório);

e) apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento;

f) manter os dados da pesquisa em arquivo, físico ou digital, sob sua guarda e responsabilidade, por um período de 5 anos

OBS.: O parecer consubstanciado, emitido pelo colegiado, encontra-se disponível na árvore lateral esquerda de arquivos, na pasta "Pareceres".

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1190364.pdf	13/09/2018 01:09:03		Aceito
Outros	AnexoD.jpg	13/09/2018 01:07:03	ELCILENE NUNES LINS	Aceito
Outros	ementa.pdf	13/09/2018 00:49:45	ELCILENE NUNES LINS	Aceito
Outros	CurriculosLattes.pdf	10/09/2018 22:43:38	ELCILENE NUNES LINS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO.pdf	10/09/2018 22:12:19	ELCILENE NUNES LINS	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	10/09/2018 22:05:32	ELCILENE NUNES LINS	Aceito
Outros	PCGPE.pdf	10/09/2018 22:01:36	ELCILENE NUNES LINS	Aceito
Outros	ANEXOB.pdf	10/09/2018 21:59:56	ELCILENE NUNES LINS	Aceito
Outros	ANEXOA.pdf	10/09/2018 21:58:43	ELCILENE NUNES LINS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEANEXOC.pdf	10/09/2018 21:56:03	ELCILENE NUNES LINS	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	10/09/2018	ELCILENE NUNES	Aceito

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180

Bairro: Laranjeiras

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

CEP: 22.240-003

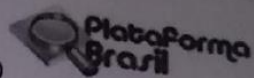
Telefone: (21)2556-9747

Fax: (21)2205-9064

E-mail: cep@me.ufrj.br



UFRJ - MATERNIDADE
ESCOLA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO RIO DE JANEIRO



Continuação do Parecer: 2.918.146

Orçamento	orcamento.pdf	21:54:32	LINS	
Cronograma	cronograma.pdf	10/09/2018 21:52:40	ELCILENE NUNES LINS	Aceito

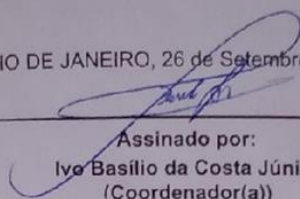
Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 26 de Setembro de 2018


Assinado por:
Ivo Basílio da Costa Júnior
(Coordenador(a))

Dr. Ivo Basílio da Costa Júnior
Médico
CRM-RJ 52.50381-1

Endereço: Rua das Laranjeiras, 180
Bairro: Laranjeiras CEP: 22.240-003
UF: RJ Município: RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2556-9747 Fax: (21)2206-9064 E-mail: cep@me.ufrj.br

ANEXO B - Professional Quality of Life Scale, versão brasileira (ProQOL-BR)**Professional Quality of Life Scale, versão brasileira**

Nome (caso queira colocar): _____ Cel.: _____

Ajudar as pessoas lhe põe em contato direto com a vida dessas pessoas. A compaixão por aqueles que você ajuda tem aspectos positivos e negativos. Gostaríamos de fazer algumas perguntas a respeito das suas experiências. Considere cada uma das seguintes questões sobre você e sua situação atual.

Escolha a opção que **melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias**.

Considere a sua experiência enquanto profissional de saúde (independente do local de trabalho).

NUNCA 0	RARAMENTE 1	POUCAS VEZES 2	ALGUMAS VEZES 3	MUITAS VEZES 4	QUASE SEMPRE 5
a-Você atende pessoas que estão em sofrimento?					0 1 2 3 4 5
b-Você atende pessoas em risco de vida?					0 1 2 3 4 5
c-Você atende pessoas que passaram por algum evento traumático (ex.: abuso sexual, assaltos, agressão).					0 1 2 3 4 5
d-Alguns casos que você atende te deixam impressionado(a)?					0 1 2 3 4 5
1-Sinto-me feliz.					0 1 2 3 4 5
2-Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.					0 1 2 3 4 5
3-Sinto-me satisfeito(a) por ser capaz de ajudar pessoas.					0 1 2 3 4 5
4-Sinto-me ligado(a) aos outros.					0 1 2 3 4 5
5-Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.					0 1 2 3 4 5
6-Sinto-me animado(a) ao atender as pessoas que ajudo.					0 1 2 3 4 5
7-Acho difícil separar a minha vida pessoal da vida profissional.					0 1 2 3 4 5
8-Perco o sono pelas experiências traumáticas de uma pessoa que atendo.					0 1 2 3 4 5
9-Creio que posso ter sido “infectado(a)” pelo estresse traumático daqueles que atendo.					0 1 2 3 4 5

NUNCA 0	RARAMENTE 1	POUCAS VEZES 2	ALGUMAS VEZES 3	MUITAS VEZES 4	QUASE SEMPRE 5
10-Sinto-me aprisionado(a) pelo meu trabalho de cuidar dos outros.				0 1 2 3 4 5	
11-Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.				0 1 2 3 4 5	
12-Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.				0 1 2 3 4 5	
13-Sinto-me deprimido(a) por causa do meu trabalho.				0 1 2 3 4 5	
14-Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi.				0 1 2 3 4 5	
15-Tenho crenças que me sustentam.				0 1 2 3 4 5	
16-Sinto-me satisfeito(a) por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimentos.				0 1 2 3 4 5	
17-Sou a pessoa que sempre desejei ser.				0 1 2 3 4 5	
18-Sinto-me satisfeito(a) com meu trabalho.				0 1 2 3 4 5	
19-Sinto-me exausto(a) por causa do meu trabalho.				0 1 2 3 4 5	
20-Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los.				0 1 2 3 4 5	
21-Sinto-me sufocado(a) pela quantidade de trabalho pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.				0 1 2 3 4 5	
22-Acredito que posso fazer a diferença através do trabalho.				0 1 2 3 4 5	
23-Evito certas atividades ou situações porque elas fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.				0 1 2 3 4 5	
24-Estou orgulhoso(a) do que eu posso fazer para ajudar.				0 1 2 3 4 5	
25-Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.				0 1 2 3 4 5	
26-Sinto-me sufocado pelo sistema que atuo.				0 1 2 3 4 5	
27-Ocorre-me que estou bem sucedido(a) no meu trabalho.				0 1 2 3 4 5	
28-Não consigo recordar de partes importantes do meu trabalho com as vítimas de traumas.				0 1 2 3 4 5	
29-Sou uma pessoa muito sensível.				0 1 2 3 4 5	
30-Estou feliz por ter escolhido este trabalho.				0 1 2 3 4 5	



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
SISTEMA DE BIBLIOTECAS E INFORMAÇÃO - SIBI
MATERNIDADE ESCOLA
BIBLIOTECA JORGE DE REZENDE



1. Identificação do tipo de Material

- Tese (Doutorado)
 Dissertação (Mestrado)
 Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização/ Residência)

2. Identificação do documento

Unidade: Maternidade Escola da UFRJ

Nome do curso: Mestrado Profissional em Saúde Perinatal

Autor: Elicilene Nunes Lins

RG: 06811278-8 DETRAN

CPF: 823415087-15

E-mail: (preenchimento obrigatório)
lene_lins@yahoo.com.br

Título do trabalho:
FADIGA POR COMPAIXÃO NO CONTEXTO HOSPITALAR: UM ESTUDO SOBRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM EM UNIDADE DE TRATAMENTO INTENSIVO NEONATAL (UTIN)

Orientador: Ana Cristina Barros da Cunha

Co-orientador:

Data da Defesa:
16/11/2022

Formato:
Impresso

Eletrônico

Número de páginas:
124

3. Informações de acesso ao documento no formato impresso

Este trabalho é documento confidencial? Sim Não

Este trabalho ocasionará registro de patente? Sim Não

4. Informação de acesso ao documento no formato eletrônico

Este trabalho pode ser disponibilizado na Internet? Sim Não

5. **Autorização Para Disponibilização Na Biblioteca Digital De Teses E Dissertações e no Repositório Pantheon**
Autorizo a Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), a disponibilizar gratuitamente, sem ressarcimento dos direitos autorais, o texto integral da publicação supracitada no formato PDF, de minha autoria, na base de dados e no Repositório Pantheon para fins de leitura e/ou impressão pela Internet, a título de divulgação da produção científica gerada pela Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Rio de Janeiro, 28/12/2022

Local, Data

Assinatura