



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

CURSO DE MEDICINA

**FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM
HOSPITAL DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ**

GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA

Foz do Iguaçu
2022



**INSTITUTO LATINO-AMERICANO DE
CIÊNCIAS DA VIDA E DA NATUREZA
(ILACVN)**

CURSO DE MEDICINA

**FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
UM HOSPITAL DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ**

GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como parte das exigências para obtenção de nota no módulo Trabalho de Conclusão de Curso II.

Orientadora: Profa. Dra. Mônica Augusta Mombelli

Foz do Iguaçu
2022

GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA

**FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE
UM HOSPITAL DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Instituto Latino Americano de Ciências da Vida e da Natureza da Universidade Federal da Integração Latino-Americana, como parte das exigências para obtenção de nota no módulo Trabalho de Conclusão de Curso II.

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Profª. Dra Monica Augusta Mombelli
(UNILA)

Profª. Dra. Anália Rosário Lopes
(UNILA)

Prof. Dr. Robson Zazula
(UNILA)

Foz do Iguaçu, 15 de Dezembro de 2022.

TERMO DE SUBMISSÃO DE TRABALHOS ACADÊMICOS

Nome completo do autor(a): Guilherme Faria Braga Vieira

Curso: Medicina

	Tipo de Documento
<input checked="" type="checkbox"/> (X..) graduação	<input type="checkbox"/> (.....) artigo
<input type="checkbox"/> (.....) especialização	<input checked="" type="checkbox"/> (. X..) trabalho de conclusão de curso
<input type="checkbox"/> (.....) mestrado	<input type="checkbox"/> (.....) monografia
<input type="checkbox"/> (.....) doutorado	<input type="checkbox"/> (.....) dissertação
	<input type="checkbox"/> (.....) tese
	<input type="checkbox"/> (.....) CD/DVD – obras audiovisuais
	<input type="checkbox"/> (.....) _____

Título do trabalho acadêmico: **FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL DA REGIÃO OESTE DO PARANA**

Nome do orientador(a): Profa. Dra. Mônica Augusta Mombelli

Data da Defesa: ____/____/____

Licença não-exclusiva de Distribuição

O referido autor(a):

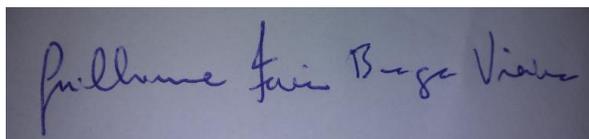
a) Declara que o documento entregue é seu trabalho original, e que o detém o direito de conceder os direitos contidos nesta licença. Declara também que a entrega do documento não infringe, tanto quanto lhe é possível saber, os direitos de qualquer outra pessoa ou entidade.

b) Se o documento entregue contém material do qual não detém os direitos de autor, declara que obteve autorização do detentor dos direitos de autor para conceder à UNILA – Universidade Federal da Integração Latino-Americana os direitos requeridos por esta licença, e que esse material cujos direitos são de terceiros está claramente identificado e reconhecido no texto ou conteúdo do documento entregue.

Se o documento entregue é baseado em trabalho financiado ou apoiado por outra instituição que não a Universidade Federal da Integração Latino-Americana, declara que cumpriu quaisquer obrigações exigidas pelo respectivo contrato ou acordo.

Na qualidade de titular dos direitos do conteúdo supracitado, o autor autoriza a Biblioteca Latino-Americana – BIUNILA a disponibilizar a obra, gratuitamente e de acordo com a licença pública *Creative Commons Licença 3.0 Unported*.

Foz do Iguaçu, 19 de Dezembro de 2022.



Assinatura do Responsável

RESUMO

Profissionais de saúde que prestam cuidado ao outro, estão expostos a riscos diversos e, sobretudo, a condições que podem ocasionar baixa qualidade de vida. A fadiga por compaixão compreende sobrecarga física, psíquica e emocional, experienciada por pessoas que ajudam os outros em situação de dor, fato recorrente no contexto hospitalar. Diante dessa realidade, este estudo teve por objetivo avaliar a existência de fadiga por compaixão em profissionais de saúde. Foi realizada uma pesquisa de campo transversal, descritiva e analítica, com abordagem quali e quantitativa e, utilizou-se um questionário sociodemográfico e o instrumento ProQOL-BR para coleta de dados, os quais foram analisados através do software Excel e do software *Statistical Package for Social* (SPSS), versão 21. Participaram da pesquisa 90 profissionais de saúde e foram identificados, em diferentes níveis, a Satisfação por Compaixão, o Burnout e o Estresse Secundário ao Trauma nas categorias profissionais estudadas, com ou sem interferência significativa das condições sociodemográficas. Por fim, entende-se que além do avanço do conhecimento científico na área, ações de promoção e prevenção à saúde devem ser fomentadas no contexto hospitalar visando o bem-estar e a qualidade de vida do trabalhador nesse cenário.

Palavras-chave: Saúde Mental. Saúde do Trabalhador. Qualidade de Vida. Profissionais de Saúde. Esgotamento Profissional.

Sumário

1 INTRODUÇÃO.....	7
2 OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo geral.....	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
3 HIPÓTESES.....	10
4 JUSTIFICATIVA.....	11
5 REVISÃO DA LITERATURA.....	13
5.1 O que é a Fadiga por Compaixão.....	13
5.2 A Fadiga por Compaixão.....	13
6 METODOLOGIA.....	17
6.1 Delineamento da pesquisa.....	17
6.2 Cenário da pesquisa.....	17
6.3 Período da pesquisa.....	17
6.4 Público alvo ou sujeitos do estudo.....	17
6.4.1 Critérios de inclusão e de exclusão.....	17
6.5 Coleta de dados.....	18
6.5.1 Estratégia de coleta de dados.....	18
6.5.2 Instrumento de coleta de dados.....	18
6.6 Estudo piloto ou pré-teste.....	19
6.7 Análise de dados.....	19
6.8 Aspectos éticos.....	20
6.9 Limitações do estudo.....	20
7 RESULTADOS.....	21
8 DISCUSSÃO.....	31
9 CONCLUSÃO.....	35
REFERÊNCIAS.....	36
APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	39
APÊNDICE B: Questionário Perguntas Sociodemográficas.....	41
APÊNDICE C: Questionário Perguntas Subjetivas.....	42
ANEXO A: Questionário Perguntas ProQol.....	43
ANEXO B: Parecer da CEP.....	45

1 INTRODUÇÃO

Em meados da década de 1990 os primeiros instrumentos de avaliação emocional do trabalhador da saúde começaram a ser desenvolvidos. Iniciava-se a preocupação em mensurar o nível de acometimento da saúde mental decorrente da atuação profissional. Diferentes instrumentos, inventários e escalas foram testados e aperfeiçoados, e, alguns tiveram sua eficácia comprovada, passando a identificar a sobrecarga provocada pelo trabalho, sobretudo em ambientes hospitalares (FIGLEY; STAMM, 1996; GENTRY et al., 2002; ADAMS; BOSCARINO; FIGLEY, 2006; STAMM, 2010).

O conceito de Fadiga por Compaixão elaborado por Figley e Stamm (1996) compreende uma entidade multidimensional composta por: a. Fadiga por Compaixão, b. *Burnout* e c. Satisfação por compaixão. A primeira-se refere aos efeitos nocivos da exposição secundária a situações ligadas à dor e ao sofrimento. O segundo relaciona-se aos aspectos ligados à exaustão emocional, isto é, uma sensação de falta de energia ou de desânimo. Por fim, a terceira dimensão se relaciona ao prazer de sentir-se capaz de desempenhar bem o seu trabalho ou uma satisfação por ajudar pessoas que estão sofrendo. Pode-se afirmar que as três dimensões estão relacionadas e que, portanto, atuam de forma conjunta no desenvolvimento da síndrome.

Apesar de que a relação entre a síndrome de *burnout* e a fadiga por compaixão ainda permaneça controversa na literatura existente (SABIN-FARRELL; TURPIN, 2003; HAFKENSCHIED, 2005; DUNKLEY; WHELAN, 2006), alguns autores defendem que a Fadiga por Compaixão seria um estágio avançado do *burnout*, outros defendem a perspectiva de unicidade entre Fadiga por Compaixão e a síndrome de *burnout*, mas designados de formas diferentes. Por fim, há aqueles que argumentam que a síndrome de *burnout* é apenas uma das dimensões da Fadiga por Compaixão (LAGO; CODO, 2010). É importante ressaltar que os autores do ProQOL-BR, instrumento de avaliação utilizado nessa pesquisa, enquadram-se neste último grupo.

Recentemente o fenômeno do *burnout* ganhou projeção, inclusive no meio não-acadêmico, midiático, descrevendo um tipo de fadiga causado por exaustão física e mental. Mas outros estudos foram além, e deram destaque para a questão da identificação que o profissional pode desenvolver com o paciente. Algumas vezes, aquele compartilha com este sua sensação do infortúnio, decorrente da doença instalada, em outras, o regozijo resultante da posterior cura. Ambos os sentimentos podem interferir na vida pessoal do profissional, gerando, respectivamente, a Fadiga por Compaixão e a Satisfação por

Compaixão.

No ano de 2012, uma, dentre as várias escalas de Fadiga por Compaixão já existentes, especificamente a que Stamm havia proposto em 2005, foi adaptada para o português do Brasil (LAGO; CODO, 2012) e, desde então, ela tem sido usada em diversos trabalhos para escalonar níveis de Fadiga por Compaixão entre profissionais de saúde.

No serviço de atendimento pesquisado nesse trabalho, localizado na região oeste do Paraná, não há precedentes da utilização da referida ferramenta e, tampouco, de estudos sobre o tema. Assim, nesse contexto, a pergunta norteadora é: “A Fadiga por Compaixão tem acometido profissionais de saúde que atuam em um hospital da região oeste do Paraná?”

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar a existência de fadiga por compaixão em profissionais de saúde.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais da área da saúde e relacionar as variáveis do instrumento de fadiga por compaixão.
- Identificar os fatores desencadeadores da Fadiga por Compaixão entre os profissionais de saúde participantes do estudo.
- Analisar a existência de Fadiga por Compaixão nas diferentes categorias profissionais.

3 HIPÓTESES

Hipótese 01:

A Fadiga por Compaixão está presente no desempenho do trabalho de técnicos de enfermagem, enfermeiros, médicos e residentes de um hospital do oeste do Paraná.

Hipótese 02:

Fadiga por Compaixão está associada ao tempo de atuação profissional.

Hipótese 03:

Os profissionais do gênero feminino são mais suscetíveis à Fadiga por Compaixão.

Hipótese 04:

A Fadiga por compaixão atinge mais aos profissionais da enfermagem e menos aos médicos.

4 JUSTIFICATIVA

Um grupo de trabalho do Conselho Regional de Medicina de São Paulo (CREMESP) (2012), publicou que a expectativa de vida do médico é cerca de dois anos mais baixa que a dos homens não-médicos. A das médicas, por sua vez, é cerca de dez anos inferior a das demais mulheres. Como a mortalidade das médicas está ligada, em sua maior parte, ao câncer e, a dos homens, ao sistema cardiovascular, o estudo aponta também que esses números surpreendentes podem estar mais relacionados ao estilo de vida desses profissionais do que ao contato com pacientes infectados. A referida pesquisa utilizou dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) e da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde – DATASUS, ambos da primeira década dos anos 2000, e fica clara uma diminuição da idade e aumento da mortalidade desses trabalhadores da saúde. Números mais recentes sobre a expectativa de vida de médicos e médicas do Brasil foram divulgados por um levantamento, também a partir do SIM, feito em dezembro de 2021. Depreendeu-se, semelhantemente ao anterior, que entre os anos de 2000 e 2017, a maioria dos óbitos (78,57%) entre médicos do sexo masculino, estava relacionada a doenças cardiovasculares. Entre as médicas esta é a terceira causa, pois o câncer continuou como a primeira e as condições obstétricas são a segunda. Reforce-se, esses dados correspondem ao contrário do que uma análise superficial preveria, pois espera-se, usualmente, que os profissionais de saúde adoeçam devido a causas exógenas (infecções, contágios) e não de causas relacionadas ao estresse, condições de trabalho e estilo de vida.

Analisando o cenário relatado acima, percebe-se a falta de coerência no fato do profissional deixar em segundo plano seu auto-cuidado para dedicar-se ao cuidado de outro, apesar de ser precisamente o que tem ocorrido. A título de comparação, Lago e Codo (2012) sugerem uma história, fictícia, propondo que o leitor se imagine prestando socorro em uma colisão de automóveis. Nesse acidente, alguns estariam feridos, alguns desacordados e, como se isso não fosse suficientemente chocante, alguns ainda perderiam membros, e outros faleceriam no local. Então os autores questionam se acaso o leitor ficaria chocado com a cena, e se ele poderia ficar impactado a ponto de levar horas ou dias até que essas imagens e sensações deixassem de interferir nas suas emoções. Em seguida, os autores propõem que o leitor imagine que passe por situações como essas, diariamente, algumas vezes por dia, que é, precisamente, o que ocorre com muitos profissionais da saúde.

Podemos dizer que a mesma compaixão que faz o cidadão parar seu carro e prestar socorro ao acidentado, revestido de um espírito de solidariedade, tão benéfico para a

sociedade, é a mesma que pode desgastar os profissionais caso eles não consigam evitar sua identificação com o paciente. As pesquisas na área da saúde se incumbem, portanto, de uma tarefa de investigar não apenas o atendimento ao paciente, o aperfeiçoamento das terapias e a melhoria dos medicamentos, mas, também, o bem-estar, a qualidade de vida e a saúde dos profissionais que as promovem.

5 REVISÃO DA LITERATURA

5.1 O que é a Fadiga por Compaixão

A Fadiga por Compaixão é uma entidade multidimensional composta por: fadiga por compaixão, *burnout* e satisfação por compaixão que se relacionam com os efeitos nocivos da exposição secundária a situações ligadas à dor e ao sofrimento (STAMM, 2010).

5.2 A Fadiga por Compaixão

A escala fadiga por compaixão foi adaptada para o Brasil em 2013 (LAGO; CODO, 2013), em uma época em que a Fadiga por Compaixão, apesar de pouco conhecida entre os brasileiros, já vinha sendo considerada uma potencial ameaça à saúde mental dos profissionais de saúde. Segundo os autores, o ProQOL-IV (ProQOL- BR) foi satisfatoriamente traduzido para o português e convenientemente adaptado, conseguindo reproduzir uma medição equivalente à ferramenta original.

Caracterizada como uma síndrome que causa exaustão física e emocional em decorrência do custo empático para lidar com o sofrimento alheio, a concepção de Fadiga por Compaixão elaborada por Figley e Stamm em 1996, é atualmente a mais adotada. Outros instrumentos de mensuração, todavia, foram elaborados. Lago e Codo (2010) desenvolveram uma revisão de cinco deles, incluindo três que precederam o ProQOL e um que o sucedeu:

- Compassion Fatigue Self-Test* (FIGLEY, 1995 *apud* LAGO; CODO, 2010);
- Compassion Satisfaction and Fatigue Test* (FIGLEY; STAMM, 1996 *apud* LAGO; CODO, 2010);
- Compassion Fatigue Scale* (GENTRY et al., 2002 *apud* LAGO; CODO, 2010);
- Professional Quality of Life Scale* (STAMM, 2005);
- Compassion Fatigue – Short Scale* (ADAMS, BOSCARINO; FIGLEY, 2006).

O primeiro questionário surgiu em 1995, o *Compassion Fatigue Self Test* (CFST), com 40 questões de frequência, para marcar de 1 a 5, progredindo desde “Raramente/nunca” até “Muito frequente”. Este instrumento subdivide-se em 2 escalas: Fadiga por Compaixão (23 itens) e *burnout* (17 itens), totalizando as 40 questões.

O segundo foi o *Compassion Satisfaction and Fatigue Test* (CSFT), de 1996, que trouxe como novidade a inserção de uma categoria positiva, a ‘satisfação por compaixão’. Categoria essa que é uma influência do trabalho de Stamm, pois ele já havia proposto que a

satisfação por compaixão seria o contrapeso da Fadiga por Compaixão, e que ela ajudaria a evitar o adoecimento dos profissionais. O CSFT é composto por 66 questões com três classificações, sendo elas: satisfação por compaixão, Fadiga por Compaixão e *burnout*. Mas devido a problemas psicométricos, seus próprios autores têm recomendado o uso do ProQOL, sendo um aperfeiçoamento do mesmo.

O terceiro é o *Compassion Fatigue Scale* (CFS), que é de 2002 e se baseou no anterior (CSFT). Conta com 30 questões, englobando apenas a Fadiga por Compaixão e o *burnout*. Ele deu origem ao *Compassion Fatigue – Short Scale* (CFSS)

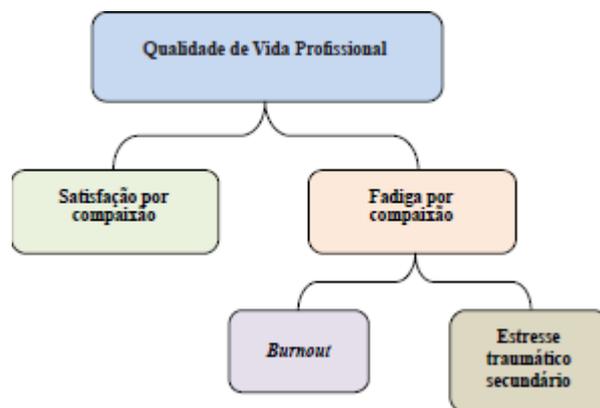
O quarto, elaborado por Stamm, é o *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL) - um aperfeiçoamento do CSFT. O ProQOL, apesar de manter as 3 sub-escalas originais do CSFT, teve seu número de itens reduzido de 66 para 30 itens, sendo 10 itens em cada fator. Além disso, aperfeiçoou as características psicométricas do CSFT sem perder a sua base teórica.

O quinto *Compassion Fatigue – Short Scale* (CFSS), é um aprimoramento do CFS. É o único que usa o termo “Trauma secundário” no lugar de Fadiga por Compaixão, embora pareçam significar o mesmo conceito. Conta com 13 itens, sendo 8 itens de Burnout e 5 itens de Trauma secundário.

O ProQOL avalia como o indivíduo se relaciona com a condição dos pacientes, com o ambiente hospitalar e com a equipe, identificando a presença de estímulos estressores no contexto laboral e o quão eles interferem na qualidade de vida do profissional.

A Qualidade de Vida Profissional é, na verdade, um grande índice geral e a Fadiga por Compaixão é apenas uma das suas dimensões, como mostra o diagrama a seguir:

Figura 1. Diagrama de Qualidade de Vida Profissional



Fonte: Stamm (2008) apud Barbosa *et al.* (2014).

Os dados obtidos por Barbosa *et al.* (2014) demonstraram que a satisfação por compaixão era generalizada entre os participantes, mas que a porcentagem dos que sentiam Fadiga por Compaixão em nível moderado ou alto era de 25%. Segundo o estudo, mesmo que um quarto possa ser considerado uma incidência baixa, trata-se de um índice capaz de causar interferências na qualidade do atendimento ao paciente.

Uma ressalva feita por Stamm (2010) é que o ProQOL não é indicado como teste de diagnóstico, ressalta-se que a Fadiga por Compaixão não consta oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID – 11) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – V). Assim, o instrumento é recomendado para fins de pesquisa, com resultados que devem ser interpretados como reflexos de que há compromisso e empenho profissional quando as pontuações de satisfação por compaixão forem altas, e de que há sinais de desequilíbrio emocional quando as pontuações de Fadiga por Compaixão forem altas. É importante, no entanto, entender que, por mais que seja relevante identificar esse desequilíbrio, ele não é, especificamente, uma patologia, uma vez que não está descrito na Classificação Internacional de Doenças (CID) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM).

Em geral, tal síndrome afeta, mais facilmente, determinadas profissões nas quais o contato com quem sofre seja inevitável e constituinte do cotidiano de trabalho, como bombeiros, policiais, médicos e enfermeiros. Bem como entre aqueles que eventualmente prestam apoio ou assistência em situações de crise ou trauma, como psicólogos, assistentes sociais, professores, veterinários e advogados. Os autores identificaram que, considerando como lidam com a Fadiga por Compaixão, há três perfis de profissionais: Equilibrado, Moderado e Deficitário, de modo que há diferentes formas possíveis de atuar em profissões de saúde, nas quais há alto potencial de desgaste, sem se deixar atingir de forma suficientemente intensa a ponto de causar impactos de natureza emocional (STAMM, 2005; BARBOSA *et al.*, 2014)

Por fim, para compreender plenamente a Fadiga por Compaixão e sua importância, é preciso considerar que seu conceito não foi o mesmo desde que foi criado, e o entendimento sobre ela vem se alterando no decorrer dos anos. Jilou *et al.* (2021) por exemplo, mostram um panorama descritivo e geral sobre a Fadiga por Compaixão em profissionais de saúde, identificando uma maior consolidação do conceito entre 2015 e 2019, comparando 30 artigos publicados neste intervalo.

Jilou *et al.* (2021) também abordam algumas estratégias de enfrentamento à fadiga da compaixão, sendo este, também, um ponto de convergência com o presente estudo. Além

disso, ressaltam a associação entre saúde e espiritualidade como uma das estratégias de enfrentamento nesse cenário. De fato, os autores deixam claro que um dos seus objetivos é o de possibilitar que novas pesquisas sejam realizadas diante da importância desse tema na vida pessoal e no trabalho em saúde.

6 METODOLOGIA

6.1 Delineamento da pesquisa

Essa investigação consistiu em uma pesquisa de campo transversal, analítica, com abordagem quanti e qualitativa, por meio de um método misto de pesquisa que, segundo Minayo (2014) podem ser complementares, enriquecendo a análise e as discussões finais.

6.2 Cenário da pesquisa

A pesquisa foi realizada em um Hospital da região oeste do Paraná, que foi fundado em 2006. É o maior Hospital do extremo oeste do Paraná, atendendo não só pacientes oriundos dos nove municípios da 9ª Regional de Saúde, como também os advindos de outras cidades da tríplice fronteira. Além disso, ele é referência em emergência e trauma aos turistas, tanto brasileiros quanto estrangeiros, que visitam a cidade e não possuem seguro de saúde.

6.3 Período da pesquisa

A coleta de dados, tabulação, análise e escrita compreenderam o período de agosto a dezembro de 2022, sendo cumprido de acordo com as etapas apresentadas no cronograma e após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP).

6.4 Amostra

Participaram da pesquisa os profissionais de saúde do hospital que têm sua atuação diretamente ligada ao cuidado dos pacientes, englobando os auxiliares e técnicos em enfermagem, enfermeiros, e médicos (residentes ou não). Foram incluídos todos os que, dentre os acima, se dispuseram a responder voluntariamente o questionário.

6.4.1 Critérios de inclusão e de exclusão

Critérios de inclusão do estudo: ter mais de 06 meses de vínculo empregatício com o Hospital, ser um profissional da área da saúde, ter 18 anos ou mais.

Critérios de exclusão do estudo: estar em afastamento médico ou férias durante o

período da coleta de dados.

6.5 Coleta de dados

6.5.1 Estratégia de coleta de dados

Após a autorização para realização da pesquisa concedida pelo Hospital e envio ao Comitê de Ética em Pesquisas envolvendo seres humanos para aprovação do estudo, foram disponibilizados via correio eletrônico aos profissionais, a Carta de Apresentação do Estudo; o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Em formulário eletrônico constavam o instrumento para coleta dos dados sociodemográficos (Apêndice B), o ProQOL-BR (Anexo A) e duas questões dissertativas (Apêndice C) referentes ao contexto laboral. Os formulários autoaplicáveis foram em parte preenchidos virtualmente e devolvidos de forma eletrônica e em parte de forma presencial, visto que o pesquisador esteve em campo no intuito de otimizar a coleta de dados, considerado o prazo previsto a essa etapa da pesquisa. Foram entrevistados aproximadamente 10% de profissionais de cada categoria profissional.

6.5.2 Instrumento de coleta de dados

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados: o primeiro com o objetivo de coletar os dados sociodemográficos dos participantes foi composto com sete questões, a saber: sexo, idade, estado civil, filhos, escolaridade, renda familiar e categoria profissional. O segundo, o ProQOL-IV ou Professional Quality of Life Scale, elaborado por Stamm (2005) e traduzido e validado para o Brasil por Lago e Codo (2012) e, recebeu o nome de ProQOL-BR após o processo de validação semântica e psicométrica. A versão utilizada é composta por 30 questões originais do instrumento idealizado por Stamm que avaliam o nível de cada uma das três subescalas, cada uma com 10 itens cada: - a Satisfação por Compaixão (SC), o Burnout (BO) e o Estresse Traumático Secundário (ETS) (Souza, 2015). E, por fim duas questões, elaboradas pelos autores, com base na literatura, com o objetivo de identificar as situações ou acontecimentos podem demonstrar estresse laboral, na perspectiva do trabalhador. Optou-se por deixá-las na modalidade “opcional” no formulário virtual, para que, os respondentes que não desejassem respondê-las, preenchessem pelo menos as demais questões. A decisão de incorporar as questões dissertativas foi tomada em reunião com equipe do hospital, que identificou uma oportunidade de conhecer opiniões e demandas dos seus

funcionários sobre o assunto. As perguntas foram: “Que situações ou acontecimentos lhe geram mais desgaste ou mais estresse no trabalho?” e “Fique à vontade para dar sugestões que melhorariam a qualidade do trabalho no seu local de atuação”.

6.6 Estudo piloto ou pré-teste

O pré-teste consistiu de uma aplicação inicial, junto a duas profissionais de cada uma das quatro categorias, que possuíam os critérios de inclusão ao estudo, com a finalidade de calibrar perguntas e adequar aquelas que pudessem apresentar dificuldade de compreensão na perspectiva dos participantes compreendidas. Ao findar essa etapa nenhuma alteração foi feita. Essas respostas foram incluídas na amostra?

6.7 Análise de dados

Após a coleta de dados, foram realizadas análises descritivas e inferenciais através do software estatístico *Statistical package for Social SPSS* versão 21. Foram analisadas frequência, média e desvio padrão das variáveis sociodemográficas e escores brutos para as subescalas. Foi realizada transformação dos valores das subescalas em Zscores e, posteriormente, em tcores, com obtenção de média de 50 e desvio-padrão de 10, conforme orientação do Manual do ProQOL (STAMM, 2010). Assim, é possível a comparação entre as três dimensões, bem como a comparação com outros estudos.

Também foram realizados testes paramétricos e não-paramétricos para a comparação de grupos e as diferenças de pontuações nas subescalas. Os testes utilizados foram o teste t de student, Mann-Whitney e Anova one-way, seguindo os pressupostos para suas utilizações. Por fim, foi realizada análise de correlação de Spearman para verificar a associação das três dimensões, também seguindo o pressuposto para sua utilização.

As análises dos dados qualitativos foram realizadas por meio do auxílio do software *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires* (IRaMuTeQ). O software tem como principal objetivo analisar a estrutura e a organização do discurso, possibilitando informar as relações entre os mundos lexicais que são mais frequentemente enunciados pelos participantes da pesquisa (CAMARGO; JUSTO, 2013). Foi utilizada a Nuvem de Palavras, a fim de agrupar as palavras e organizá-las graficamente em função da sua relevância, sendo as maiores aquelas que possuíam maior frequência, considerando palavras com frequência igual ou superior a 10.

6.8 Aspectos éticos

O presente projeto foi submetido ao Comitê de Ética, seguindo a Resolução 466 de 2012 e a Resolução 510 de 2015. Foi aprovado sob CAAE 63468422.0.0000.0092. A participação dos sujeitos foi voluntária e ocorreu mediante consentimento por escrito (Anexo B).

Os riscos e benefícios são inerentes à pesquisa e segundo a Res.466/12 não existe pesquisa sem riscos. Porém, o presente estudo apresentou nível mínimo/baixo em termos de potencial de causar danos. Um desgaste relativo ou desconforto emocional pode ter sido provocado pela autorreflexão durante o preenchimento dos questionários pelo participante

Uma apresentação presencial de todo o projeto, e do TCLE, foi realizada individualmente, visando redução dos riscos, quando necessário. O preenchimento eletrônico, via computador pessoal ou aparelho celular garantiu a privacidade do respondente.

Para contribuir para geração de benefícios coletivos, uma das perguntas do questionário tinha por objetivo propostas de mudanças na rotina do hospital, visando melhora no bem-estar dos profissionais. Ademais, o estudo será entregue ao hospital no intuito de subsidiar estratégias de promoção e prevenção a saúde do trabalhador, minimizando os danos causados a sua saúde mental.

6.9 Limitações do estudo

Uma vez que parte da aplicação do questionário não seria presencial, era possível que algumas perguntas não fossem bem compreendidas ou não preenchidas.

A presente pesquisa lida com conceitos que podem ser relativamente novos para o público alvo. É possível que a Fadiga por Compaixão seja confundida com *Burnout*, por exemplo, daí a importância dos esclarecimentos iniciais.

7 RESULTADOS

A amostra do estudo foi composta por 90 respondentes. Dentre esses, 59 eram do sexo feminino e 30 do sexo masculino (uma pessoa deixou em branco). A média de idade dos participantes foi de 37,3 anos (DP=7,35), mediana de 37, com idade mínima de 23 anos e máxima de 60 anos. Foi realizada uma divisão em faixas etárias, sendo que 34 participantes estavam na faixa etária de 23 a 35 anos, 47 participantes na faixa etária de 35 a 48 anos e 9 participantes na faixa etária de 49 a 60 anos.

Com relação à escolaridade, metade dos participantes (45) possuem ensino superior completo. No que diz respeito à renda familiar, a faixa de renda com maior frequência foi de 2 a 3 salários mínimos (29 participantes) seguida por 3 a 4 salários mínimos (26 participantes). Com relação ao estado civil, 44 participantes eram casados e 29 solteiros. Com relação a filhos, 63 participantes afirmaram ter filhos. Quanto ao cargo, 55 participantes eram técnicos de enfermagem, 19 eram enfermeiros, 8 eram médicos, cinco eram auxiliares de enfermagem e três residentes médicos. Essas informações podem ser observadas na tabela 1.

Tabela 1. Característica dos participantes conforme variáveis sociodemográficas

	Variáveis	N
Sexo	Masculino	30
	Feminino	59
	Não respondeu	1
Estado civil	Solteiro(a)	29
	Casado(a)	44
	União estável	6
	Separado(a)/Divorciado(a)	10
	Viúvo(a)	1
Filhos	Com filhos	63
	Sem filhos	27
Escolaridade	Segundo grau incompleto	1
	Segundo grau completo	19
	Superior incompleto	25
	Superior completo	45
Renda Familiar	1 a 2 salários mínimos	15
	2 a 3 salários mínimos	29
	3 a 4 salários mínimos	26
	4 a 5 salários mínimos	8
	5 a 6 salários mínimos	3
	Acima de 6 salários mínimos	9

	Técnico de enfermagem	55
	Auxiliar de enfermagem	5
Cargo	Enfermeiro	19
	Médico	8
	Residente	3

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

No que diz respeito ao atendimento de pessoas em sofrimento, 58 participantes afirmaram atender quase sempre pessoas que estão em algum sofrimento. Com relação a risco de vida, 54 participantes afirmaram atender quase sempre pessoas com algum tipo de risco de vida. Com relação ao atendimento de pessoas que passaram por algum evento traumático, 28 participantes relataram atender poucas vezes estes casos e 25 atenderam muitas vezes. Com relação a ficar impressionado com algum caso, 35 participantes relataram ficar impressionado muitas vezes.

Com relação ao ProQOL-BR, o resultado geral obtido na subescala SC (Satisfação por Compaixão) apresentou um valor médio de 42,63 (DP=5,17), com valores que variaram de 20 a 50. A subescala BO (*Burnout*) apresentou um valor médio de 24,92 (DP=5,40), com valores que variaram de 12 a 37. O valor médio para a subescala ETS (Estresse Traumático Secundário) foi de 23,42 (DP=5,97), com valor mínimo de 10 e máximo de 38. Essas informações podem ser observadas na tabela 2:

Tabela 2. Distribuição dos valores das subescalas SC, BO e ETS.

Subescalas	N. itens	N	M	DP	Mínimo	Máximo
SC	10	90	42,63	5,17	20	50
BO	10	90	24,92	5,40	12	37
ETS	10	90	23,42	5,97	10	38

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Conforme orientação do Manual do ProQOL (STAMM, 2010), foi realizada transformação dos valores das subescalas em Zscores e, posteriormente, em tcores, com obtenção de média de 50 e desvio-padrão de 10. Na Tabela 3 é possível verificar os pontos de corte da ProQOL5 com divisão em quartis, comparando o presente estudo com a versão original de Stamm (2010).

Tabela 3. Pontos de corte da ProQOL5 de Stamm (2010) e da amostra desse estudo.

Percentis	ProQOL-BR amostra			ProQOL5 Stamm (2010)		
	tscore	Tscore	tscore	tscore	tscore	tscore
25	SC	BO	ETS	SC	BO	ETS
	44,9	42,7	43,8	44	43	42

	50	49,7	49,2	49,2	50	50	50
	75	56,5	57,5	56	57	56	56

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Os resultados encontrados nessa amostra do estudo foram similares ao proposto por Stamm (2010). Através dos pontos de corte estabelecidos por Stamm (2010) e os pontos de corte obtidos na presente amostra, foi possível analisar as frequências das três subescalas de acordo com os pontos de corte (nível baixo, médio e alto), conforme tabela 4.

Tabela 4. Frequências dos níveis das subescalas SC, BO e ETS.

Escalas	Níveis	N
SC	Baixo	24
	Médio	21
	Alto	45
BO	Baixo	24
	Médio	21
	Alto	45
ETS	Baixo	28
	Médio	13
	Alto	39

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Considerando o ponto de corte estabelecido, é possível observar que 45 participantes encontram-se em nível alto na subescala SC e na subescala BO. Já na subescala ETS, 39 participantes encontram-se no nível alto.

Com relação a subescala SC, das 45 pessoas que encontram-se em nível alto, 26 delas tem de 36 a 48 anos, 27 são casadas, 27 são técnicos de enfermagem, 24 tem ensino superior completo, 17 tem de 2 a 3 salários mínimos. Já com relação à subescala BO, das 45 pessoas que encontram-se em nível alto, 27 delas tem de 36 a 48 anos, 23 são casadas, 25 são técnicos de enfermagem, 25 tem ensino superior completo e 14 tem de 2 a 3 salários mínimos. Referente às 39 pessoas que tiveram nível alto na ETS, 22 delas tem de 36 a 48 anos, 22 são casadas, 23 são técnicos de enfermagem, 22 tem ensino superior completo, 13 tem de 2 a 3 salários mínimos. Em resumo, pode-se dizer que as pessoas de 36 a 48 anos, com ensino superior completo, com 2 a 3 salários mínimos, casadas e com cargo de técnico de enfermagem apresentaram pontuações mais altas nas três subescalas.

Para comparar as médias das subescalas SC, BO e ETS em função das variáveis sociodemográficas, verificou-se a normalidade dos dados por meio dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Os resultados demonstraram que a variável idade ($K-S(90) = 0,087$ p

$< 0,05$; S-W(90) = 0,974, $p < 0,05$) e a variável SC (K-S(90) = 0,139 $p < 0,05$; S-W(90) = 0,871, $p < 0,05$) não tinham distribuições normais. Já as variáveis BO (K-S(90) = 0,083, $p < 0,165$; S-W(90) = 0,983, $p < 0,312$) e ETS (K-S(90) = 0,080, $p < 0,200$; S-W(90) = 0,980, $p < 0,170$) apresentaram distribuição normal. Assim, a análise da variação das médias adotou estatística paramétrica e não paramétrica, com o uso do teste t e mann-whitney respectivamente, de acordo com os pressupostos da distribuição para uso destes.

Com relação ao sexo, o sexo feminino apresentou maior média (M=50,4; DP=9,71) na escala BO do que os homens (M=49,4; DP=10,57), contudo esta diferença não foi estatisticamente significativa. Na escala ETS, não houve diferença entre as médias conforme o sexo, com M=50 (DP=10,46) para o sexo feminino e M=49,9 (DP=9,34) para o sexo masculino. Para a escala SC, a média também foi maior para o sexo feminino (M=50,2; DP=8,86) em comparação com o sexo masculino (M=49; DP=11,9), contudo esta diferença não foi estatisticamente significativa.

No que se refere a ter ou não filhos, quem relatou ter filhos apresentou menor média nas subescalas BO e ETS. Quem tem filhos teve uma média de 49,2 (DP=9,82) em comparação a quem não tem filhos (M=51,7; DP=10,3) na subescala BO, sendo que esta diferença não foi estatisticamente significativa. Na subescala ETS, quem tem filhos apresentou média de 49,2 (DP=9,65) sendo esta menor quando comparado a quem não tem filhos (M=51,6; DP=10,76), e não houve diferença estatisticamente significativa. Para a escala SC, a média também foi menor para quem tem filhos (M=49,4; DP=10,9) em comparação a quem não tem (M=51,2; DP=7,40), sendo que esta diferença não foi estatisticamente significativa.

Estes dados podem ser observados nas tabelas 4 e 5.

Tabela 4. Comparação das médias da BO e ETS em função do sexo e ter filhos.

Escala	Variável	N	M	DP	t	p
BO	Masculino	30	49,4	10,57	-0,456	0,14
	Feminino	59	50,4	9,71		
	Tem filhos	63	49,2	9,82	-1,069	0,28
	Não tem filhos	27	51,7	10,37		
ETS	Masculino	30	49,9	9,34	-0,055	0,17
	Feminino	59	50,0	10,46		
	Tem filhos	63	49,2	9,65	-1,024	0,57
	Não tem filhos	27	51,6	10,76		

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Tabela 5. Comparação das médias da SC em função do sexo e ter filhos.

Escala	Variável	N	M	DP	Média do Rank	U	Z	p
SC	Masculino	30	49,4	10,57	45,07	883,000	-0,017	0,98
	Feminino	59	50,4	9,71	44,97			
	Tem filhos	63	49,4	10,93	44,84	892,000	0,367	0,71
	Não tem filhos	27	51,2	7,40	47,04			

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Realizou-se o teste ANOVA-*One Way* com o objetivo de analisar se havia diferenças no resultado para as subescalas SC, BO e ETS entre pessoas de diferentes faixas etárias, estado civil, renda, escolaridade e categoria profissional. A tabela 5 ilustra a diferença entre as médias para cada subescala, de acordo com as variáveis analisadas. Para análise da subescala SC, realizou-se procedimentos de *bootstrapping* (1000 re-amostragens; 95% IC BCa) e corrigir desvios de normalidade na distribuição da amostra e para maior confiabilidade dos resultados.

Faixa etária

Para a subescala SC, o resultado da ANOVA demonstra que não houve diferenças significativas entre os grupos $F(2, 87) = 0,10$, $p = 0,90$. O pressuposto de homogeneidade de variância para a análise da subescala SC foi avaliado por meio do teste de Levene, o qual demonstrou homogeneidade de variância (Levene (2, 87) = 1,77; $p = 0,17$). A faixa etária de 49 a 60 anos obteve maior média na escala SC em comparação com as demais. As diferenças entre as médias podem ser observadas na tabela 5.

Com relação à subescala BO, o teste de Levene demonstrou que não havia homogeneidade de variância (Levene (2, 87) = 4,09, $p < 0,05$). Em função da heterogeneidade de variância, foi solicitada a correção de Welch e avaliação de post-hoc de Games-Howell. Os resultados demonstraram que houve diferença significativa (Welch's $F(2, 34,33) = 3,51$; $p < 0,05$). A faixa etária de 23 a 35 anos obteve média maior na subescala BO em comparação com as outras faixas etárias. Recorreu-se ao post-hoc de Games-Howell que revelou diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) para a faixa etária de 23 a 35 anos ($M=51,7$; $DP=9,18$) quando comparada com a faixa etária de 49 a 60 anos ($M=45,8$; $DP=4,71$).

Para a subescala ETS, o teste de Levene demonstrou que havia homogeneidade de variância (Levene (2, 87) = 0,15, $p = 0,85$). A faixa etária de 49 a 60 anos teve pontuação menor nesta subescala em comparação com as demais (tabela 5). Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos $F(2, 87) = 0,11$, $p = 0,89$.

Estado civil

Com relação à subescala SC, o teste de Levene demonstrou que não havia homogeneidade de variância (Levene (3, 85) = 6,31, $p < 0,001$). Em função da heterogeneidade de variância, foi solicitada a correção de Welch e avaliação de post-hoc de Games-Howell. Os resultados demonstraram que não houve diferença significativa entre os grupos. As pessoas casadas tiveram maior média na subescala SC, quando comparadas as pessoas solteiras e separadas/divorciadas. As pessoas com união estável tiveram menor média nesta subescala. As diferenças entre as médias podem ser observadas na tabela 6.

Com relação à subescala BO, o teste de Levene demonstrou que havia homogeneidade de variância (Levene (3, 85) = 2,20, $p = 0,09$). Os resultados da ANOVA demonstraram que não houve diferenças significativas. As pessoas casadas tiveram menor média nesta subescala quando comparadas às pessoas solteiras, separadas/divorciadas e união estável. Já as pessoas separadas/divorciadas apresentaram maior média nessa subescala. As diferenças entre as médias podem ser observadas na tabela 6.

Para a subescala ETS, o teste de Levene demonstrou homogeneidade de variância (Levene (3, 85) = 2,15, $p = 0,09$). As pessoas em união estável tiveram menor pontuação nesta subescala em comparação com as pessoas casadas, separadas/divorciadas e solteiras. As diferenças entre as médias podem ser observadas na tabela 6. Os resultados da ANOVA demonstraram que não houve diferenças significativas.

Escolaridade

Para a escala SC, o teste de Levene demonstrou homogeneidade de variância (Levene (2, 86) = 1,53, $p < 0,22$). Os resultados demonstraram que não houve diferença significativa entre os grupos. Participantes com segundo grau completo tiveram maior média nessa subescala em comparação com pessoas com ensino superior completo e incompleto. Já as pessoas com ensino superior completo tiveram menor média nessa escala. As diferenças entre as médias podem ser observadas na tabela 6.

Com relação a subescala BO, o teste de Levene indicou homogeneidade de variância (Levene (2, 86) = 0,97, $p = 0,38$). O resultado da ANOVA demonstrou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Para a subescala BO, pessoas com segundo grau completo apresentaram menor média nessa escala em comparação com pessoas com ensino superior completo e incompleto (tabela 6).

O teste de Levene indicou homogeneidade de variância (Levene (2, 86) = 2,78, $p = 0,07$) para a subescala ETS. Pessoas com segundo grau completo tiveram menor média nessa subescala em comparação com pessoas com ensino superior completo e incompleto. Não houve

diferenças estatisticamente significativas entre os grupos. As diferenças entre as médias podem ser observadas na tabela 6.

Renda

Com relação a renda e a subescala SC, o resultado da ANOVA demonstrou que não há diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Pessoas com 5 a 6 salários mínimos tiveram maior média nessa subescala em comparação com outras faixas de renda, enquanto que pessoas com 1 a 2 salários mínimos tiveram menor média. As diferenças entre as médias podem ser observadas na tabela 6. O teste de Levene indicou homogeneidade de variância (Levene (5, 84) = 0,64, $p = 0,66$).

Para a subescala BO, o teste de Levene indicou homogeneidade de variância (Levene (5, 84) = 1,73, $p = 0,13$). O resultado da ANOVA demonstrou que não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos. Pessoas com renda de 5 a 6 salários mínimos tiveram menor média nessa subescala quando comparadas com outras faixas de renda. Pessoas com 4 a 5 salários mínimos tiveram maior média nessa subescala (Tabela 6).

Com relação a renda e a subescala ETS, pessoas com 1 a 2 salários mínimos apresentaram maior média em comparação com outras faixas de renda. Pessoas com renda de 5 a 6 salários mínimos apresentaram menor média nessa subescala (Tabela 6). O teste de Levene indicou homogeneidade de variância (Levene (5, 84) = 1,36, $p = 0,24$) e o resultado da ANOVA demonstrou que não há diferença significativa entre os grupos.

Categoria profissional

No que diz respeito a categoria profissional, na subescala SC, a categoria residentes apresentou maior média nessa subescala em comparação com as outras categorias, enquanto que os Enfermeiros(as) tiveram menor média (Tabela 6). O teste de Levene demonstrou que não havia homogeneidade de variância (Levene (4, 85) = 4,42, $p < 0,05$). Em função da heterogeneidade de variância, foi solicitada a correção de Welch e avaliação de post-hoc de Games-Howell. Os resultados demonstraram que não houve diferença significativa entre os grupos.

Para a subescala BO, o teste de Levene indicou homogeneidade de variância (Levene (4, 85) = 0,07, $p = 0,98$). Os resultados da ANOVA demonstraram que não há diferenças significativas entre os grupos. A categoria profissional auxiliar de enfermagem teve menor média nessa subescala, enquanto residentes apresentaram maior média nesta escala, quando

comparados com outras categorias profissionais. As as médias podem ser observadas na tabela 6.

Quanto a subescala ETS, o resultado da ANOVA demonstrou que não há diferenças significativas entre as categorias profissionais e o teste de Levene indicou homogeneidade de variância (Levene (4, 85) = 0,92, $p = 0,45$). Para essa subescala, a categoria profissional auxiliar de enfermagem apresentou menor média quando comparada com outras categorias, e a categoria residente apresentou maior média. As diferenças entre as médias podem ser observadas na tabela 6.

Tabela 6. médias em cada subescala de acordo com a faixa etária, estado civil, escolaridade, renda e categoria profissional.

Subescala	Variáveis Sociodemográficas	M	DP
SC	23 a 35 anos	50,0	7,03
	36 a 48 anos	49,6	12,05
	49 a 60 anos	51,3	8,36
	Solteiro(a)	49,8	6,89
	Casado(a)	50,7	10,3
	União estável	44,5	21,4
	Separado/Divorciado	48,7	5,07
	Segundo grau completo	52,3	7,09
	Superior incompleto	50,4	7,55
	Superior completo	48,7	12,1
	1 a 2 salários mínimos	44,0	11,6
	2 a 3 salários mínimos	50,8	8,11
	3 a 4 salários mínimos	51,5	11,3
	4 a 5 salários mínimos	52,3	9,37
	5 a 6 salários mínimos	58,4	0,01
	Acima de 6 salários mínimos	47,9	7,10
	Técnico de Enfermagem	51,0	7,20
	Auxiliar de Enfermagem	53,7	6,63
	Enfermeiro(a)	45,6	16,1
	Médico(a)	47,3	7,35
Residente	58,4	5,11	
BO	23 a 35 anos	51,7	9,18
	36 a 48 anos	49,5	11,1
	49 a 60 anos	45,8	4,71
	Solteiro(a)	50,5	10,0
	Casado(a)	49,5	10,5
	União estável	50,1	13,4
	Separado/Divorciado	51,0	4,87
	Segundo grau completo	49,6	8,58
	Superior incompleto	50,1	10,8
	Superior completo	50,6	10,2
1 a 2 salários mínimos	51,0	13,0	

	2 a 3 salários mínimos	50,7	9,58
	3 a 4 salários mínimos	49,1	8,91
	4 a 5 salários mínimos	53,3	9,04
	5 a 6 salários mínimos	35,3	1,84
	Acima de 6 salários mínimos	50,3	8,50
	Técnico de Enfermagem	48,9	10,1
	Auxiliar de Enfermagem	45,3	8,53
	Enfermeiro(a)	53,4	10,0
	Médico(a)	50,3	9,08
	Residente	54,4	10,5
	23 a 35 anos	50,3	9,59
	36 a 48 anos	50,0	10,34
	49 a 60 anos	48,5	10,65
	Solteiro(a)	50,3	10,7
	Casado(a)	50,0	10,5
	União estável	47,8	3,41
	Separado/Divorciado	50,6	8,88
	Segundo grau completo	49,0	10,1
	Superior incompleto	51,1	12,4
	Superior completo	50,1	8,28
ETS	1 a 2 salários mínimos	52,0	13,5
	2 a 3 salários mínimos	50,9	9,25
	3 a 4 salários mínimos	49,4	8,57
	4 a 5 salários mínimos	48,2	8,94
	5 a 6 salários mínimos	39,8	8,25
	Acima de 6 salários mínimos	50,0	10,9
	Técnico de Enfermagem	50,2	10,4
	Auxiliar de Enfermagem	42,5	11,3
	Enfermeiro(a)	51,1	8,12
	Médico(a)	49,2	11,4
	Residente	52,6	3,34

Fonte: Elaborado pelo autor (2022).

Com o objetivo de analisar a relação das subescalas e como explicam a fadiga por compaixão, foi realizada a correlação de Spearman, seguindo os pressupostos para sua utilização, em função da distribuição não normal. Os resultados da análise indicam que há uma correlação negativa moderada entre a SC e a BO ($r_s(87) = -0,463$; $p < 0,01$) e uma correlação negativa fraca entre a SC e a ETS ($r_s(87) = -0,295$; $p < 0,01$). Isso indica que quanto maior as pontuações nas escalas BO e ETS, menor as pontuações na escala SC. Também houve correlação positiva moderada entre as escalas BO e ETS ($r_s(87) = 0,417$; $p < 0,01$). Isso indica que pontuações altas na BO aumentam a possibilidade de pontuações altas na ETS, e vice-versa.

Nuvem de Palavras

Foi analisada a nuvem de palavras obtida através da análise relacionada as situações que podem desencadear estresse no ambiente laboral, na qual verifica-se que as palavras mais evocadas foram: “Falta” (f = 16), “Paciente” (f = 11), “Recurso” (f = 5), “Funcionário” (f = 5), “Colega” (f = 3), “Criança” (f = 3) (ver figura 2).



Figura 2: Indicadores de estresse laboral na percepção dos trabalhadores.

Fonte: IraMuTeQ (2022).

8 DISCUSSÃO

Na comparação com outras pesquisas similares a essa, é possível mencionar, inicialmente, a questão da proporção entre o sexos profissionais enfermeiros e técnicos em enfermagem. Segundo o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) a categoria tem, no país, 13,4% de homens, enquanto que, entre os respondentes dessa pesquisa, essa porcentagem é 29,5%, ou seja, 3 vezes maior. Apesar da profissão de enfermagem vir apresentando uma tendência à masculinização dos anos 1990 em diante (AQUINO; ARAGÃO, 2017 *apud* SANTOS, 2018), e apesar dessa curva ainda estar em ascensão, nos estudos de Santos (2018) sobre a Fadiga por Compaixão havia apenas 9,6% de homens no grupo de enfermagem – que é uma porcentagem bem mais próxima da nacional e bem inferior à nossa de 29,5%.

Ainda citando o estudo de Santos (2018) é possível comparar a proporção de enfermeiros graduados em relação a técnicos de enfermagem dentre os que se prontificaram a responder à pesquisa. Enquanto a mencionada autora verificou predominância de 60,5% de enfermeiros formados, nesse estudo foi de apenas 25,7%.

No que diz respeito ao sexo, não houve variações significativas para este critério, apesar de que, Borges e colaboradores (2019) encontraram resultados divergentes, nos quais as mulheres desenvolveram mais BO e mais ETS que os homens. Eles sugerem que as mulheres podem ter maior capacidade empática que os homens

O fato de terem ou não filhos não demonstrou significância estatística na amostra desse trabalho. Situação corroborada pelas duas outras pesquisas (SANTOS, 2018; BORGES *et al.*, 2019). O estado civil dos profissionais não interferiu significativamente em nenhuma das três subescalas, dados esses semelhantes aos de Borges *et al.* (2019). No entanto, Santos (2018) verificou aumento das médias para *Burnout* entre os profissionais que não tinham companheiro. Esta última pesquisa se deteve mais nesse quesito, trazendo que, estudos como o de Oliveira (2017 *apud* SANTOS, 2018) encontrou tanto o casamento quanto os filhos como um fator de proteção para o público feminino. Mas, no entanto, Sholze *et al.* (2017 *apud* SANTOS, 2018) que investigaram 185 enfermeiros, encontraram maior acometimento entre as mulheres, inclusive, propondo que isso se devesse à jornada dupla que elas enfrentam: no hospital e em suas casas.

Com relação à média de idade dos pesquisados do presente estudo foi de 37,3 anos, muito próxima da verificada por Santos (2018), que foi de 37,9 e, essa faixa etária aproximou-se, também, da encontrada em estudo anterior de Santos *et al.* (2017).

No presente estudo a faixa etária de 23 a 35 anos obteve média maior na subescala de

burnout em comparação com as outras faixas etárias, sendo, portanto, a mais propícia a sofrer com o *burnout*, sobretudo quando comparada com a faixa etária de 49 a 60 anos, que teve a menor média. Borges *et al.* (2019) identificaram que enfermeiros com idade igual ou superior a 36 anos apresentaram médias superiores de satisfação por compaixão, e inferiores de estresse traumático secundário. Os profissionais mais novos revelaram médias inferiores de satisfação por compaixão e superiores de estresse traumático secundário (BORGES *et al.*, 2019). São resultados bastante semelhantes aos encontrados nesse estudo, e apontam para que a idade mais avançada seja vista como um fator de proteção para FC.

Em relação à escolaridade, os participantes com ensino médio completo tiveram médias em SC maiores e médias de BO e ETS menores que aqueles com ensino superior incompleto ou completo, o que é contrário do que se esperaria de uma formação universitária - os dados demonstram que o ensino superior não tem contribuído para o aprendizado de como lidar com os desgastes relacionados às profissões da saúde. Mas há dados divergentes pois, ao contrário, Borges *et al.* (2019) não encontraram diferenças em função do nível acadêmico.

No quesito “renda”, observa-se que a SC independe do salário recebido, no entanto, o ETS foi maior na proporção inversa da renda, de modo que, quanto menor o salário, maior foi o índice de ETS. No levantamento de Borges *et al.* (2019) a renda familiar também não interferiu em nenhum das três subescalas.

No que diz respeito à categoria profissional, os residentes foram os que apresentaram as maiores médias tanto em SC quanto em BO e ETS. Os residentes são um grupo que aparece pouco em pesquisas com esta temática e foi, inclusive, o menor grupo neste estudo, com 3 respondentes no total. Mas não deixa de chamar a atenção o fato dessa categoria ter se sobressaído nas três subescalas, o que parece indicar que eles sejam os que vivem mais intensamente a rotina hospitalar, onde passam 60 horas semanais.

Através da nuvem de palavras, identifica-se que “falta” aparece mais do que “paciente”. De fato, as queixas mais presentes foram as de falta de materiais em geral, além da falta de exames disponíveis. Identificou-se, também em tamanho considerável na nuvem, as palavras “colega” e “funcionário”, impulsionadas pelos comentários acerca de dificuldade nas relações interpessoais dentro das equipes. Por fim, a palavra “criança” que foi descrita como uma dificuldade de muitos trabalhadores, notadamente, de atender o público infantil no hospital.

É relevante considerar que recentemente ocorreu uma pandemia sem precedentes, e que ela pode ter agravado muitos sintomas emocionais. Coimbra *et al.* (2021) pesquisaram especificamente o agravamento dos sintomas de Fadiga por Compaixão durante a pandemia de

Covid-19. Segundo os autores, foram muitos os fatores que se sobrepuseram ao costumeiro contato com o sofrimento. Agora havia o risco associado de ser infectado pelo vírus dentro dos hospitais, haviam condições críticas de falta de vagas e equipamentos em um sistema colapsado pela alta demanda e longas jornadas de trabalho.

É possível acrescentar ainda, que outros fatores aumentaram o desgaste profissional como a grande quantidade de informação equivocada produzidas por leigos ou órgãos sem qualificação em pandemias, e a instabilidade na atuação profissional, devido a provisoriedade de protocolos, que mudavam a depender de novas descobertas ou de mudanças logísticas das políticas públicas. Dantas (2021), conselheira do Conselho Federal de Medicina (CFM) e do Conselho Regional de Medicina do Estado da Bahia (CREMEB) destacou a intensificação de Fadiga por Compaixão no contexto pandêmico, com destaque para médicos e enfermeiros.

Na presente pesquisa, a interferência da Covid-19 não foi alvo do estudo, ademais o próprio questionário orientava que as respostas considerassem apenas os últimos 60 dias, porém muitos dos profissionais, durante as entrevistas que ocorreram presencialmente, argumentavam que, caso fossem incluir o período de pandemia suas respostas seriam piores.

Enfim, a pandemia chegou a ser vista, inclusive, como um fator que emergiu a Fadiga por Compaixão o conseqüenciou em novos estudos sobre o tema. Segundo Coimbra *et al.*, (2021) a ampliação e sumarização dos conhecimentos sobre os danos relacionados à FC são necessários para ressignificar as ações e estratégias de intervenção visando prevenir e reduzir essas situações em pandemias futuras. Dantas (2021) também viu um efeito positivo da Covid-19, pois ela tornou explícito para a comunidade em geral as rotinas desgastantes vivenciadas por profissionais da saúde em seu trabalho diário (DANTAS, 2021).

É relevante reforçar que o ProQOL não é indicado como teste de diagnóstico (STAMM, 2010), salienta-se que Fadiga por Compaixão não consta oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID – 11) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – V), porém vale ressaltar que o Burnout está incluso (CID-11-QD85). Assim, ele é recomendado para fins de pesquisa, e seus resultados devem ser interpretados como reflexos de que há compromisso e empenho profissional quando as pontuações de satisfação por compaixão são altas, e de que há sinais de desequilíbrio emocional quando as pontuações de Fadiga por Compaixão forem altas.

Por fim, é possível comparar os achados desse estudo com Jilou *et al.* (2021), que fizeram uma *scoping review* sobre Fadiga por Compaixão, com a finalidade de descrever as ferramentas desenvolvidas pelos profissionais para enfrentá-la. De 263 artigos sobre o tema, apenas 30 se referiram a estratégias concretas para combatê-la, sendo que todos estes foram

publicados somente na língua inglesa e apenas 2 foram feitos no hemisfério sul. De presença já escassa na referida pesquisa, a pergunta sobre o enfrentamento à Fadiga por Compaixão, nos resultados do presente estudo, foi respondida em apenas 38,2% dos questionários. Sendo que poucos 2,2% citaram alguma conduta concreta praticada por eles, e não uma sugestão para implantação futura, mais especificamente, citaram a já tradicional terapia psicológica. Esse número baixíssimo sugere um grande desconhecimento sobre estratégias de combate aos efeitos da carga emocional, que, como mostrado acima, já é um pouco mais difundido nos Estados Unidos e na Europa (JILOU *et al.*, 2021).

9 CONCLUSÃO

Foram identificados, por meio do instrumento ProQOL-BR, as três dimensões, em relação à qualidade de vida, em todas as categorias profissionais estudadas. Assim, os resultados confirmaram a hipótese da presença de Fadiga por Compaixão nos profissionais que atuam no hospital. No entanto a hipótese de que atingisse mais o público feminino não se confirmou, uma vez que o sexo demonstrou ser uma variável sem significância estatística. Ao contrário do que se previu inicialmente, os profissionais da enfermagem não foram os mais atingidos. Essa hipótese tendia a ser particularmente forte em virtude das cobranças sobre essa categoria ser desproporcional aos salários que recebem. De fato, os técnicos de enfermagem foram bastante acometidos, mas não superaram os residentes. Estes últimos profissionais, que recebem muita responsabilidade, com alta carga horária, recebendo apenas uma bolsa de estudos, foram os que tiveram os maiores índices.

As comparações com estudos similares produziram paralelos enriquecedores, de modo que, mesmo havendo particularidades em cada região do país, foram encontrados alguns dados convergentes, dentre outros divergentes. Mas o que não deixa dúvidas é que a Fadiga por Compaixão precisa ter suas consequências mitigadas, uma vez que já foi identificada e relacionada com os fatores sociodemográficos. O próximo passo é, claramente, investir em formas de superar seus efeitos, seja por meio de novas políticas públicas em saúde do trabalhador, políticas institucionais de segurança e saúde ocupacional ou atitudes individuais de cada profissional.

Por fim, sugere-se o desenvolvimento de mais pesquisas sobre o tema, não só sobre a Fadiga por Compaixão, mas principalmente sobre estratégias de enfrentamento, prevenção e combate aos prejuízos de trabalhar cotidianamente em contato com o sofrimento.

REFERÊNCIAS

ADAMS, R. E.; BOSCARINO, J. A.; FIGLEY, C. R. Compassion fatigue and psychological distress among social workers: A validation study. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 76, n. 1, p. 103–108, 2006.

AQUINO, Rafael Lemes de; ARAGÃO, Ailton de Souza. Impacto do trabalho noturno na vida do profissional de enfermagem do sexo masculino. **Revista de Enfermagem: UFPE Online**, Recife, v. 11, n. 10, p. 3725-3731, 2019. Bimestral. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/>. Acesso em: 12 dez. 2022.

BARBOSA, Silvânia da Silva; SOUZA, Sandra; MOREIRA, Jansen Souza. 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. 315-323, set. 2014. Disponível em: pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-65720140030007&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 20 dez. 2021.

BORGES, Elisabete Maria das Neves; FONSECA, Carla Isabel Nunes da Silva; BATISTA, Patrícia Campos Pavan; QUEIRÓS, Cristina Maria Leite; BALDONEDO-MOSTEIRO, María; MOSTEIRO-DIAZ, María Pilar. Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. , p. 1-6, maio 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/wTJTghmjNdBnWHXscX4J8gH/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 dez. 2022.

CAMARGO, Brigido Vizeu; JUSTO, Ana Maria. IRAMUTEQ: um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, dez. 2013 .

COIMBRA, Marli Aparecida Reis; IKEGAMI, Érica Midori; FERNANDES, Ana Paula de Freitas; VIRTUOSO JÚNIOR, Jair Sindra; FERREIRA, Lúcia Aparecida. Fadiga por compaixão em profissionais de saúde durante a pandemia da Covid-19: Revisão integrativa. **Investigação, Sociedade e Desenvolvimento**, [S. L.], v. 10, n. 7, p. 1-12, jun. 2021. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17028>. Acesso em: 16 dez. 2022.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN, Disponível em: http://www.cofen.gov.br/pesquisa-inedita-traca-perfil-da-enfermagem_31258.html. Acesso em 12 Dez. 2022 .

CREMESP; Estudo da mortalidade dos médicos no estado de São Paulo: tendências de uma década (2000-2009), São Paulo, 2012. 43 p. Disponível em: < <https://www.cremesp.org.br/pdfs/Mortalidade%20v%20220312.pdf>>. Acesso em: 20 Dez. 2021.

DANTAS, Maíra. **Fadiga por compaixão - o que sente quem cuida**. 2021. Publicada por CREMEB. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/artigo-fadiga-por->

compaixao-o-que-sente-quem-cuida-cons . Acesso em: 09 dez. 2022.

JILOU, Vivian; DUARTE, Joyce Mara Gabriel; GONÇALVES, Rosa Helena Aparecida; VIEIRA, Edson Elias; SIMÕES, Ana Lúcia de Assis. Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. **Rev Bras Enferm**, Uberaba, v. 74, n. 5, p. 1-11, ago. 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-628>. Acesso em: 17 dez. 2021.

LAGO, Kennyston; CODO, Wanderley. **Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde**. Editora Vozes: Petrópolis, 2010.

LAGO, Kennyston; CODO, Wanderley. **Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR**. Brasília: Estudos de Psicologia, 2013. 9 p. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a06.pdf>. Acesso em: 18 jun. 2013.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec Editora, 2014.

PERES, Mario Fernando Prieto; ARANTES, Ana Claudia de Lima Quintana; LESSA, Patrícia Silva; CAOUS, Cristofer André. A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. **Archives Of Clinical Psychiatry**, São Paulo, v. 31, n. 1, p. 82-87, out. 2007. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0101-60832007000700011>. Acesso em: 21 dez. 2021.

RODRIGUES, Mariana de Sousa Dantas; LUCENA, Pablo Leonid Carneiro; LORDÃO, Alana Vieira; COSTA, Brunna Hellen Saraiva; BATISTA, Jaqueline Brito Vidal; COSTA, Solange Fátima Geraldo da. Fadiga por compaixão em profissionais de enfermagem no contexto dos cuidados paliativos: revisão de escopo. **Reme - Rev Min Enferm.**, Belo Horizonte, v. 25, n. , p. 1-13, set. 2021. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/pdf/remef/v25/1415-2762-remef-25-e-1386.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2022.

SANTOS, Alda Galdino dos. **Fadiga por compaixão, Síndrome de Burnout e a satisfação por compaixão em profissionais de enfermagem**. 2018. 84 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018. Disponível em: <http://www.repositorio.ufal.br/bitstream/riufal/3726/4/Fadiga%20por%20compaix%C3%A3o%20e%20s%C3%ADndrome%20de%20Burnout%20e%20a%20satisfa%C3%A7%C3%A3o%20por%20compaix%C3%A3o%20em%20profissionais%20de%20enfermagem.pdf>. Acesso em: 20 nov. 2021.

SOUZA, Claudia Gesserame Vidigal Mendes de. **Investigação da Fadiga e/ou Satisfação por Compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde**. 2015. 185 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/>

47/47133/tde-12112015-122237/publico/souza_corrigeida.pdf. Acesso em: 20 nov. 2021.

STAMM, Beth Hudnall. **The ProQOL Manual**. Disponível em: <http://compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>

STAMM, Beth Hudnall. **The Concise ProQOL Manual**. 2nd Ed. Pocatello: ProQOL.org, 2010.

TORRES, Jaqueline D'paula Ribeiro Vieira; CUNHA, Franciele Ornelas; GONÇALVES, Jaqueline Teixeira Teles; TORRES, Silvério de Almeida Souza; BARBOSA, Henrique Andrade; SILVA, Carla Silvana de Oliveira e. Fatores associados à Fadiga por Compaixão em profissionais de saúde, no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. **Temas em Saúde**, [S.L.], v. 18, n. 3, p. 178-194, 2018. Even3. <http://dx.doi.org/10.29327/213319.18.3-10>. Disponível em: <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2018/09/18310.pdf>. Acesso em: 19 dez. 2021.

APÊNDICE A: TCLE



UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRAÇÃO LATINO-AMERICANA

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP

Aprovado na CONEP em 12/05/2018

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: Fadiga por Compaixão em Profissionais de Saúde de um Hospital da Região Oeste do Paraná.

Pesquisador responsável: profa. Dra. Mônica Augusta Mombelli

Instituição/Departamento: Faculdade de Medicina- UNILA

Telefone e endereço postal completo: (45) 3220-0000. Av. Tarquínio Joslin dos Santos, 1000, B. Jardim Universitário, CEP: 85870-901 – Foz do Iguaçu - PR.

Local da coleta de dados: Hospital Municipal Padre Germano Lauck

Eu, Mônica Augusta Mombelli, responsável pela pesquisa “Fadiga por Compaixão em Profissionais de Saúde de um Hospital da Região Oeste do Paraná”, o convido a participar como voluntário deste nosso estudo.

Esta pesquisa pretende compreender a forma como a fadiga por compaixão tem afetado os profissionais de saúde de um Hospital do Oeste do Paraná. Acreditamos que ela seja importante para ajudar a melhorar o ambiente de trabalho e a forma como cada um lida com o sofrimento alheio. Para sua realização será feito o seguinte: um formulário virtual será enviado para os auxiliares, técnicos, enfermeiros e médicos. Sua participação constará apenas de responder o questionário.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos como, por exemplo, lembrar-se de situações que o remetam à tristeza ou que, durante a resposta do questionário, faça associações desconfortáveis ou que não deseja se lembrar. O benefício que esperamos com o estudo é contribuir para o aperfeiçoamento da forma de lidar com um ambiente repleto de dor e sofrimento como o de um hospital.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Comitê de Ética em Pesquisa.

Você tem garantida a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

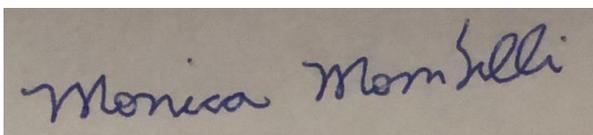
As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão ser divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

Autorização:

Eu, _____, após a leitura deste documento e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado, ficando claro que minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo e assino este termo em duas vias, uma das quais foi-me entregue.

Assinatura do participante da pesquisa

A rectangular box containing a handwritten signature in blue ink that reads "Monica Mombelli".

Assinatura da pesquisadora responsável

Foz do Iguaçu, 31 de Agosto de 2022

APÊNDICE B: Questionário Perguntas Sociodemográficas:

1. Sexo:

Feminino

Masculino

2. Idade:

3. Estado civil

Solteiro(a)

Casado(a)

Separado(a)/ Divorciado(a)

Viúvo (a)

União Estável

4. Tem filhos?

Sim

Não

5. Grau de escolaridade:

1o grau completo

2o grau incompleto

2o grau completo

Superior incompleto

Superior completo

6. Renda da Família:

1 a 2 Salários Mínimos

2 a 3 Salários Mínimos

3 a 4 Salários Mínimos

4 a 5 Salários Mínimos

5 a 6 Salários Mínimos

Acima de 6 Salários Mínimos

7. Cargo:

Auxiliar de Enfermagem

Técnico de Enfermagem

Enfermeiro

Residente

Médico

APÊNDICE C: Questionário Perguntas Subjetivas

OPCIONAIS:

I) Fique à vontade para dar sugestões que melhorariam a qualidade do trabalho no seu local de atuação. Leve em consideração propostas pela melhora do seu trabalho individual e/ou pela melhora do convívio com os outros profissionais:

II) Que situações ou acontecimentos lhe geram mais desgaste ou mais estresse no trabalho?

ANEXO A: Questionário Perguntas ProQOL

1) Você atende pessoas que estão em sofrimento?

1 2 3 4 5

2) Você atende pessoas em risco de vida?

1 2 3 4 5

3) Você atende pessoas que passaram por algum evento traumático (ex: abuso sexual, assalto, agressão)?

1 2 3 4 5

4) Alguns casos que você atende te deixam impressionado?

1 2 3 4 5

5) Sinto-me feliz:

1 2 3 4 5

6) Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando:

1 2 3 4 5

7) Sinto-me satisfeito por ser capaz de ajudar as pessoas:

1 2 3 4 5

8) Sinto-me ligado aos outros:

1 2 3 4 5

9) Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos:

1 2 3 4 5

10) Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo:

1 2 3 4 5

11) Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional:

1 2 3 4 5

12) Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo:

1 2 3 4 5

13) Creio que posso ter sido “infectado” pelo estresse traumático daqueles que atendo:

1 2 3 4 5

14) Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros:

1 2 3 4 5

15) Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas:

1 2 3 4 5

16) Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas:

1 2 3 4 5

17) Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho:

1 2 3 4 5

18) Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi:

1 2 3 4 5

19) Tenho crenças que me sustentam:

1 2 3 4 5

20) Sinto-me satisfeito por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento:

1 2 3 4 5

21) Sou a pessoa que sempre desejei ser:

1 2 3 4 5

22) Sinto-me satisfeito com meu trabalho:

1 2 3 4 5

23) Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho:

1 2 3 4 5

24) Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los:

1 2 3 4 5

25) Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que preciso atender:

1 2 3 4 5

26) Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho:

1 2 3 4 5

27) Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo:

1 2 3 4 5

28) Estou orgulhoso (a) do que eu posso fazer para ajudar:

1 2 3 4 5

29) Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores:

1 2 3 4 5

30) Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo:

1 2 3 4 5

31) Ocorre-me que sou bem-sucedido (a) no meu trabalho:

1 2 3 4 5

32) Não consigo recordar de partes importantes do meu trabalho com as vítimas de trauma:

1 2 3 4 5

33) Eu sou uma pessoa muito sensível:

1 2 3 4 5

34) Estou feliz por ter escolhido este trabalho:

1 2 3 4 5

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE DE UM HOSPITAL DA REGIÃO OESTE DO PARANÁ

Pesquisador: MONICA AUGUSTA MOMBELLI

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 63468422.0.0000.0092

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DA INTEGRACAO LATINO-AMERICANA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.661.665

Apresentação do Projeto:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1993038.pdf.pdf do dia 16/09/2022.

Os índices de mortalidade de profissionais da saúde são surpreendentes. Mesmo conhecendo melhor os sintomas e tendo mais experiência com adoecimentos, a expectativa de vida dos trabalhadores da saúde é consideravelmente menor que a da média da população. Diante disto, este estudo tem por objetivo investigar um aspecto da saúde emocional dos profissionais de saúde - a Fadiga por Compaixão - e sua associação em função de características sociodemográficas/profissionais. É uma pesquisa de campo transversal, descritiva, com abordagem quantitativa, que coletará dados por meio do instrumento ProQOL. Os dados serão analisados através de estatística descritiva através do software excel. Este trabalho espera contribuir para que a Fadiga por Compaixão seja compreendida pelos profissionais de saúde e, desta forma, possam ser estimuladas estratégias de enfrentamento à mesma.

Objetivo da Pesquisa:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1993038.pdf.pdf do dia 16/09/2022.

Endereço: Avenida Irmãos Pereira, 670

Bairro: Centro

CEP: 87.301-010

UF: PR

Município: CAMPO MOURAO

Telefone: (44)3518-2500

Fax: (44)3518-2551

E-mail: cep@grupointegrado.br

Continuação do Parecer: 5.661.665

Objetivo Primário:

Avaliar o nível de fadiga por compaixão em profissionais de saúde.

Objetivo Secundário:

- 1- Descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais da área da saúde e relacionar as variáveis do instrumento de fadiga por compaixão.
- 2- Identificar os fatores desencadeadores da Fadiga por Compaixão entre os profissionais de saúde que atuam em um hospital da região oeste do Paraná.
- 3- Analisar os níveis de Fadiga por Compaixão nas diferentes categorias profissionais.
- 4- Identificar os recursos de enfrentamento à Fadiga por Compaixão comumente utilizados por esses profissionais.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

As informações elencadas foram retiradas do arquivo Informações Básicas da Pesquisa PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1993038.pdf do dia 16/09/2022.

Riscos:

Apresenta nível mínimo/baixo em termos de potencial de causar danos. Um desgaste relativo pode ser provocado pela reflexão ou introspecção no momento de responder. É possível que o profissional reflita sobre sua atuação e reprove sua forma particular de lidar com o seu ambiente de trabalho e com os colegas.

Benefícios:

Tem o potencial de gerar mudanças estruturais e/ou relacionais na rotina do hospital, que podem contribuir para a melhoria do ambiente de trabalho.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Esta pesquisa pode contribuir para o desenvolvimento de ações estratégicas para acolhimento de profissionais de saúde em exaustão psicológica e ações preventivas, uma vez que a metodologia descrita permite alcançar os objetivos de descrever o perfil sociodemográfico dos profissionais, identificar os fatores desencadeadores da Fadiga por Compaixão, analisar os níveis de Fadiga por Compaixão e identificar os recursos de enfrentamento em diferentes profissionais de saúde em um hospital.

Endereço: Avenida Irmãos Pereira, 670

Bairro: Centro

CEP: 87.301-010

UF: PR

Município: CAMPO MOURAO

Telefone: (44)3518-2500

Fax: (44)3518-2551

E-mail: cep@grupointegrado.br

Continuação do Parecer: 5.661.665

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Anexou folha de rosto adequadamente preenchida e assinada.
- Apresentou termo do ciência do responsável pelo campo de estudo adequadamente preenchido e assinado.
- Apresentou termo de compromisso em anexar resultados da pesquisa na plataforma Brasil adequadamente preenchido e assinado.
- Apresentou Termo de Compromisso da Utilização de Dados (TCUD) adequadamente preenchido e assinado.
- Apresentou TCLE adequadamente preenchido.
- Apresentou instrumento de coleta de dados bem descrito.
- Orçamento previsto de R\$270 e será custeado pelo(a) pesquisador(a).
- Cronograma adequado, com previsão de coleta de dados entre 15/10/22 e 25/11/22, posterior à análise do CEP.

Recomendações:

Não há recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Declaração de Instituição e Infraestrutura	anuencia_timbrado.pdf	20/09/2022 13:59:37	GEOVANI RODRIGUES DA SILVA	Aceito
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1993038.pdf	16/09/2022 20:43:10		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_CEP_Campo_Mourao_brochura _completo.docx	16/09/2022 20:37:20	GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA_DA_INSTITUI CAO_COPARTICIPANTE.docx	16/09/2022 20:36:27	GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Anexo_declaracao_inicio_pesquisa.docx	15/09/2022 21:42:05	GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DE_UTI LIZACAO_DE_DADOS_TCUD.docx	15/09/2022 21:30:20	GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA	Aceito

Endereço: Avenida Irmãos Pereira, 670

Bairro: Centro

CEP: 87.301-010

UF: PR

Município: CAMPO MOURAO

Telefone: (44)3518-2500

Fax: (44)3518-2551

E-mail: cep@grupointegrado.br

CENTRO EDUCACIONAL
INTEGRADO - CEI



Continuação do Parecer: 5.661.665

Declaração de Pesquisadores	TERMO_DE_COMPROMISSO_DE_ANALISAR_OS_RESULTADOS_DA_PESQUISA_NA_PLATAFORMA_BRASIL.docx	15/09/2022 21:26:14	GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_DE_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_ESCLARECIDO.docx	15/09/2022 21:24:13	GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA	Aceito
Brochura Pesquisa	Projeto_guilherme_CEP_brochura.docx	03/09/2022 13:34:32	GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA	Aceito
Outros	Anexo_carta_de_apresentacao.docx	02/09/2022 18:02:12	GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA	Aceito
Orçamento	Anexo_orcamento.docx	02/09/2022 17:59:19	GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA	Aceito
Cronograma	Anexo_cronograma.docx	02/09/2022 17:56:48	GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_CEP.pdf	31/08/2022 01:26:54	GUILHERME FARIA BRAGA VIEIRA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPO MOURAO, 23 de Setembro de 2022

Assinado por:
GEOVANI RODRIGUES DA SILVA
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida Irmãos Pereira, 670

Bairro: Centro

CEP: 87.301-010

UF: PR

Município: CAMPO MOURAO

Telefone: (44)3518-2500

Fax: (44)3518-2551

E-mail: cep@grupointegrado.br