

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA – UDESC  
CENTRO DE EDUCAÇÃO SUPERIOR DO OESTE - CEO  
CURSO DE ENFERMAGEM**

**JOSIANE MATOS CARNEIRO**

**FADIGA POR COMPAIXÃO: *EBOOK* PARA RECONHECIMENTO E  
PREVENÇÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

**CHAPECÓ**

**2023**

**JOSIANE MATOS CARNEIRO**

**FADIGA POR COMPAIXÃO: *EBOOK* PARA RECONHECIMENTO E PREVENÇÃO  
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste – UDESC/CEO, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre.  
Orientadora: Profa. Dra Letícia de Lima Trindade.  
Coorientadora: Profa. Dra Elisabete Borges

**CHAPECÓ  
2023**

## FICHA CATALOGRÁFICA

**Ficha catalográfica elaborada pelo programa de geração automática da  
Biblioteca Universitária Udesc,  
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)**

Carneiro , Josiane Matos

FADIGA POR COMPAIXÃO: *EBOOK* PARA  
RECONHECIMENTO E PREVENÇÃO NOS SERVIÇOS DE  
SAÚDE / Josiane Matos Carneiro . -- 2023.

235 p.

Orientadora: Letícia de Lima Trindade

Coorientadora: Elisabete Borges

Dissertação (mestrado) -- Universidade do Estado de Santa  
Catarina, Centro de Educação Superior do Oeste, Programa de  
Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à  
Saúde, Chapecó, 2023.

1. Fadiga por compaixão . 2. Saúde ocupacional . 3.  
Enfermagem do trabalho . 4. Gestão em Saúde . 5. Serviços  
Médicos de Emergência . I. de Lima Trindade , Letícia . II. Borges  
, Elisabete  
. III. Universidade do Estado de Santa Catarina, Centro de Educação  
Superior do Oeste, Programa de Pós-Graduação Profissional em  
Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. IV. Título.

**JOSIANE MATOS CARNEIRO**

**FADIGA POR COMPAIXÃO: *EBOOK* PARA RECONHECIMENTO E PREVENÇÃO  
NOS SERVIÇOS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre da Universidade do Estado de Santa Catarina.

**BANCA EXAMINADORA**

Orientadora: \_\_\_\_\_

Profa. PhD. Leticia de Lima Trindade Universidade do Estado de Santa Catarina - UDESC

Co-orientadora: \_\_\_\_\_

Profa. PhD. Elisabete Borges Escola Superior de Enfermagem do Porto - ESEP Portugal

Membro Externo: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Sabrina da Silva de Souza – Universidade Federal de Santa Catarina

Membro Interno: \_\_\_\_\_

Profa. Dra. Carine Vendruscolo - Universidade do Estado de Santa Catarina – UDESC

Chapecó, julho de 2023.

## AGRADECIMENTOS

Ter finalizado este trabalho de conclusão de mestrado marca o término de uma etapa importante da minha formação profissional e o início de uma nova jornada. Para ter chegado até aqui, agradeço primeiramente a Deus, que me orienta, inspira, fortalece e que me acompanhou em toda esta caminhada.

Aos meus pais, Joel e Vera, pela vida, pelo apoio, pelo incentivo e por terem feito eu acreditar que seria capaz de concretizar este sonho. Vocês são meu porto seguro! Amo vocês infinitamente!

Às minhas irmãs, Juliane e Andressa, pelo incentivo, por sempre estarem dispostas a me ouvir, a me consolar e a me dar um empurrãozinho quando precisei. Sou grata por ter vocês em minha vida!

Aos meus filhos, Gabrielle, Gustavo e Amanda, pela paciência, pelas ausências, por terem me escolhido como mãe. Vocês foram a força que eu precisava para sempre seguir em frente. Sem vocês nada faria sentido. Meu amor por vocês é do tamanho do mundo!

À minha orientadora, professora Letícia, pela dedicação, pela paciência e por ter deixado de lado, muitas vezes, os momentos de descanso para me auxiliar e orientar. Por ter compreendido os momentos difíceis que enfrentei, permitindo que os meus pensamentos se reorganizassem e as ideias fluíssem, respeitosamente. Sem sua orientação, apoio e confiança eu não teria finalizado esta caminhada.

À minha coorientadora, professora Elisabete, pelos ensinamentos e pela atenção dedicada sempre que precisei.

A todos os professores da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e aos docentes do Mestrado Profissional na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) pelo excelente trabalho que realizam, pela dedicação e paciência durante esse percurso.

A todos os meus colegas de mestrado por termos compartilhado os inúmeros desafios que enfrentamos, pelas gargalhadas, pelas trocas de experiências, pelos lanches coletivos, pelo apoio nos dias difíceis. Vou levar cada um de vocês no coração!

Agradeço aos profissionais que se dispuseram a participar deste estudo, por terem me acolhido nos seus ambientes de trabalho, mesmo quando estavam sobrecarregados, respondendo a pesquisa entre um e outro atendimento.

Aos meus colegas de trabalho da UPA 24 horas e do PA Efapi que me acompanharam, incentivaram e ouviram minhas queixas e incertezas durante estes dois anos.

A gente pode morar numa casa mais ou menos, numa rua mais ou menos, numa cidade mais ou menos, e até ter um governo mais ou menos. A gente pode dormir numa cama mais ou menos, comer um feijão mais ou menos, ter um transporte mais ou menos, e até ser obrigado a acreditar mais ou menos no futuro. A gente pode olhar em volta e sentir que tudo está mais ou menos... Tudo bem! O que a gente não pode mesmo, nunca, de jeito nenhum... é amar mais ou menos, sonhar mais ou menos, ser amigo mais ou menos, namorar mais ou menos, ter fé mais ou menos, e acreditar mais ou menos. Senão a gente corre o risco de se tornar uma pessoa mais ou menos. (Chico Xavier)

## RESUMO

**Introdução:** a área de Saúde do Trabalhador requer investigações e tecnologias, especialmente direcionadas aos profissionais de saúde. Entre os fenômenos que colocam em risco a saúde física e mental destes trabalhadores tem-se a Fadiga por Compaixão (FC), caracterizada pelo estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social resultante do processo de cuidar daquele que sofrem. **Objetivo:** desenvolver uma tecnologia educacional (TE), no formato de *ebook* como estratégia para reconhecimento e prevenção da FC para profissionais de saúde. Ainda, identificar os níveis de FC, sua relação com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes e validar a semântica da TE desenvolvida; e analisar como a literatura científica discute a FC e sua relação com a segurança do paciente nos serviços de saúde. A proposta integra o projeto de cooperação internacional *Health Work International Project* (HWOPI). **Metodologia:** a pesquisa se desenvolveu em duas etapas, a primeira etapa quantitativa, transversal teve como objetivo explicar e prever o fenômeno da FC entre profissionais da Rede de Urgência e Emergência (RUE). Nesta etapa foi utilizado um questionário sociodemográfico e profissional e a *Professional Quality of Life Scale*, respondidos por 186 profissionais da RUE do Oeste de Santa Catarina, o que permitiu avaliar a FC, culminando em um artigo científico, que também se evidenciou a vulnerabilidade do público ao fenômeno. Já a etapa qualitativa foi dividida em duas fases. Na primeira fase foi realizada uma revisão de literatura integrativa com o objetivo de subsidiar a elaboração do conteúdo do *ebook* e na sequência o desenvolvimento do *ebook* e sua validação. Na sequência realizou-se a intervenção, ou seja, o planejamento, desenvolvimento e a validação semântica do *ebook* com o público-alvo. O planejamento da TE foi realizado durante os encontros internacionais, com metodologia *word coffee*, *online* e com a presença dos pesquisadores do HWOPI de Portugal, Brasil e Espanha. **Resultados:** os achados da etapa quantitativa evidenciaram que quanto maior a idade e o número de filhos, maiores os escores para a Satisfação da Compaixão. Estas variáveis e os anos de experiência na área da saúde foram inversamente significativos para os escores de Burnout. Ainda, quanto maior o nível de escolaridade, menores os escores para o Estresse Traumático Secundário. Já na etapa qualitativa a amostra final da RI foi constituída por 42 artigos, todos encontrados foram publicados no idioma inglês. O conjunto dos achados culminaram no produto principal, o *ebook* "HEALTH WORK INTERNACIONAL: TEORIAS E VIVÊNCIAS PARA A SAÚDE OCUPACIONAL". Este foi desenvolvido por 47 pesquisadores de quatro nacionalidades, é composto por cinco seções, sendo elas: Fadiga por Compaixão nos Serviços de Saúde; Síndrome de *Burnout* e Estresse Ocupacional; Felicidade no Trabalho; Violência no trabalho; e Programas de Promoção à Saúde do Trabalhador, as quais totalizam 18 subcapítulos, somadas a um glossário dos principais termos emergidos na obra e do índice remissivo. A obra será disponibilizada em meio digital, com acesso livre na plataforma digital da UDESC e instituições parceiras, apresentada na língua portuguesa e traduzida para a língua inglesa. A validação semântica da obra se deu por 15 profissionais de saúde, alcançando Índice de Concordância Semântica de 0,97. **Conclusão:** considera-se que a TE poderá contribuir com a identificação e prevenção da FC, sendo uma ação marcada pela cooperação internacional em busca de estratégias preventivas ao estresse e ao esgotamento dos profissionais de saúde e para promoção de ambientes de trabalho mais saudáveis.

**Descritores:** Fadiga por Compaixão; Saúde Ocupacional; Serviços; Enfermagem do Trabalho; Gestão em Saúde; Serviços Médicos de Emergência.

## ABSTRACT

**Introduction:** The Occupational Health field of study requires investigations and technologies, especially recommended for the health professionals. Among the phenomena that endanger the physical and mental health of these workers is Compassion Fatigue (CF), characterized by the state of exhaustion and biological, psychological and social dysfunction resulting from the process of caring those who are suffering. **Objective:** to develop an educational technology (ET), adopting ebook format, as a strategy for recognizing and preventing CF for health professionals in the Urgency and Emergency Network. Furthermore, to identify the FC levels, their relationship with the sociodemographic and professional variables of the participants and validate the semantics of the ET developed; and to analyze how the scientific literature discusses CF and its relationship with patient safety in health services. The proposal is part of the international cooperation project "Health Work International Project" (HWOPI). **Methodology:** the research was developed in two stages, the first quantitative, transversal stage aimed to explain and predict the phenomenon of CF among professionals in the Urgency and Emergency Network (RUE). At this stage, a sociodemographic and professional questionnaire and the Professional Quality of Life Scale were used, answered by 186 professionals from the RUE in the West of Santa Catarina, which allowed the assessment of CF, culminating in a scientific article, which also highlighted the vulnerability of the public to the phenomenon. The qualitative stage was divided into two phases. In the first phase, an integrative literature review was carried out with the aim of supporting the elaboration of the ebook content and subsequently the development of the ebook and its validation. Next, the intervention was carried out, that is, the planning, development and semantic validation of the ebook with the target audience. TE planning was carried out during international meetings, using word coffee methodology, online and with the presence of HWOPI researchers from Portugal, Brazil and Spain. **Results:** the findings of the QUAN stage showed that the greater the age and number of children, the higher the scores for Compassion Satisfaction. These variables and years of experience in the health area were inversely significant for Burnout scores. Also, the higher the level of education, the lower the scores for Secondary Traumatic Stress. In the QUAN stage, the final IR sample consisted of 42 articles, of which 73.8% were found in the VHL database and 26.2% in Pubmed. All articles found were published in English. The set of findings culminated in the main product, the ebook "HEALTH WORK INTERNACIONAL: THEORIES AND EXPERIENCES FOR OCCUPATIONAL HEALTH". This product was developed by 47 researchers from four nationalities, it is composed of five sections, namely: Fatigue due to Compassion in Health Services; Burnout Syndrome and Occupational Stress; Happiness at Work; Violence at work; and Occupational Health Promotion Programs, which total 18 subchapters, plus a glossary of the main terms that emerged in the work and the index. The work will be available in digital media, with free access on the digital platform of UDESC and partner institutions, presented in Portuguese language and translated into English language. The semantic validation of the work was carried out by 15 health professionals, reaching a Semantic Agreement Index of 0.97. **Conclusion:** it is considered that ET can contribute to the identify and prevent CF, being an action marked by international cooperation in search of preventive strategies for stress and exhaustion of health professionals and for the promotion of healthier work environments.

**Descriptors:** Compassion Fatigue; Occupational Health; Services; Nursing work; Health Management; Emergency Medical Services



## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b>	-	Etapas de elaboração do <i>ebook</i> .....	48
<b>Quadro 2</b>	-	Caracterização do perfil dos juízes de acordo com a categoria profissional.....	185
<b>Quadro 3</b>	-	Avaliação do IVS de acordo com a categoria profissional.....	185

## LISTA DE TABELAS E FIGURAS

<b>Tabela 1</b> - Distribuição dos profissionais dos serviços de urgência e emergência participantes do estudo.....	41
<b>Figura 1</b> - Fluxograma de Seleção dos Artigos, 2023. ....	44
<b>Figura 2</b> - Instituições proponentes e financiadoras do <i>ebook</i> .....	49

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
BO	<i>Burnout</i>
CEP	Comitê de Ética Permanente
CINTESIS	Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde
COVID	<i>Corona Virus Disease</i>
DP	Desvio Padrão
ESF	Estratégia Saúde da Família
ETS	Estresse Pós Traumático
EUA	Estados Unidos da América
FAPESC	Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
FC	Fadiga por Compaixão
GESTRA	Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho
GTES	Gestão do trabalho e Educação em Saúde
H	Hora
HWOPI	<i>Health Work International Project</i>
IVS	Índice de Validação Semântica
M	Média
MPEAPS	Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pronto Atendimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PROFAE	Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem
PROQUOL	<i>Professional Quality of Life Scale</i>
PS	Pronto Socorro
QUAL	Qualitativa
QUAN	Quantitativa

QVP	Qualidade de Vida Profissional
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RI	Revisão Integrativa
RUE	Rede de Atenção às Urgências e Emergências
SAER	Serviço Aeropolicial
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Satisfação por Compaixão
SUS	Sistema Único de Saúde
TCC	Trabalho de Conclusão de Curso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TE	Tecnologia Educativa
TEPT	Transtorno de Estresse Pós-Traumático
UDESC	Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNIESEP	Unidade de Investigação da Escola Superior de Enfermagem do Porto
UNOCHAPECÓ	Universidade Comunitária da Região de Chapecó
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
USA	Unidade de Suporte Avançado
USB	Unidade de Suporte Básico
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
%	Porcentagem

## SUMÁRIO

	<b>NOTAS DE APRESENTAÇÃO</b> .....	<b>14</b>
	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	<b>16</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	<b>22</b>
2.1	OBJETIVO GERAL .....	22
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	22
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>23</b>
3.1	FADIGA POR COMPAIXÃO .....	23
<b>3.1.1</b>	<b>Fadiga por compaixão em profissionais de saúde</b> .....	<b>29</b>
<b>3.1.2</b>	<b>Fadiga por compaixão em profissionais de saúde que atuam na urgência e emergência</b> .....	<b>33</b>
3.2	FATORES PROMOTORES DA SAÚDE DOS TRABALHADORES DE SAÚDE E DE ENFRENTAMENTO DA FADIGA POR COMPAIXÃO .....	34
<b>4</b>	<b>PERCURSO METODOLÓGICO</b> .....	<b>39</b>
4.1	TIPO DE ESTUDO .....	39
4.2	CENÁRIO DO ESTUDO .....	39
4.3	ETAPA QUAN: PARTICIPANTES, AMOSTRA, INSTRUMENTOS E PROCESSO DE ANÁLISE.....	40
4.4	ETAPA QUAL : DESENVOLVIMENTO DA REVISÃO INTEGRATIVA E CONSTRUÇÃO DE UM <i>EBOOK</i> PARA RECONHECIMENTO E PREVENÇÃO DA FC NOS SERVIÇOS DE SAÚDE .....	43
<b>4.4.1</b>	<b>Desenvolvimento da Revisão Integrativa da Literatura</b> .....	<b>43</b>
<b>4.4.2</b>	<b>Desenvolvimento do <i>Ebook</i></b> .....	<b>46</b>
<b>4.4.3</b>	<b>Validação Semântica do <i>Ebook</i></b> .....	<b>49</b>
<b>4.4.4</b>	<b>Publicização e Socialização</b> .....	<b>51</b>
4.5	CUIDADOS ÉTICOS .....	51
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b> .....	<b>53</b>
5.1	REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA .....	53
5.2	<i>HEALTH WORK INTERNATIONAL PROJECT</i> – HWOPI: TEORIAS E VIVÊNCIAS PARA A SAÚDE OCUPACIONAL .....	71
<b>5.2.1</b>	<b>Validação Semântica do <i>Ebook</i></b> .....	<b>185</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>188</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>190</b>
	<b>APÊNDICE I - ARTIGO ORIGINAL</b> .....	<b>209</b>
	<b>ANEXO I - PROTOCOLO PARA DESENVOLVIMENTO DE REVISÃO INTEGRATIVA</b> .....	<b>223</b>
	<b>ANEXO II - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROQOL V/BR</b> .....	<b>227</b>
	<b>ANEXO III - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)</b> .....	<b>230</b>
	<b>ANEXO IV - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (PÚBLICO-ALVO)</b> .....	<b>233</b>
	<b>ANEXO V - COMPROVANTE DE APRECIÇÃO ÉTICA DO PROJETO DE PESQUISA</b> .....	<b>235</b>

## NOTAS DE APRESENTAÇÃO

Confesso que resgatar as minhas vivências pessoais, profissionais e acadêmicas não é uma tarefa fácil. São quase 20 anos de trajetória. Junto com estas memórias se misturam os anseios, as inseguranças, as conquistas, a saudade dos colegas de trabalho que acompanharam a minha caminhada e, mais do que tudo, o sentimento de gratidão. Sinto-me privilegiada, pois as trocas de emprego sempre ocorreram por minha escolha e é a partir desta relação entre passado, presente e perspectiva de futuro que apresento, de maneira sucinta, minha trajetória profissional.

Concluí a graduação em Enfermagem no ano de 2002, pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Em setembro de 2002, uma semana após ter colado grau em enfermagem, iniciei minha primeira experiência profissional no município de Saudades/SC, sendo contratada para atuar no Programa Saúde da Família. Em março de 2003, fui aprovada no concurso da Prefeitura Municipal de Saudades. Desta data até janeiro de 2006, participei ativamente da reestruturação do Programa Saúde da Família e da implantação da segunda equipe de Programa Saúde da Família.

No período de agosto de 2005 a setembro de 2006, realizei curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva com Habilitação em Saúde da Família na Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). Outra experiência que vale destacar foi à docência no Programa de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE), no segundo semestre de 2003, onde ministrei a disciplina práticas de enfermagem em Unidades de Saúde, aos auxiliares de enfermagem que estavam realizando formação para se tornarem técnicos em enfermagem.

Em 2006, após aprovação em concurso público, tomei posse para o cargo de enfermeira na Secretaria de Saúde do município de Cordilheira Alta/SC, onde trabalhei até 2016. Durante esse período, atuei como enfermeira integrante da Estratégia Saúde da Família (ESF) e, nos dois últimos anos, como enfermeira coordenadora de uma das unidades básicas do município. Nessa época, com o apoio dos profissionais que faziam parte da equipe do Núcleo de Apoio a Estratégia Saúde da Família (NASF), participei da implantação do Programa de Saúde Mental no município.

Em outubro de 2008, concluí o Curso de Desenvolvimento Gerencial de Unidades Básicas do Sistema Único de Saúde (SUS) - GERUS/SC, em nível de Especialização, certificado pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Prof. MSc. Osvaldo de Oliveira Maciel.

Em 2016, após prestar concurso público para enfermeira na Prefeitura Municipal de Chapecó, comecei a trabalhar na Unidade de Pronto Atendimento (UPA) 24h, local em que atuei até março de 2021.

No período de março de 2021 a abril de 2022, fui transferida da UPA 24H e assumi o cargo de coordenadora de um Ambulatório que realizava atendimentos dos casos suspeitos ou confirmados para COVID-19. Permaneci neste serviço por 18 meses e após fui transferida para um Pronto Atendimento Municipal de Urgência e Emergência, local onde atuo até o presente momento.

Em agosto de 2021, iniciei o Mestrado Profissional em Enfermagem em Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da UDESC, concretizando um desejo antigo de aperfeiçoamento profissional, na Linha de Gestão do Trabalho e Educação em Saúde.

Ao longo desta trajetória profissional, tive a oportunidade de trabalhar com diferentes categorias profissionais, em especial com equipes de enfermagem e de médicos, observando como o ambiente e a maneira como cada um de nós se adapta às demandas vivenciadas no trabalho podem interferir de maneira positiva ou negativa sobre nossa saúde física e psíquica, bem como em nossa vida pessoal, profissional e social.

A escolha do tema desta pesquisa atribui-se a diferentes fatores, como a afinidade com a temática e, principalmente, a preocupação com a saúde mental do trabalhador, vista sob duas óticas: a de enfermeira coordenadora e a de enfermeira assistencial, em diferentes níveis de atenção à saúde.

Além dessas motivações, a opção também se justifica pela oportunidade de desenvolver uma pesquisa, sobre Fadiga por Compaixão, temática ainda pouco estudada em nosso país, principalmente na área de Enfermagem. E como me propus a ser desafiada, também optei por desenvolver a pesquisa em serviços de urgência e emergência, ambientes que diariamente apresentam situações assistenciais difíceis e complexas que podem desencadear desgaste físico e mental aos profissionais de saúde.

Diante dessa realidade, optei em realizar um projeto de pesquisa na linha de Gestão de Trabalho e Educação em Saúde do MPEAPS da UDESC, a fim de desenvolver materiais instrucionais que possibilitem que o profissional de saúde possa identificar precocemente a fadiga por compaixão e desta forma desenvolver estratégias de enfrentamento que permitam a manutenção de um ambiente de trabalho saudável e que preservem a saúde física e mental.

Destaco ainda, que durante o período da realização do mestrado concluí uma especialização em Saúde do Trabalhador e outra em Doenças Crônicas não Transmissíveis.

## INTRODUÇÃO

No cenário brasileiro de oferta de serviços de urgência e emergência, destaca-se a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE), implantada pelo Ministério da Saúde (MS) pela Portaria GM nº 1.600, de julho de 2011, com o objetivo de articular e integrar todos os serviços de saúde, além de oferecer aos usuários em situação de urgência e emergência um atendimento humanizado, imediato e resolutivo (BRASIL, 2011), sob a égide das normas e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS).

A RUE é constituída por diferentes espaços que prestam serviços de saúde (pontos de atenção) e tem como objetivo atender diversificadas condições clínicas, cirúrgicas, traumatológicas, em saúde mental, entre outras (BRASIL, 2013). Para tanto, é necessário que cada componente da rede atue de maneira integrada, planejada e complementar. Esta rede também deve contemplar, de forma transversal, os seguintes componentes: o acolhimento, a qualificação profissional, a informação e a regulação de acesso (BRASIL, 2013).

Um dos elementos constituintes da RUE é a Atenção Primária à Saúde (APS), também conhecida como Atenção Básica (AB) no país, cuja característica do processo de trabalho é realizar o acolhimento com escuta qualificada, classificação de risco, avaliação da necessidade do serviço e análise de vulnerabilidade, tendo em vista a responsabilidade de assistência resolutiva à demanda espontânea e o primeiro atendimento às urgências (BRASIL, 2012, p. 41). Assim, o primeiro cuidado às Urgências e Emergências deverá ser realizado em ambiente adequado e encaminhado para outros pontos de atenção, quando necessário (BRASIL, 2011).

Segundo a Política Nacional de Atenção Primária à Saúde (PNAB) no país, a APS é instalada em Unidades de Saúde nas quais atuam, em um território adscrito, a Estratégia Saúde da Família e as Equipes de Atenção Básica, as quais se articulam no desenvolvimento de ações em parceria com as demais equipes de atenção básica (NASF), Centros de Atenção Psicossocial, Redes de Urgência e serviços e instituições componentes do Sistema Único de Assistência Social, entre outras instituições públicas e da sociedade civil (BRASIL, 2017).

Além disso, outro elemento integrante da RUE é a Unidade de Pronto Atendimento (UPA), que tem como objetivo articular-se às unidades de AB de forma a construir fluxos sistematizados e resolutivos de referência e contrarreferência ordenadas, por meio das centrais de regulação médica de urgências e dos complexos reguladores, ressaltando-se, ainda, a necessidade de oferecer retaguarda às urgências atendidas (BRASIL, 2013). Ademais, a UPA também pode ser definida como estabelecimento de saúde que tem o objetivo de oferecer



suporte de complexidade intermediária entre as UBS/Saúde da Família e a Rede Hospitalar, ofertando o atendimento ao usuário, a integralidade do cuidado e a continuidade de assistência na rede (CECONELLO; ZOCHE; ASCARI, 2021).

As portas de entradas hospitalares de urgência e emergência se constituem como serviços que constituem a RUE e são instalados em uma unidade hospitalar para prestar atendimento ininterrupto ao conjunto de demandas espontâneas e referenciadas de urgências clínicas, pediátricas, cirúrgicas e/ou traumatológicas, obstétricas e de saúde mental (BRASIL, 2011)

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é um o componente da RUE que objetiva ordenar o fluxo assistencial e disponibilizar atendimento precoce e transporte adequado, rápido e resolutivo às vítimas acometidas por agravos à saúde de natureza clínica, cirúrgica, gineco-obstétrica, traumática e psiquiátrica, mediante o envio de veículos tripulados por equipe capacitada, acessado pelo número “192” e acionado por uma Central de Regulação das Urgências, reduzindo a morbimortalidade. O SAMU é normatizado pela Portaria MS/GM nº 1.010, de 21 de maio de 2012. O SAMU mostra-se fundamental no atendimento rápido e no transporte de vítimas, bem como na transferência inter-hospitalar de doentes com risco de morte.

O profissional de saúde que atua na RUE desempenha, em suas práticas diárias, um papel importante nos cuidados prestados à saúde da população. Cotidianamente, porém, o trabalhador depara-se com situações graves e complexas, nas quais sua principal função é assegurar um atendimento ao paciente com segurança, eficiência e brevidade, reduzindo os riscos à vida (SILVA *et al.*, 2014).

Nesse contexto, os serviços de urgência e emergência são conhecidos como ambientes que levam ao estresse, sendo responsáveis, muitas vezes, pelo esgotamento físico e mental dos trabalhadores, podendo ser considerados potenciais desencadeadores de problemas de saúde relacionados ao ritmo acelerado de trabalho, aos longos turnos, ao excesso de carga de trabalho, à superlotação dos serviços, à baixa remuneração salarial, à falta de reconhecimento profissional, à escassez de recursos materiais e humanos e à exposição a situações de violência (ROZO *et al.*, 2017; SOUZA *et al.*, 2019). Além disso, neste cenário de trabalho, muitas vezes os profissionais de saúde convivem com a precariedade dos serviços, estando expostos ao sofrimento dos pacientes, medos, conflitos, disputa de poder, ansiedade e estresse (BALDONEDO-MOSTEIRO *et al.*, 2019).

As exigências vivenciadas no ambiente de urgência e emergência foram potencializadas com a ocorrência da pandemia causada pela COVID-19 e a incidência de

diversos fatores estressores associados ao novo Coronavírus, como a escassez de equipamentos de proteção individual, as jornadas de trabalho intensas, a mudança constante de informações, as decisões éticas difíceis, o medo da contaminação, as mortes prematuras, a crise econômica, a ausência de leitos hospitalares e de vacinas, além do profundo sentimento de impotência e frustração, o que afetou diretamente a saúde mental dos profissionais atuantes nestes serviços, tornando-os vulneráveis à FC (SANTARONE; MCKENNY; ELKIBULI, 2020; REMEGIO *et al.*, 2020).

A compaixão no processo de trabalho em saúde é expressa como uma motivação para agir e aliviar o sofrimento do outro, podendo ser vista como um fenômeno humano e social que, quando não ocorre de forma equilibrada, pode trazer consequências negativas à saúde do trabalhador (PHELIVAN; GÜNER, 2018; JILOU *et al.*, 2021). Assim, os profissionais de saúde que vivenciam, no seu ambiente de trabalho, um contato prolongado e contínuo com pessoas em constante sofrimento e desesperança possuem um alto risco de desenvolver um estado de fadiga física e emocional, denominado FC (WENTZEL; COLLINS; BRYSEWICZ, 2019). Este fenômeno pode comprometer a saúde física e mental do trabalhador, bem como seu desempenho profissional e sua satisfação com o trabalho (GÓMEZ-URQUIZA *et al.*, 2017).

Entende-se, ainda, que os profissionais de saúde sejam mais vulneráveis à ocorrência de FC não apenas porque lidam diretamente com pessoas em sofrimento, mas também porque a empatia e a compaixão são elementos essenciais para a realização eficaz de suas atividades (LOPES; BARBOSA, 2020). Para melhor compreender a FC, é necessária a revisão do conceito de Qualidade de Vida Profissional (QVP) desenvolvido por Figley (2002) e Stamm (2005), que pode ser entendido como a qualidade que o profissional sente em relação ao seu trabalho. A QVP se relaciona com a busca de equilíbrio entre as experiências positivas no trabalho, de modo que os aspectos positivos prevaleçam sobre os negativos (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014) e incorpora dois aspectos: o positivo, definido como Satisfação por Compaixão (SC), e o negativo, denominado FC (STAMM, 2005).

A FC é constituída de vivências negativas no trabalho, inerentes à atividade de cuidar. Essa forma de fadiga se divide em duas dimensões: uma se refere à frustração, exaustão e irritabilidade típicas da Síndrome de *Burnout* (SB), ao passo que a outra envolve medos e traumas típicos do Estresse Traumático Secundário (ETS) (BATALHA, 2020). A prevalência elevada dos níveis de SB e ETS e os efeitos negativos na QVP dos profissionais de saúde são evidentes em estudos realizados em serviços de saúde no Brasil (BARBOSA; SOUZA;

MOREIRA, 2014; TORRES *et al.*, 2019; MAGALHÃES, 2021) e em outros países (AMARO, 2016; BORGES *et al.*, 2019; BATALHA, 2020; FERNANDEZ *et al.*, 2020).

Vale ressaltar que o trabalho também pode ser visto pelos profissionais de saúde como algo gerador ou potencializador de prazer e felicidade. Esta dimensão denominada como SC pode provocar, no campo profissional, alguns efeitos como um aumento significativo do reconhecimento pessoal, um sentido elevado de empatia para com o próximo e a sociabilidade (ZHANG *et al.*, 2018).

Uma pesquisa realizada em serviços de emergência de seis hospitais de Xangai demonstrou que a FC e a SC afetavam diretamente a saúde mental dos profissionais de saúde, enquanto a SB influenciou na saúde física (YU; QIAO; GUI, 2021). Em cenário análogo, na Austrália, foram analisadas respostas de uma amostra de conveniência de 86 enfermeiras de dois serviços de emergência hospitalar. Nesse estudo, a pontuação mediana para SC foi de 78%, com todas as enfermeiras relatando pontuações de média a alta. A maioria tinha níveis médios de FC; a pontuação mediana de SB foi de 53%, enquanto a mediana do ETS foi de 49% (CRAIGIE *et al.*, 2016). Além disso, estudos que examinaram a prevalência de FC entre profissionais médicos que atuam no atendimento hospitalar infantil, incluindo urgências, identificaram moderada SC e ETS de baixo a moderado, com elevação deste último juntamente com a FC e a SB nos cenários de emergência (MERK, 2018; GRIBBEN *et al.*, 2019).

Autores realizaram uma pesquisa com médicos obstetras e ginecologistas que atendem diariamente situações de urgência e emergência em hospitais públicos e privados da Turquia, demonstrando que o grupo estudado apresentava níveis moderados de FC (DIRIK; SAK; SAHIN SAK, 2021). No entanto, a FC foi maior entre profissionais do sexo feminino, entre os médicos que atuavam há menos tempo nos serviços e entre os que atuavam em hospitais privados. Entre os fatores que interferem na SC e FC, Borges *et al.* (2019) observaram, em estudo com profissionais portugueses que atuam serviço de emergência, uma média mais elevada de SC principalmente nos participantes com mais idade, enquanto os mais novos, com menos tempo de experiência profissional e que não tinham atividades de lazer, evidenciaram média superior de ETS.

Zhang *et al.* (2018), ao realizarem uma meta-análise com uma amostra de 7.996 enfermeiros que atuam em diferentes departamentos de saúde, concluíram que as prevalências de SC, FC e SB foram de, aproximadamente, 48%, 53% e 54%, respectivamente. Neste estudo, evidenciou-se que quanto maior a qualificação profissional dos enfermeiros, menor a

prevalência da FC, além disso, o acesso à educação e treinamento nos serviços podem ter um efeito moderador sobre a FC e o SB, podendo melhorar qualidade de vida das enfermeiras.

Em uma pesquisa transversal realizada com profissionais de enfermagem de dois hospitais gerais e de referência na África, quase 50% dos profissionais apresentaram FC. De acordo com os autores, este alto nível de FC é consequência das ineficiências do sistema de saúde do país, das baixas remunerações (e que, muitas vezes, são pagas com atraso), da precariedade das estruturas físicas dos serviços e da falta de gerenciamento dos serviços (KABUNGA *et al.*, 2021).

Com o resgate da literatura, evidenciou-se que diferentes categorias profissionais de saúde estão sujeitas à FC, sendo que, no contexto de urgências e emergências, tem se destacado o fenômeno entre médicos e enfermeiros (AMARO, 2016; CRAIGIE *et al.*, 2016; MEDEIROS-COSTA *et al.*, 2017; ZHANG *et al.*, 2018; BORGES *et al.*, 2019; YU; QIAO; GUI, 2021; JOBE *et al.*, 2021). Segundo os pesquisadores, é necessário que o profissional de saúde identifique a FC, a SC e a SB para que possa desenvolver estratégias de enfrentamento (MERK, 2018). A esse respeito, Gribben *et al.* (2019) demonstram que a conscientização da existência destes fenômenos pode permitir que os profissionais gerenciem melhor os desafios e estresses emocionais ocasionados pelo trabalho, melhorando, dessa forma, a qualidade da prestação de serviços.

Diante do exposto, compreende-se que a FC precisa ser reconhecida como um processo de adoecimento psíquico que pode acarretar danos para a saúde mental e redução do desempenho profissional dos trabalhadores da área de saúde. Além disso, a FC também pode estar negativamente relacionada à satisfação e à segurança do paciente, acarretando prejuízos no alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados (PHELIVAN; GUINER, 2018).

No Brasil, estudos que visam a identificar o sofrimento dos trabalhadores da saúde associados à FC ainda são escassos (RODRIGUES; SANTANA; PEREIRA, 2017), aspecto confirmado na revisão integrativa realizada nessa proposta. Na literatura internacional, por sua vez, encontra-se um número mais expressivo de trabalhos, embora os estudos ainda sejam discordantes quando se trata do conceito deste fenômeno. Portanto, é necessário ampliar o olhar para tal problemática, fomentando estratégias de reconhecimento da FC e contribuindo para que os trabalhadores possam ter acesso a um trabalho decente e produtivo em condições de liberdade, equidade, segurança e dignidade (OMS, 2010).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) e o oitavo objetivo da agenda de Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) estabelecem que, para haver a

realização de um trabalho satisfatório e adequado, são necessários requisitos como condições de igualdade e liberdade, um ambiente de trabalho seguro, equilibrado e sadio, o pagamento de um salário digno, com ênfase na igualdade de remuneração para um trabalho de igual valor e, ainda, a garantia de um trabalho que proporcione uma vida digna ao trabalhador (ODS, 2015; OIT, 2019).

Nesse contexto, emerge essa proposta de pesquisa/intervenção, que parte do seguinte questionamento: **como sensibilizar os profissionais de saúde acerca da FC?**

Nesse sentido, idealizou-se produzir uma Tecnologia Educativa (TE) para auxiliar os profissionais no reconhecimento da FC e temas de interface ao fenômeno, e que também visa contribuir com a gestão dos serviços de saúde, auxiliando na formulação de políticas de gestão de pessoas, com implicações nas práticas, potencializando os ambientes de trabalho saudáveis, especialmente dos serviços de urgência e emergência.

O avanço no estudo e na compreensão da FC pode auxiliar o profissional de saúde na elaboração de estratégias de enfrentamento individuais e coletivas, minimizando o impacto da FC no plano pessoal, profissional e institucional e melhorando a qualidade do atendimento prestado. Ainda, a proposta contribui com ações no campo da saúde do trabalhador em colaboração com outros países, ao compor o projeto internacional “*Health Work International Project*” (HWOPI) e segue uma macropesquisa de método misto e interventivo.

## 2 OBJETIVOS

Para a proposta, desenvolveram-se o objetivo geral e os objetivos específicos apresentados a seguir.

### 2.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolver uma tecnologia educacional, no formato de *ebook*, como estratégia para a reconhecimento e a prevenção da FC para profissionais de saúde da RUE.

### OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Identificar os níveis de FC e sua relação com as variáveis sociodemográficas e profissionais dos participantes, com contributos para a elaboração do *ebook*;

Analisar como a literatura científica discute a FC e sua relação com a segurança do paciente nos serviços de saúde;

Organizar e validar um o *ebook*, para profissionais da área da saúde sobre o tema FC nos serviços de urgência e emergência.

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo, apresenta-se uma revisão de temas centrais do estudo, entre eles: Fadiga por Compaixão; Fadiga por Compaixão em Profissionais de Saúde; Fadiga por Compaixão em Profissionais que atuam nos Serviços de Urgência e Emergência; Fatores Promotores de Saúde dos Trabalhadores de Saúde e Enfrentamento da Fadiga por Compaixão.

#### 3.1 FADIGA POR COMPAIXÃO

A FC é definida como uma resposta ao estresse associado ao trabalho na área da saúde, que pode ocasionar um estado de disfunção biológica, psicológica e social (FIGLEY, 1995), resultante do processo de cuidar daqueles que sofrem. A literatura tem documentado este fenômeno utilizando vários conceitos, tais como: Vitimização Secundária (FIGLEY, 1982, citado por FIGLEY, 1995); Sobrevivente Secundário (REMER; ELIOTT, 1988, citado por FIGLEY, 1995); *Burnout* (KAHILL, 1988); Traumatização Vicariante (MCCANN; PEARLMAN, 1990; PEARLMAN; SAAKVITNE, 1995); Estresse Traumático Secundário (ETS); e, mais recentemente, Fadiga de Compaixão (FIGLEY, 1998). Tendo em vista que a traumatização vicária apresenta principalmente sintomas cognitivos e o ETS emerge de vários cenários, envolvendo contato próximo com pessoas traumatizadas, a FC é considerada um termo preferido quando usado no contexto das profissões que envolvem o cuidado (JENKINS; BAIRD, 2002; IVICIC; MOTTA, 2017; PETERS, 2018).

Mesmo não havendo um consenso quanto ao seu conceito, pesquisadores definem a fadiga como um estado de desgaste que segue um período de esforço, mental ou físico, caracterizado por diminuição da capacidade de trabalhar e redução da eficiência para responder a um estímulo (MOTA *et al.*; 2005). No entanto, há um consenso de que a FC está relacionada ao *burnout* (BO) e ao ETS, mas que estes construtos representam fenômenos diferentes (BAQEAS *et al.*, 2021; JILOU *et al.*, 2021). A FC resulta da exposição e do envolvimento empático dos profissionais de saúde com as histórias traumáticas dos seus clientes e, em decorrência disso, esses trabalhadores começam a apresentar respostas somáticas e/ou relutantes em relação ao seu trabalho. (APOIAR, 2017).

Joinson (1992) citou primeiramente o termo FC quando realizou um estudo com enfermeiras que trabalhavam no setor de emergência de um hospital, considerando a patologia como uma forma de BO mais incidente em prestadores de cuidados de saúde (COOETZ; KLOPPER, 2010; LAGO, 2013; FONSECA, 2017). Mais tarde, em 1995, Charles Figley

conceituou a FC como uma síndrome que causa exaustão e perda aguda de energia física e emocional, relacionada ao contato prolongado com sofrimento e estresse no contexto laboral. Segundo o autor, trabalhar com a dor do outro pode levar o profissional a um processo denominado “*the coast of care*”, ou seja, custos de cuidar. Desta forma, os profissionais de saúde podem desencadear sentimentos de empatia e/ou preocupação extrema com os assistidos e desenvolver a FC (ARAÚJO; MENEZES, 2018).

Já um estudo realizado por Jenkins e Warren (2012) demonstrou que a FC, o BO e o ETS possuem significativas semelhanças, pois todos são causados por uma ligação emocional com os pacientes que pode vir afetar negativamente os serviços prestados pelos profissionais do cuidado e a saúde destes trabalhadores. Além disso, de acordo com os autores, as consequências do ato de cuidar podem desencadear problemas como despersonalização, redução do desempenho, perda de empatia, aumento da perda de dias de trabalho devido a queixas físicas, dor de estômago, dores de cabeça, ganho ou perda de peso, propensão a acidentes e colapso emocional.

Stamm (2010), por sua vez, apresentou um conceito de QVP que vem sendo aprimorado desde os anos de 1990, baseado na resultante de uma multiplicidade de fatores relacionados à SC e à FC. Para a autora, a QVP diz respeito ao quanto o indivíduo se sente bem por poder ajudar pessoas ou animais, comunidades ou nação em situação de risco, dor, crise ou sofrimento. Desta forma, aspectos positivos e negativos relacionados ao cuidado exercem forte influência na QVP dos profissionais de saúde (SOUZA *et al.*, 2019).

Para favorecer o desenvolvimento da QVP, o ambiente de trabalho necessita oferecer suporte social, segurança, bom salário, carga horária adequada, reconhecimento dos profissionais e oportunidades de crescimento (HIPÓLITO, 2016). Isso porque a SC está relacionada ao prazer que o profissional sente em realizar bem o seu trabalho e em poder ajudar os outros, ao nutrir sentimentos positivos em relação à equipe e por sua capacidade de contribuir para seu ambiente de trabalho ou até mesmo para o bem maior da sociedade (BATALHA *et al.*; 2020).

A esse respeito, Sacco e Copel (2018) apontam que a SC representa o prazer, o propósito e a gratificação recebidos pelos profissionais de saúde por meio de suas contribuições para o bem-estar dos pacientes e de suas famílias. Existem, ainda, sete antecedentes para a satisfação com compaixão: a percepção de cuidar como uma vocação, uma relação de cuidado empática com os pacientes, exposição ao estresse com apoio da equipe, desenvolvimento de resiliência, desenvolvimento de mecanismos de enfrentamento,



prática de autocuidado e a capacidade de conciliar trabalho e vida pessoal com suporte social adequado.

A SC também é vista como uma fonte de força, que estimula os profissionais de saúde continuarem trabalhando, apesar das condições precárias de trabalho, da gravidade do quadro de saúde do paciente e dos altos níveis de estresse. Como fator de proteção, pode reduzir e até prevenir a FC (HIGGINS *et al.*, 2020).

A compaixão é, neste contexto, considerada uma ação que move o indivíduo a aliviar o desconforto alheio, sendo necessária para que os profissionais de saúde executem de forma satisfatória seu trabalho (DUARTE, 2009, BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014). Ter compaixão significa olhar para os outros com sensibilidade e empatia, adotando atitudes e comportamentos solidários que expressem ajuda (DALAI-LAMA, 2002).

Em contrapartida, Figley (2002) relaciona o conceito de compaixão com sofrimento e associa a FC à redução da capacidade e/ou interesse em desenvolver atividades em que a compaixão esteja presente. Ao contrário da SC, a FC está relacionada com os aspectos negativos e diz respeito ao estresse, a tensão natural da tomada de conhecimento pelo ato de ajudar ou de querer ajudar uma pessoa em sofrimento (LAGO, 2008). Além disso, a FC aumenta as taxas de rotatividade de enfermeiros nas instituições, diminui a satisfação do paciente, reduz a qualidade do atendimento ao paciente e representa um risco para a segurança do paciente (MOONEY *et al.*, 2017).

A diferença entre um profissional saudável que trabalha com sofrimento humano e aquele que apresenta FC não é que ambos não sofram os sintomas decorrentes do excesso de empatia e de compaixão, mas o caráter crônico dos sintomas (ABELLANOZA; PROVENZANO; GATCHEL, 2018, O'CONNOR; NEFF; PITMAN, 2018). Assim, a FC, ou seja, a fadiga causada pelos esforços para atender e apoiar as condições dos que passam por algum tipo de sofrimento é resultado de um processo progressivo, cumulativo e prolongado. (FIGLEY, 1995)

A FC pode iniciar de forma repentina ou gradual (NAS; SAK, 2020), com poucos sintomas e evolução rápida, geralmente acompanhada de sentimentos como desamparo, confusão e isolamento, podendo ocorrer em qualquer situação de cuidado marcada pelo desenvolvimento de compaixão e empatia (DIRIK; SAK; SAHIN-SAK, 2021). Diversos estudos demonstram que tal agravo pode surgir mais facilmente em prestadores de cuidados de saúde devido ao contato inevitável com indivíduos que estão em situação de sofrimento, como é o caso de profissionais que atuam em urgências e emergências (médicos, enfermeiros, bombeiros, policiais, entre outros) e daqueles que prestam assistência em situações de crise ou

trauma (psicólogos, assistentes sociais, veterinários, professores, advogados etc.) (LAGO; CODO, 2013; BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; PHELIVAN; GÜINER, 2018). Essas profissões exigem que o profissional possua habilidade técnica para desenvolver o trabalho de maneira eficiente e assertiva, além da capacidade de desenvolver empatia por quem atende, adotando atitudes acolhedoras, atenciosas e afetivas (LOPES; BARBOSA, 2020).

Diversos fatores podem predispor o indivíduo à ocorrência da FC, estando alguns relacionados às vivências individuais, dentre eles, a personalidade, a educação, a experiência de trabalho e a qualidade de vida pessoal. Outros fatores de risco se apresentam em nível organizacional, tais como a especificidade da função e o funcionamento do sistema de saúde (BORGES *et al.*, 2019).

A FC se divide em duas dimensões: a primeira diz respeito a condições como exaustão, frustração, raiva e depressão, sintomas comuns no BO; a segunda corresponde ao ETS, que se trata de um sentimento negativo causado pelo medo e pelos traumas relacionados ao trabalho, podendo ser um trauma direto (primário) ou uma combinação de trauma primário e secundário (JILOU *et al.*, 2021). Portanto, BO e ETS não são sinônimos de FC (STAMM, 2010).

O termo *burnout*, de origem inglesa, traz a justaposição das palavras “*burn*”, que significa “queima”, e “*out*”, que significa “exterior” ou “fora, sugerindo que o indivíduo que apresenta esta síndrome tem suas forças físicas e emocionais desgastadas, além de transparecer falta de entusiasmo e interesse pela realização das atividades habituais, comportamento agressivo e o bloqueio de sensações (CUNHA; SOUZA; MELLO, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2017). Freudenberger e Malasch desenvolveram o conceito de BO na década de 70 como sendo a resultante emocional de situações de estresse crônico, estando relacionado ao ônus pago pelos profissionais de saúde por se dedicarem ao cuidado de outras pessoas (MANUELITO, 2016).

O BO apresenta três construtos interdependentes: o primeiro refere-se à exaustão emocional, que apresenta sinais e sintomas como cansaço físico e mental, gastrite, insônia, cefaleia, dores musculares, uso abusivo de substâncias psicoativas, entre outros. O segundo caracteriza-se pela despersonalização, que se manifesta pelo predomínio do cinismo ou da dissimulação afetiva, da crítica exagerada de tudo e de todos os demais e do meio ambiente, endurecimento afetivo, tendência de uma evolução negativa no trabalho, sentimentos negativos de atitudes e condutas de cinismo frente as pessoas com quem trabalha. Caracteriza-se por tratar os clientes, colegas e a instituição como meros objetos. Os sintomas comuns nessa fase são ansiedade, irritabilidade, desmotivação, descompromisso com os

resultados, alienação e conduta voltada a si mesmo. Por fim, o terceiro construto é a baixa realização profissional, a qual gera sensação de incompetência e desânimo no trabalho a redução no senso da autoeficácia relacionada à depressão e à incapacidade em suportar o trabalho, exacerbada pela falta de suporte social e oportunidades de desenvolvimento profissional, torna as pessoas infelizes com elas próprias e insatisfeitas com seu desenvolvimento profissional. Caracteriza-se como uma forma de se autoavaliar de forma negativa e um declínio no sentimento de competência e no êxito no seu trabalho, bem como na capacidade de interagir com outras pessoas (MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; BENEDITO *et al.*, 2017; YU; GUI, 2021).

O BO está presente entre profissionais da área da saúde, principalmente nas equipes de enfermagem que atuam na urgência e emergência, devido à sua exposição às distintas fontes de estresse, constituindo-se como uma das profissões com maior incidência deste agravo (FERREIRA; MEDEIROS; CARVALHO, 2017). Embora a literatura explore o BO entre enfermeiras e médicos, ainda são necessários mais estudos envolvendo outros profissionais de saúde. A esse respeito, Henrich *et al.* (2017) constataram que outros profissionais de saúde, além dos médicos e enfermeiros, também experimentam sofrimento moral e suas consequências negativas, incluindo o desejo de abandonar a profissão.

Inicialmente relacionada a profissões ligadas à prestação de cuidados e assistência a pessoas, especialmente em situações economicamente críticas e de carência, a denominação do BO vem sendo estendida a outras profissões que envolvem alto investimento afetivo e pessoal, em que o trabalho tem como objeto problemas humanos de alta complexidade e determinação fora do alcance do(a) trabalhador(a), como dor, sofrimento, injustiça e miséria (BRASIL, 2018). No contexto da enfermagem, conforme apontam Oliveira *et al.* (2017), a falta de autonomia, o acúmulo de atividades e a falta de definição de papéis fazem com que os enfermeiros sejam uma das profissões com maiores índices de BO, considerada, assim, uma doença ocupacional.

A diferença básica entre a FC e o BO é a compaixão, pois, apesar de apresentarem sintomatologia parecidas, a FC possui o processo empático na sua essência e acontece nos profissionais cuidadores que lidam com dor e sofrimento (LAGO, CODO, 2013). O BO, por sua vez, abrange um conceito mais amplo de desgaste emocional, indicando um distúrbio de progressão lenta resultante de um estresse crônico no ambiente laboral, o que pode acometer profissionais de diferentes áreas (OMS, 2019). Não obstante os termos BO e FC sejam, em algumas literaturas revisadas, usados de forma intercambiável, cabe destacar que o BO é

“externo ao provedor”, enquanto a FC é o que acontece “internamente com o provedor” (BABINEAU *et al.*, 2019).

Os profissionais de saúde que atuam em ambientes organizacionais estressantes apresentam mais chances de desenvolver BO e, conseqüentemente, de realizarem atendimentos inadequados que podem resultar em riscos à segurança do paciente e no declínio de qualidade do atendimento (HALL, 2016; MALASCH; LEITER, 2017; DREISON *et al.*, 2018; PURPORA *et al.*, 2018; SLATTEN; CARSON; CARSON, 2020).

Pesquisa realizada com profissionais de saúde evidenciaram que o BO contribui para o desenvolvimento de ETS (SHOJI *et al.*; 2015), transtorno que configura outra dimensão da FC. Este fenômeno acomete as profissões de ajuda ao próximo em sofrimento, resulta da exposição prolongada à dor alheia e configura-se como uma reação espontânea vivenciada pelo profissional após o outro passar por uma experiência estressante. Advém, ainda, do estresse em sua fase aguda e da exaustão emocional, o que acaba por trazer prejuízos à vida do profissional (CASTRO; MASSOM; DALAGASPERINA, 2018).

O ETS é considerado uma síndrome ocupacional que gera sintomatologia de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). No entanto, a maioria das pessoas que vivenciam eventos estressantes ou potencialmente traumáticos não desenvolvem o TEPT, o que sugere que a capacidade de adaptação e/ou resistência emocional dos indivíduos é, em geral, elevada. Assim, cada indivíduo demonstra possuir um limiar de trauma diferente, evidenciando que aspectos internos e externos podem não só oferecer risco, mas também proteção ao aparecimento da doença mental (BRASIL, 2019).

O impacto do ETS na vida dos profissionais pode repercutir nas seguintes áreas: cognitiva (diminuição de concentração, baixa autoestima e desorientação), emocional (ansiedade, culpa, medo, desamparo e depressão), comportamental (impaciência, irritabilidade, problemas de sono e mudança de hábitos alimentares), relações interpessoais (desconfiança e intolerância), físico/somático (ritmo cardíaco acelerado, dificuldades em respirar e tonturas), profissional (baixa moral, baixa motivação, obsessão com detalhes, negligência a tarefas e apatia) (FIGLEY; LUDICK, 2017; RUBACK, 2018).

Além disso, o ETS pode ser considerado uma doença mental complexa, que desencadeia hiperexcitação, hipervigilância e influência na qualidade de vida e no sistema familiar, organizacional e social do indivíduo (SHALEY; LIBERZON; MARMAR, 2017; XIANG *et al.*, 2019).

Estudo realizado durante o primeiro pico da pandemia de COVID-19, com 70 profissionais de saúde que atuaram na linha de frente, demonstrou que a falta de recursos

humanos, a precariedade da infraestrutura dos serviços, o medo da autoinoculação e a possibilidade de propagação do vírus para seus familiares, amigos ou colegas desencadearam diferentes níveis de pressão psicológica, gerando sentimentos de solidão e desamparo ou uma série de estados emocionais disfóricos, como estresse, irritabilidade, fadiga física e mental e desespero (JÚNIOR ARAÚJO *et al.*, 2021).

Outras pesquisas demonstraram que o estresse, inclusive o ETS, provoca alterações na liberação de citocinas ocasionando supressão do sistema imunológico, aumentando a suscetibilidade a infecções ocasionadas por vírus, bactérias, fungos ou parasitas que infectam o ser humano (FACCINI *et al.*, 2020; LIANG; ZHU; FANG, 2020)

Atualmente o instrumento que vem sendo utilizado na mensuração da FC é o *Professional Quality of Life Scale* (ProQol), que está em sua quinta versão - o ProQol V, desenvolvido por Stamm em 2009. Nacionalmente o ProQol V foi validado por Lago e Codo (2013) Esse instrumento faz mensurações de três aspectos relacionados à compaixão: a Fadiga (FC), a satisfação (SC) e o *burnout* (BO). Revisão sistemática incluindo 71 artigos mostrou que a ferramenta ProQol pode ser utilizada com sucesso para a mensuração da FC e suas dimensões (CAVANAGH *et al.*, 2020)

### **3.1.1 Fadiga por compaixão em profissionais de saúde**

Culturalmente é difundida a ideia de que o profissional de saúde é um indivíduo capacitado, detentor de todos os conhecimentos e recursos para socorrer qualquer tipo de pessoa em qualquer contexto. Porém, as transformações ocorridas nas últimas décadas, em função da globalização e dos avanços tecnológicos, provocaram alteração no ambiente laboral e, dependendo da forma como o trabalho vem sendo executado, pode estar diretamente associado ao gerador de desgastes e a determinantes no processo de adoecimento do profissional de saúde (TEIXEIRA *et al.*, 2019, MARCO *et al.*, 2020)

O hábito de cuidar do outro, de aliviar a dor e o sofrimento do próximo, neutraliza o cuidar de si, levando uma falha nas intermediações das situações que fazem parte da rotina do profissional de saúde, afetando seu humor, estilo de vida e suas expectativas em relação ao trabalho (FERREIRA; MEDEIROS; CARVALHO, 2017).

Os profissionais de saúde, sendo cuidadores por excelência, estão particularmente suscetíveis à FC, fenômeno que traduz uma redução da capacidade de sentir alegria e/ou, preocupação com alguém, podendo ocorrer num contexto de exposição contínua ao sofrimento do outro, durante o ato de cuidar (RODRIGUES; SANTANA; PEREIRA, 2017).

O adoecimento dos profissionais de saúde tem mobilizado muitos pesquisadores a estudarem esse fenômeno, pois há um reconhecimento crescente de que a redução do bem-estar dos profissionais resulta em consequências negativas, como baixa produtividade, violência no local de trabalho e atendimento de saúde prestado com baixa qualidade (JILOU *et al.*, 2021).

Investigações exploraram as relações entre as variáveis FC, SC, BO e ETS em amostras de profissionais de saúde que atuam em diversas áreas, em todo o mundo. Observou-se, no entanto que a grande maioria dos estudos realizados foram em setores como unidades oncológicas, cuidados paliativos, UTI, pediatria e serviços de urgência e emergência, por se tratarem de ambientes que apresentam níveis elevados de estresse psicológico (SACCO *et al.*, 2015, DUARTE; PINTO GOUVEIA, 2017, SOUZA *et al.*, 2019, JOBE *et al.*, 2021 e SAROSI *et al.*, 2021).

No Brasil, estudos que visam identificar o sofrimento dos trabalhadores da saúde associados à FC ainda são escassos (RODRIGUES; SANTANA, PEREIRA, 2017). Já na literatura internacional encontra-se um número mais expressivo, porém os estudos ainda são discordantes quando se trata do conceito deste fenômeno. Os estudos realizados com profissionais de saúde, a maioria dos quais constituídos por médicos, em dez hospitais de um dos Estados Unidos da América (EUA) mostram que cerca de 13% atendem aos critérios do ETS e quase 34% apresentaram pelo menos um sintoma um do ETS, ou seja, intrusão, excitação ou desejo de evasão (RODEN-FOREMAN *et al.*, 2017). Da mesma forma, pesquisa realizada com enfermeiros que trabalhavam em emergência na Escócia mostra que 75% deles apresentaram ETS (MORRISON; JOY, 2016). Na Jordânia, uma pesquisa demonstrou que 52,3% das enfermeiras que atuavam em setores de emergência apresentaram um alto nível de ETS (RATROUT; HANDAM, 2020).

Conforme Costa (2021) o ETS é visto como um fator de risco à saúde laboral entre os profissionais de saúde. Pesquisas realizadas com profissionais de saúde confirmam o alto risco de ocorrência de ETS nesse grupo profissional.

Hinderer *et al.*, (2014) descobriram que o número de horas trabalhadas por turno estava relacionado com maior incidência de ETS. Outro autor (YODER, 2010) enfatizou que a sobrecarga de trabalho causa ETS entre enfermeiros de diferentes setores hospitalares, ou seja, unidade de emergência, unidade de oncologia ou unidade de terapia intensiva.

Jilou *et al.*, (2021) em uma análise de 30 artigos que abordavam sobre o impacto da FC em profissionais de saúde e sobre quais as estratégias de enfrentamento deste fenômeno, verificaram que houve crescimento na produção de estudo sobre o tema entre os anos de 2015

a 2021, sendo que 70% foram publicados em inglês. Observou-se ainda a carência de trabalhos em português, e que nos últimos quatro anos, os estudos sobre FC têm se desenvolvido de maneira considerável no cenário internacional.

No que se refere à saúde dos médicos, a literatura elucida que os profissionais de medicina constituem um grupo vulnerável ao estresse laboral que geralmente está associado aos processos de profissionalização; ao desenvolvimento do papel de médico na sociedade; ao contato constante com situações assistenciais difíceis e complexas; à supervisão dos estudantes e residentes mais jovens; à longa jornada de trabalho; ao absenteísmo da equipe; à pressão do tempo; à burocracia na prática diária; à convivência com sofrimento e morte; à responsabilidade civil e penal da prática médica; entre outros. As dificuldades mais frequentemente evidenciadas nesses profissionais são: alcoolismo, insônia, suicídio, automedicação, cronicidades (ex.: doenças cardiovasculares), obesidade e maior consumo de benzodiazepínicos e antidepressivos (TABOSA; CORDEIRO, 2018; HONORATO; MACHADO, 2019, FÉLIX, 2020; OGIŃSKA - BULICK *et al.*, 2021).

Já entre os profissionais de enfermagem, as principais causas do adoecimento relatadas na literatura envolvem: sobrecarga de trabalho; acidentes com material perfuro cortante; longas jornadas de trabalho; privação do sono e das atividades de lazer; trabalho em regime de plantão; dificuldade em conciliar a vida pessoal e profissional; pouco apoio da chefia e dos colegas; contato direto com pacientes e seus familiares; falta de recursos humanos e materiais; entre outros (GUIDO *et al.*, 2011, TUNA; BAYKAL, 2014; DUARTE; PINTO GOUVEIA, 2017; FARIAS *et al.*, 2017; ).

Uma metanálise (CAVANAGH *et al.*, 2020) demonstrou que tanto os médicos quanto os enfermeiros são afetados pela FC ao desempenharem suas funções. No entanto, os enfermeiros têm mais riscos de desenvolver problemas emocionais, devido ao contato direto e maior envolvimento afetivo com pacientes e familiares (DOSIL *et al.*, 2020). Os médicos também estão expostos a estes problemas, por terem que enfrentar situações críticas como, por exemplo, informar aos familiares os quadros clínicos dos pacientes, além da responsabilização pela tomada de decisões, que nem sempre são assertivas, destacando-se a lesão moral (LITAM; BALKIN, 2020). A lesão moral é o sofrimento psicológico que resulta da tomada de decisão (ou da ausência dela) que viole o código moral ou ético de alguém (GREENBERG; WESSELY; WYKES, 2015).

Além das jornadas de trabalho exaustivas e aceleradas, das condições precárias dos ambientes de trabalho e do contato com aspectos emocionais dos pacientes e de seus familiares, os profissionais de saúde podem apresentar maior sensibilidade de processamento

sensorial, o que interfere nas relações com os pacientes e os torna mais vulneráveis à FC, devido às respostas aumentadas aos estímulos (TEIXEIRA *et al.*, 2020; PÉREZ CHACÓN *et al.*, 2021). Todas essas exposições geram fortes impactos na vida do trabalhador e fomentam o aparecimento da exaustão física e mental, além da insatisfação, do desgaste pelo trabalho e, conseqüentemente, do surgimento da FC (SOUSA; PAÚL; QUEIRÓS, 2020).

Uma pesquisa realizada em Portugal, com enfermeiras que atuam no setor de oncologia de hospitais públicos, as profissionais apresentaram níveis de 26% de SC, 29% de BO e 18% de FC e níveis elevados de depressão, ansiedade, além de sintomas de estresse (DUARTE; PINTO GOUVEIA, 2017). Na Irlanda, por sua vez, em estudo realizado também com enfermeiras que atuam em setor oncológico, os achados indicaram que mais de um quarto dos enfermeiros que trabalham no tratamento do câncer estão em alto risco de FC e quase 30% dos participantes relataram altos níveis de ETS. No entanto, quase 20% dos participantes relataram baixos níveis de SC (HUNT; DENIEFFE; GOONEY, 2019). Outras pesquisas também evidenciaram que a FC é um fenômeno significativo e positivo para o estresse no trabalho e significativo e negativo para a satisfação do trabalho para enfermeiros coreanos, estando relacionado a altos níveis de ansiedade e depressão em enfermeiros australianos (HEGNEY *et al.*, 2014; KIM; HAN; KIM, 2015).

O estudo de Cingi e Eroglu (2019), sobre FC em cirurgiões da área oncológica, descobriram que seus níveis de compaixão aumentaram à medida que os profissionais ganhavam mais experiência e atuavam há mais tempo na área.

Zhang *et al.* (2018), em um estudo pré-pandêmico, estimaram que a prevalência global de FC entre enfermeiras variou de 22% a 60% e foi influenciada por fatores pessoais, organizacionais e psicossociais (CAVANAGH *et al.*, 2020; SAURA *et al.*, 2023). Aspectos ligados à idade, estado civil, educação, gênero, salário, etnia e condição geral de saúde foram identificados como fatores pessoais associados à FC. Os fatores organizacionais incluíram anos de experiência profissional, área de atuação dentro do serviço de saúde, clima de trabalho e presença de violência no local de trabalho; os fatores psicossociais relacionados com a FC incluem apoio familiar, habilidades de enfrentamento, sofrimento psicológico e identidade profissional (O'CALLAGHAN, *et al.*, 2020; XIE *et al.*, 2021).



### 3.1.2 Fadiga por compaixão em profissionais de saúde que atuam na urgência e emergência

Os campos de atuação na área da saúde são diversos; todavia, os serviços de urgência possuem características causadoras de maior tensão para os profissionais que ali trabalham, tendo em vista que gerenciam o cuidado sobre pacientes com necessidades complexas e que requerem o aprimoramento científico, o manuseio tecnológico e a realização de um atendimento de qualidade e que resulte na redução dos erros médicos e de enfermagem, gerando, conseqüentemente, melhores resultados para o paciente (LAZZARI; JACOBS; JUNGUE, 2012; MCCDERMID *et al.*, 2020).

O espaço de urgência e emergência é determinado pela grande demanda de pacientes com risco elevado de morte, ocorrências imprevisíveis, longas horas de trabalho, cobrança na agilidade, cobrança dos familiares e um pequeno tempo para se prestar uma excelente assistência. (BEZERRA; SILVA, RAMOS, 2012; LA CRUZ *et al.*, 2019; LOPES; SANTOS; GIOTTO, 2020).

Assim, nessas atividades em saúde exige-se grande produtividade, associada à rapidez e agilidade, à complexidade das tarefas, além de expectativas pessoais irrealizáveis e muitas vezes relações de trabalho tensas. Esse conjunto de fatores psicossociais pode ser responsável pelo surgimento da FC, estado de exaustão emocional que ocorre devido à dinâmica de uma relação de cuidado com um indivíduo ou grupo de indivíduos que sofreram uma perda súbita ou grave (LABRAGUE *et al.*, 2021) ou como consequência da exposição persistente ao sofrimento dos pacientes, condições estressantes de trabalho e utilização inadequada de medidas para promover o autocuidado (SORENSEN *et al.*, 2017; PETERS, 2018)

Os profissionais de saúde que atuam em emergência podem apresentar dificuldades em adaptar-se às condições de trabalho que caracterizam este setor, levando a um maior esgotamento de sua energia e a problemas de saúde física e mental (OMS, 2019).

Estudo afirma que a FC existe em diversos grupos de enfermagem, especialmente entre os enfermeiros de pronto-socorro, unidade de terapia intensiva e unidade de oncologia (SINCLAIR *et al.*, 2017). Os dados que refletem a prevalência de FC em médicos de emergência são escassos, embora as evidências de estudos norte-americanos indiquem que esse é um fenômeno que perturba vidas, destrói carreiras e impacta negativamente nas organizações de trabalho. Em estudo de Arora *et al.* (2013), verificou-se uma prevalência global de BO em mais de 60% dos médicos de emergência, em comparação com 38% dos

médicos de clínica geral, indicando que profissionais médicos que atuam em serviços de emergência tem um risco maior de desenvolver FC.

Fonseca (2017) realizou uma pesquisa com 87 enfermeiros de urgência hospitalar de adultos e análise da variação da FC em função das variáveis sociodemográficas e profissionais, encontrando níveis altos de SC (50,6%), BO (54,0%) e ETS (58,6%) destacando que as mulheres foram as mais predispostas nas três subescalas. Enquanto a SC variou em função da idade e atividades de lazer, o BO variou em função da idade e o ETS da idade, sexo, tempo de experiência profissional e atividades de lazer.

Cabe destacar que a FC há muito tempo está relacionada, na literatura, com a prestação de serviços de saúde de baixa qualidade. Em um estudo com médicos de emergência do Reino Unido, um terço dos profissionais relatou ter cometido erros, relacionados ao estresse, que poderiam trazer danos à segurança do paciente. Além disso, verificou-se que a FC leva a uma desconexão do médico com os pacientes, dificultando a comunicação, a tomada de decisão compartilhada e a ausência do cuidado centrado nas necessidades do paciente (DASAN *et al.*, 2015).

### 3.2 FATORES PROMOTORES DA SAÚDE DOS TRABALHADORES DE SAÚDE E DE ENFRENTAMENTO DA FADIGA POR COMPAIXÃO

A saúde do trabalhador tem sido abordada de forma crescente em estudos, pesquisas e intervenções realizadas em todo o mundo. Desta forma, vem-se constatando que os profissionais de saúde são muitas vezes acometidos por doenças relacionadas ao trabalho geradoras de sofrimento físico e até mesmo psíquico (PÚRPORA *et al.*, 2019; JILOU *et al.*, 2021).

O sofrimento começa quando a relação entre o indivíduo e o ambiente onde ele desempenha suas atividades laborais torna-se bloqueada; ou seja, quando o trabalhador usa o máximo de sua capacidade intelectual, psicoafetiva, de aprendizagem, e de adaptação para desenvolver suas funções no trabalho (DEJOURS, 1992).

A prevalência da FC em profissionais de saúde, reconhecida como uma condição relativa ao processo laboral, demonstra a necessidade das organizações e instituições implantarem programas que incentivem o desenvolvimento da resiliência individual e coletiva, da gestão eficaz das crises, da comunicação entre os membros da equipe, do fortalecimento do relacionamento interpessoal, do reconhecimento da FC como um de algo

que vai acarretar danos para saúde mental e física e oferecer riscos ao trabalhador e ao paciente (POTTER *et al.*, 2013; HOU *et al.*, 2020; ALVES, 2020).

As estratégias de prevenção e intervenção diante da FC podem ser agrupadas em três aspectos: estratégias pessoais, profissionais e organizacionais (SANTOS, 2018; SULLIVAN *et al.*, 2019). As estratégias pessoais estão relacionadas com a prática do autocuidado, garantindo sono e descanso adequados, tendo equilíbrio entre o trabalho e outros aspectos da vida, o envolvimento em um *hobby* e o suporte familiar, social e profissional que o trabalhador recebe (DELANEY, 2018; PETERS, 2018). Estes estudos destacam que atitudes que demonstrem amor, benevolência e compaixão, quando associados a estados mentais positivos e medidas protetoras do mal-estar associados ao trabalho, podem configurar importantes estratégias de enfrentamento à FC.

As estratégias organizacionais se referem à modificação das situações onde são desenvolvidas atividades laborais, visando a melhoria da comunicação e do trabalho em equipe. Fazem parte desta estratégia a realização de capacitações e treinamentos para os funcionários, a reorganização do fluxo de funcionamento do serviço, a mudança das condições físico-ambientais permitindo flexibilidade de horário, participação na tomada de decisão, plano de carreira e autonomia no trabalho (FONSECA, 2017; RODRIGUES *et al.*, 2021).

As estratégias profissionais estão vinculadas com questões como a determinação dos limites profissionais, o gerenciamento da carga horária de trabalho, o incentivo ao autocuidado, exercícios de relaxamento e meditação e a realização de grupo de apoio para enfrentamento de situações de estresse e luto (WHITEBIRD *et al.*, 2013; SANTOS, 2018).

Pesquisas demonstram que não é o ônus de trabalhar com pessoas em sofrimento, mas sim a ausência de qualificação, experiência e treinamento são os fatores que podem desencadear a FC nos profissionais de saúde (OGÍNSKA-BULICK, 2021).

A resiliência tem sido identificada como um fator essencial de proteção contra os efeitos mentais e psicológicos nocivos à saúde do trabalhador. Os profissionais de saúde que apresentam altos níveis de resiliência tendem a incorporar, otimismo, esperança, autocuidado e flexibilidade podendo lidar de forma mais eficaz com os sintomas da FC (GENTRY, 2018). A satisfação no trabalho, a competência emocional, a compaixão, a perseverança e a inovação são alguns dos fatores de resiliência (MAIA; GUIMARÃES NETO, 2021)

De acordo com Gentry (2018), o apoio social, a prática do autocuidado obtendo um sono adequado e exercício físico, o diálogo com colegas de trabalho após um atendimento desgastante, são exemplos de padrões de comportamento que demonstraram o aumento da

resiliência profissional. Portanto, adotar comportamentos que desenvolvam a resiliência podem ser benéficos para evitar ou reduzir os danos ocasionados pela FC.

A resiliência no trabalho é vista como a capacidade de gerenciar o estresse diário do trabalho de forma a permanecer saudável e de aprender a se recuperar após o enfrentamento de uma adversidade ou problema, preparando se para desafios futuros de forma proativa (PEREIRA, 2001; MACEDO *et al.*, 2020). No entanto, a resiliência nunca deve ser vista como uma responsabilidade individual e sim com uma estratégia coletiva e organizacional, como forma de melhorar a qualidade de vida dos profissionais de saúde (BROLESE *et al.*, 2017).

A resiliência psicológica no trabalho, o engajamento e o enfrentamento positivo diante das adversidades encontradas, foram fatores que influenciaram na uma redução significativa dos níveis de FC entre os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente durante os primeiros meses da pandemia (CAI *et al.*, 2020, MAIORANO *et al.*, 2020).

A maioria dos indivíduos, quando são expostos a eventos traumáticos e exibem resiliência não sofrem quaisquer efeitos psicológicos negativos de longo prazo (RUBIN *et al.*, 2005). Porém, alguns desenvolverão consequências psicológicas do trauma, sendo que na maioria das vezes, os sintomas desaparecem sem a necessidade de qualquer intervenção formal (GREENBERG; WESSELY; WYKES, 2015).

A espiritualidade é uma dimensão que também pode ser vista como uma estratégia de enfrentamento da FC. Estudos demonstraram que pessoas que possuem espiritualidade mais desenvolvida apresentam menor prevalência de doenças físicas e psíquicas, possuem relação interpessoal satisfatória no trabalho e conseqüentemente uma melhoria da qualidade de vida (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018)

Um estudo realizado por Xie e colaboradores (2020) demonstrou que apoio social, as relações interpessoais e o contato com familiares e amigos, também podem ser considerados fatores de proteção contra a FC. Enfermeiras chinesas que atuavam em um serviço psiquiátrico e relataram apresentar apoio familiar apresentaram maiores níveis de SC e menor de FC.

A autorreflexão constitui um recurso importante para evitar ou reconhecer o início da FC, visto que estimula a busca de orientação e o apoio para limitar, reduzir e evitar seus efeitos na saúde mental do trabalhador, além de preservar o vínculo de trabalho. Portanto, deve ser incentivado o trabalho em equipe, grupos de compartilhamento profissional, treinamentos sobre sintomas de estresse e fadiga, monitoramento e avaliações regulares da saúde mental dos profissionais (ALLEN *et al.*, 1995 e BORGES *et al.*, 2019).

Pesquisa realizada com enfermeiras que atuam na oncologia sugeriram que a flexibilidade psicológica pode ser um fator de proteção à saúde mental (DUARTE; PINTO GOUVEIA, 2017). Profissionais de saúde que desenvolvem flexibilidade psicológica conseguem otimizar seus recursos mentais, adaptando-se às exigências e desafios do dia a dia de maneira mais eficiente para o alcance de seus objetivos (KASHDAN; ROTTENBERG, 2010). Por essa razão, a flexibilidade psicológica é considerada uma das principais determinantes da saúde mental (FLAXMAN; BOND, 2010). Estudos demonstram que as longas jornadas de trabalho, aliadas à incapacidade de estabelecer limites profissionais e pessoais, causam desgaste emocional, insônia e fadiga (MAIA *et al.*; 2016; WENTZEL; COLLINS; BRYSIEWICZ, 2019).

A SC também foi analisada como um mecanismo de proteção contra a FC, pois possibilita uma melhoria do desempenho, do engajamento e da competência dos profissionais de saúde, proporciona a manutenção de um ambiente de trabalho positivo, um melhor entrosamento da equipe e a redução da rotatividade no trabalho (SACO, COPEL, 2018, BAEK *et al.*, 2020).

Diante das exigências impostas pelo mercado de trabalho, aliadas aos desafios que os profissionais de saúde enfrentam, torna-se relevante que as organizações capacitem os profissionais para reconhecer, aceitar, prevenir e gerir a FC, neles próprios e nos outros e tornarem a experiência no trabalho mais satisfatória e recompensadora (POTTER, 2013; ADIMANDO, 2017, PETERS, 2018).

Além disso, é necessário que se propicie um ambiente saudável de trabalho, onde o trabalhador sinta-se valorizado, estimulando as relações interpessoais por meio do apoio dos colegas de trabalho, da família e das organizações, disponibilizando espaços confortáveis onde o profissional possa descansar, refletir, recuperar-se física e mentalmente; oferecendo infraestrutura adequada e segura para o funcionamento do serviço, acesso a estacionamento e a transporte público (SULLIVAN; GERMAIN, 2020).

Estudo realizado durante o período pandêmico demonstrou que a prática diária de atividade física e uma dieta regular foram eficazes na redução do estresse laboral, melhorando significativamente a qualidade do sono, a saúde mental e física do trabalhador (WU; WEI, 2020).

A realização de treinamentos sobre prevenção de riscos que utilizem a metodologia educacional participativa demonstra uma redução no número de acidentes com perfurocortantes e o aumento da adesão de medidas básicas como a lavagem das mãos (ABREGÚ-TUEROS, 2020).

As intervenções que se utilizam de educação mista (online/presencial), com aprendizagem independente e colaborativa, demonstraram melhorias no conhecimento e no desenvolvimento de habilidades práticas dos enfermeiros (ABREGÚ-TUEROS, 2020). No entanto, a realização de palestras e/ou apresentações que não se utilizaram de técnicas participativas e interativas demonstraram se pouco eficazes na mudança de comportamento dos trabalhadores.

O desenvolvimento de lideranças, a participação dos trabalhadores na tomada de decisões organizacionais, a prática de gestão participativa, melhoraram a coesão do grupo, incentivaram o engajamento por meio de motivação e reconhecimento profissional (ABREGÚ-TUEROS, 2020).

Portanto, aspectos relacionados ao ambiente e ao conteúdo do trabalho, as condições organizacionais, as necessidades e competências do trabalhador, aliados ao contexto cultural e social onde os indivíduos estão inseridos, são fatores que podem interferir na saúde do trabalhador, repercutindo negativamente em seu equilíbrio psíquico (ARAÚJO; PALMA; ARAÚJO, 2017).

De maneira geral, os estudos revisados mostram que cada indivíduo busca, através das estratégias de enfrentamento, lidar, controlar ou adaptar-se aos eventos estressores. Porém, quando essas estratégias se mostram insuficientes e o indivíduo já não suporta mais os custos dos riscos psicossociais associados ao processo laboral, a saúde do trabalhador, bem como o cuidado prestado ao usuário, poderão ser prejudicados (MUTHURI; SENKUBUGE; HONGORO, 2020).

## 4 PERCURSO METODOLÓGICO

Este capítulo apresentará as etapas e fases do desenvolvimento da pesquisa, especificando o tipo e abordagem do estudo, cenários, participantes, coleta dos dados, análise dos achados, validação e considerações éticas. Destaca-se que este estudo contemplou o projeto multicêntrico internacional *HWOPI* da UNIESEP/CINTESIS, alinhado à pesquisa “FADIGA POR COMPAIXÃO: um estudo de métodos misto interventivo com profissionais de saúde”, em andamento com apoio do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA) da UDESC e contemplado no Edital PAP/FAPESC/UDESC 2023 da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC).

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

A pesquisa se desenvolveu em duas etapas, a primeira etapa quantitativa teve como objetivo explicar e prever o fenômeno da FC, através da operacionalização de variáveis, a fim de permitir a sua medida e a análise de dados numéricos, e assim diagnosticar o fenômeno no cenário da RUE. Já a etapa qualitativa foi dividida em duas fases. Na primeira etapa foi realizada uma revisão de literatura integrativa com o objetivo de subsidiar a elaboração do conteúdo do *ebook* e na sequência o desenvolvimento do *ebook* e sua validação.

### 4.2 CENÁRIO DO ESTUDO

O estudo foi realizado em serviços públicos de urgência e emergência localizados na região Oeste de Santa Catarina, no Sul do Brasil, intencionalmente escolhida pela proximidade com a Universidade das pesquisadoras.

Foram elencados como cenários do estudo: Pronto Socorro (PS) do Hospital de Referência na Região Oeste (PA Hospitalar), PS do Hospital da Criança (PA Hospitalar), Unidade de Pronto Atendimento (UPA 24H); Pronto Atendimento (PA), Equipes Básica e Avançada do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) e Serviço de Atendimento e Resgate Aeromédico (SARA).

Os hospitais selecionados são instituições públicas, administradas atualmente por uma Associação Hospitalar e ambos prestam serviços de média e alta complexidade, de forma ininterrupta. Os PS destes hospitais funcionam como principal porta de acesso aos atendimentos de urgência e emergência adultas e pediátricas da região.

A UPA 24H é um serviço que ocupa o nível intermediário de complexidade entre as Unidades Básicas de Saúde (atenção básica) e a média e alta complexidade, presta serviços à população em conformidade com a lógica de acolhimento e classificação de risco, todos os dias semana, e possui equipe multiprofissional interdisciplinar capacitada para atendimentos de urgência e emergência. Possui quinze leitos e atende em média 450 pessoas por dia.

O Pronto Atendimento funciona 24 h/dia, realiza atendimentos de urgência e emergência e assim como a UPA também ocupa nível intermediário de complexidades entre a atenção básica e a média e alta complexidade.

O Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) tem como objetivo chegar precocemente à vítima após ter ocorrido alguma situação de urgência ou emergência que possa levar ao sofrimento, às sequelas ou mesmo à morte. Para acionar o SAMU, deve ser realizado contato telefônico para número “192” mediante o qual uma central de regulação de urgências avaliará individualmente cada caso e definir qual equipe prestará o atendimento. Nas Unidades de Suporte Básico (USB), a equipe é composta por um condutor socorrista e um técnico de enfermagem e nas Unidades de Suporte Avançado (USA), a equipe é composta por um condutor socorrista, um médico e um enfermeiro. O município sede que contempla os serviços de urgência que serão cenários deste estudo, conta com duas equipes de USB e serve como base da única equipe de USA existente, sendo que esta é responsável pelo atendimento de 77 municípios, localizados no grande oeste de Santa Catarina.

O Serviço de Atendimento e Resgate Aeromédico (SARA) foi implantado no município no ano de 2015 e atua em parceria com SAER (Serviço Aeropolicial) da Polícia Civil. Este serviço possui equipes mistas compostas por bombeiros militares, que atuam na condução da aeronave e nos salvamentos e resgates inerentes à atividade dos bombeiros e por médicos e enfermeiros do SAMU. O transporte dos pacientes é realizado por aeronaves reguladas pelas Centrais de Regulação do SAMU.

#### 4.3 ETAPA QUAN: PARTICIPANTES, AMOSTRA, INSTRUMENTOS E PROCESSO DE ANÁLISE

Para a etapa QUAN foram definidos como critérios de inclusão atuar como médicos, enfermeiros, técnicos e/ou auxiliares de enfermagem no cenário de pesquisa, há ao menos três meses de experiência no exercício profissional. Foram excluídos os profissionais afastados por qualquer motivo, no período da coleta de dados. No momento da coleta de dados



identificou-se que 11 profissionais possuíam duplo ou triplo vínculo, sendo elegível 260 profissionais, direcionando os participantes para o cenário de maior carga horária.

**A população disponível para esta etapa do estudo é apresentada na Tabela 1:**

Serviço de saúde/categoria profissional	Médicos	Enfermeiros	Técnicos de enfermagem	Auxiliares de enfermagem
PS HRO	20	10	35	0
PS HC	23	8	12	0
UPA 24H	27	14	13	35
PA	24	9	4	18
SAMU	12	8	8	0
SARA	8	5	0	0
	99	46	62	53
<b>TOTAL</b>	<b>260</b>			

**Tabela 1** - Distribuição dos profissionais dos serviços de urgência e emergência participantes do estudo

HRO – Hospital Regional do Oeste

HC – Hospital da Criança

Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Para a definição dos participantes do estudo, primeiramente, buscou-se a população elegível, sendo identificado um total de 260 profissionais (sendo 99 médicos, 46 enfermeiros, 62 técnicos de enfermagem e 53 auxiliares de enfermagem).

A amostra selecionada foi a de conveniência, ou seja, foram utilizados participantes mais convenientemente disponíveis, para a realização do estudo, considerando o intervalo de confiança de 95% e erro amostral de 5%, a amostra foi calculada em 161 participantes. Toda a população elegível foi convidada a participar do estudo, sendo que 186 profissionais aceitaram o convite e responderam ao questionário.

Nesta etapa, foi utilizado um questionário composto pela caracterização sociolaborais, além da Escala ProQOL5 (*Professional Quality of Life Scale*) (ANEXO II), autopreenchida, versão Portuguesa traduzida e adaptada para a população brasileira (LAGO; CODO, 2013) O primeiro é constituído por questões fechadas e a ProQOL por resposta em escala de *likert*, que permite avaliar os fenômenos da SF e FC.

O questionário socioprofissional continha informações como (idade, sexo, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, quantitativo de filhos, anos de experiência na área da saúde, tempo na instituição, setor de trabalho, função, especialização, carga horária semanal, turno

de trabalho, tipo de escala de plantão, tipo de vínculo empregatício, e se atua em outra instituição).

A Escala ProQOLV é um instrumento composto por 30 itens, subdivididos em três subescalas, cada uma delas formada por dez itens, que avaliam três fenômenos distintos: a SC, o BO e o ETS, fenômenos estes, que compõe a FC. Cada item equivale a uma afirmação à qual se atribui uma pontuação que varia de 1 a 5, correspondendo a uma escala *likert* (1=Nunca; 2=Raramente; 3= Às vezes; 4=Freqüentemente; 5=Muito freqüentemente). O Escala não é um teste de diagnóstico, o que este instrumento pode apontar, é que existe uma necessidade em atentar ou intervir na saúde psíquica do trabalhador, avaliando os efeitos negativos (FC) e positivos (SC) do trabalho. (STAMM, 2010). Cabe destacar ainda, que durante a validação da ProQOLV, o ETS não foi incluso como fator específico nos itens, pois apresenta variáveis que possuem similaridade com a FC, podendo ser unificados os fatores, ou seja, o ETS está incluso na FC, não necessitando de separação para a análise do instrumento ProQOL V/BR.

Os dados foram coletados nos cenários investigados, por membro da equipe de pesquisadores, mediante protocolo de condução da pesquisa, no período de julho de 2022 a janeiro de 2023. Esta se iniciou com agendamento prévio, apresentação do estudo e aceite mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO III). Na sequência, os participantes responderam ao questionário socioprofissional e o instrumento contendo a Escala ProQOLV, a fim de dinamizar a coleta de dados, o questionário e o instrumento também foram disponibilizados por meio do aplicativo *google forms*.

O tempo previsto para a coleta de dados foi de 15 minutos. Os dados das coletas foram digitados e armazenados automaticamente em uma planilha de banco de dados.

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 28. Os achados foram apresentados em frequências absolutas e relativas e a medidas de tendência central como a média, mediana, máximo, mínimo e o desvio padrão. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, o teste paramétrico t Student para amostras independentes e o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Assumiu-se o limite de significância de  $p < 0,05$ .

Para o cálculo dos pontos de corte da ProQOLV, transformaram-se os valores primários das subescalas em escores (STAMM, 2010). A reconversão dos valores primários forçada para obter  $M=50$  e  $DP=10$  possibilita a comparação entre os valores das três dimensões e a comparação com outros estudos.

#### 4.4 ETAPA QUALITATIVA: DESENVOLVIMENTO DA REVISÃO INTEGRATIVA E CONSTRUÇÃO DE UM *EBOOK* PARA RECONHECIMENTO E PREVENÇÃO DA FC NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

A RI foi construída com a finalidade de reunir e sintetizar os estudos realizados sobre FC, a fim de subsidiar a elaboração do conteúdo do *ebook* e de descrever a experiência do planejamento, desenvolvimento e validação semântica do *ebook*, intitulado: “*HEALTH WORK INTERNACIONAL: teorias e vivências para a saúde ocupacional*”.

##### 4.4.1 Desenvolvimento da Revisão Integrativa da Literatura

Com vistas a subsidiar o projeto teoricamente, além da revisão bibliográfica, foi desenvolvida uma revisão integrativa de literatura (RI). (ANEXO I). A RI é um método que possibilita sumarizar as pesquisas já concluídas sobre um tema de interesse, de maneira sistemática, ordenada e abrangente (SOUZA; SILVA; CARVALHO, 2010). Este método propicia a análise de múltiplos estudos publicados, fornecendo informações mais amplas sobre o objeto em estudo, além de demonstrar lacunas no conhecimento que mereçam novas pesquisas científicas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Levando-se em conta que pesquisas envolvendo a temática FC ainda são escassas no Brasil (RODRIGUES; SANTANA; PEREIRA, 2017) que os estudos internacionais, apesar de expressivos em quantidade, ainda apresentarem conceitos discordantes a RI é uma ferramenta que proporciona uma síntese do conhecimento atual. Deste modo, tem como contribuições identificar os “nós críticos” e desenvolver estratégias de prevenção da FC, além de encontrar a melhor evidência acerca do assunto e aplicá-la na prática dos cuidados em saúde (GALVÃO, ANDRADE, HARRAD, 2015)

Para condução da RI, desenvolveu-se um protocolo (ANEXO I) a partir dos modelos utilizados por Mendes; Silveira e Galvão (2008). Este foi subdividido em seis etapas, sendo elas: 1ª Etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa; 2ª. Etapa: estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão; 3ª. Etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos; 4ª. Etapa: análise dos estudos selecionados; 5ª. Etapa: interpretação dos resultados; e 6ª. Etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento. O instrumento foi revisado por dois pesquisadores especialistas no método.

Na 1ª Etapa, definiu-se como questão de pesquisa: o que trata a literatura científica acerca da relação entre a FC entre profissionais de saúde e a Segurança do Paciente/doente? Na sequência, na 2ª. Etapa, definiu-se como critérios de inclusão: inserir artigos de estudos primários que abordem a questão de investigação; estudos envolvendo profissionais atuantes nos serviços de saúde, publicados na língua português, inglês ou espanhol, entre os anos de 2010 e maio de 2022 (este período foi escolhido intencionalmente, visto que justifica os marcos históricos compostos pelo desenvolvimento da ferramenta que avalia a FC, denominada como, *Professional Quality of Life - ProQOL5*. Os estudos duplicados foram excluídos. Foram excluídos ainda, artigos que não contemplavam a temática ou não responderam à pergunta norteadora.

Nesse momento, definiu-se cinco bases de dados acessadas pelo portal Periódicos da CAPES, sendo elas: *Lilacs*, *BVS*, *Cinahl*, *Pubmed* e *Web Of Science*. Utilizaram-se os descritores no idioma Português, Inglês e Espanhol: “Fadiga por Compaixão”; “*Compassion Fatigue*”; “Desgaste por Empatia” AND “Segurança do Paciente”; “*Patient Safety*”; “Seguridad del Paciente”, acompanhado do operador *booleano* “AND”.

A pesquisa ocorreu no período de maio a junho de 2022. Após as buscas e aplicação de filtros, os estudos foram exportados para o *software Rayyan*. Este *software* gratuito, foi desenvolvido para auxiliar os autores a realizar revisões de literatura de forma rápida, fácil e sistematizada (OUZZANI, 2016). De modo independente, duas pesquisadoras realizaram a leitura de todos os títulos e resumos encontrados, incluindo-os ou excluindo-os da RI, conforme os critérios. Ao final do processo, os artigos incluídos ou excluídos foram confrontados por uma terceira pesquisadora de modo independente e as discordâncias foram resolvidas por consenso.

A figura 1 apresenta o fluxograma de seleção dos artigos que compuseram a RI:

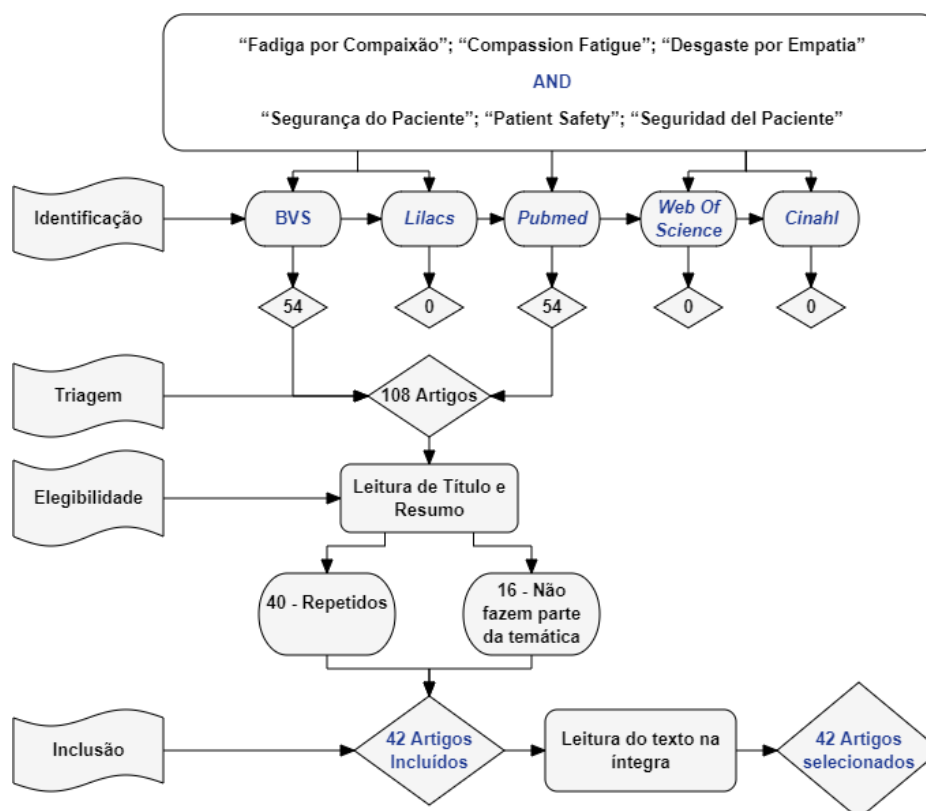


Figura 1- Fluxograma de Seleção dos Artigos

Fonte: Elaborado pelas autoras (2023).

A 4ª. Etapa iniciou com a leitura de todos os artigos selecionados na íntegra. A qualidade dos estudos, foi avaliada pelo referencial de Stetler *et al.*, (1998), subdividido em seis níveis de evidencia: Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; e Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Na sequência, os dados foram extraídos e organizados em tabelas elaboradas pelas autoras, contemplando características do estudo: título/referência/autoria; base de dados; objetivo do estudo; ano/país/idioma; desenho/tipo de estudo; grau de evidência; número de amostra/população; local do estudo; escalas utilizadas; abordagem da relação entre a Fadiga por Compaixão e a Segurança do Paciente; síntese dos resultados; e observações.

Ainda, na 4ª. Etapa e iniciando a 5ª. Etapa, realizou-se a ordenação e a sumarização de cada estudo. Neste momento buscou-se traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre o tema. E por meio desta síntese, permitir a geração de novos conhecimentos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008). A 6ª. Etapa contém a apresentação da revisão e síntese do conhecimento, a qual permitiu apresentá-los: incidência da Fadiga por Compaixão; causas e fatores de risco associados a sua ocorrência; sintomas, sentimentos e consequências do fenômeno; eventos adversos e segurança do paciente; e estratégias de enfrentamento e intervenções.

Na sequência da RI e com base dos resultados da QUAL iniciou-se o desenvolvimento do *Ebook*.

#### **4.4.2 Desenvolvimento do *Ebook***

O planejamento do *ebook* iniciou em agosto de 2021, durante a realização de reuniões no formato *online*, com a participação dos pesquisadores que fazem parte do HWOPI. Nestes encontros é utilizada a metodologia ativa *World Coffee*, cujo objetivo é promover um diálogo construtivo e enriquecedor, acessando a inteligência coletiva e criando possibilidades inovadoras de ação (CARVALHO, PINHEIRO, 2018).

O projeto HWOPI é coordenado pela Professora Doutora Elisabete Borges, da Escola Superior de Enfermagem do Porto e tem como objetivo contribuir para o desenvolvimento da Enfermagem do Trabalho e Saúde do Trabalhador, a promoção da saúde e prevenção da doença no local de trabalho e disseminação do conhecimento de caráter científico. Os pesquisadores que fazem parte do HWOPI atuam em instituições de Portugal, Espanha e do Brasil e integram o Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) e a Rede de Investigação em Saúde (RISE).

Primeiramente foi apresentado aos pesquisadores do *HWOPI* a proposta da construção de um *ebook* sobre prevenção e reconhecimento precoce da FC nos profissionais de saúde, temática que já vem sendo amplamente pesquisada em outros países. Durante este encontro e os encontros seguintes foi sugerido pelos participantes que o *ebook* contemplassem também outras temáticas de relevância que envolvem a saúde ocupacional.

O desenvolvimento de um livro em formato digital (*ebook*) tem como principal objetivo a disponibilização de um material prático, de fácil acesso ao leitor, que subsidie informações ao público-alvo facilitando a identificação precoce da FC e das suas dimensões, bem como as estratégias possíveis de enfrentamento a este fenômeno. Nesse sentido, o *ebook*

pode ser considerado uma TE devido a capacidade de mediar discussões e diálogos possibilitando que o público-alvo amplie sua leitura e seu conhecimento sobre a temática (TEIXEIRA, 2017, PADILHA, 2019).

Um *ebook* dispõe de recursos digitais que permitem alterações do tamanho da fonte, a realização de anotações, a possibilidade de sublinhar e/ou destacar o texto, além de ser compatível com as principais tecnologias móveis utilizadas atualmente, como telefones celulares, tablets e notebooks. (ARARUNA; PINHEIRO; CARNEIRO, 2012). A organização do conteúdo foi realizada seguindo uma hierarquização de ideias, formando uma unidade de significação coerente, coesa, fácil, compreensível e motivadora para o leitor (TEIXEIRA, 2005, SOUZA; MORAIS; VENTURA, 2021).

Considerando que as TE dinamizam o acesso a informações para diferentes públicos, destaca-se a relevância da elaboração e validação um *ebook* como ferramenta de saúde para ampliar o acesso à informação social e neste caso, viabilizar o reconhecimento acerca da FC.

Assim, o Público-alvo do *ebook* definido foram os profissionais de saúde, bem como potencialmente gestores, docentes e estudantes de licenciatura e de pós-graduação na área da saúde no trabalho.

O quadro abaixo ilustra as etapas para o desenvolvimento e validação do *Ebook*:

<b>Etapas</b>	<b>Descrição das etapas</b>
<b>1ª) Panejamento do <i>ebook</i></b>	Apresentação da proposta da construção de um <i>ebook</i> sobre prevenção e reconhecimento precoce da FC aos profissionais de saúde que integram o HWOPI; Sugestão de temáticas que poderiam ser contempladas no <i>ebook</i> ;
<b>2ª) Desenvolvimento do <i>ebook</i></b>	Definição que o <i>ebook</i> seria constituído de cinco seções, contemplando os seguintes tópicos: Fadiga por Compaixão nos Serviços de Saúde; Síndrome de <i>Burnout</i> e Estresse Ocupacional; Felicidade no Trabalho, Violência no trabalho e Programas de Promoção à Saúde do Trabalhador; Determinação de qual pesquisador ficaria responsável pela elaboração de cada capítulo. Definição das normas para formatação do <i>ebook</i> a fim de garantir a padronização dos capítulos da obra; Envio dos convites aos pesquisadores, via <i>email</i> , contendo o prazo de entrega dos capítulos. Padronização das referências bibliográficas no estilo Vancouver, correção de ortografia e pontuação.
<b>3ª) Validação Semântica</b>	Encaminhado aos juízes (público-alvo), selecionados por conveniência, via <i>email</i> o convite para participar da validação, após o aceite formal, foi enviado um documento via <i>google forms</i> com o instrumento de validação a ser analisado e preenchido e a tecnologia educacional em documento digital no formato <i>Portable Document Format</i> (PDF). Tabulado os dados por meio de uma planilha no excel; Calculado o Índice de Validade Semântica (IVS),
<b>4ª) Publicização e Socialização</b>	Posterior a defesa do TCC.

Quadro 1 - Etapas de elaboração do *ebook*

Fonte: Elaborado pelos autores (2023).

Após o planejamento do *ebook*, iniciou-se a etapa de desenvolvimento da obra, que ocorreu de forma concomitante às reuniões realizadas pelos pesquisadores do HWOPI. Durante estas reuniões definiu-se que o *ebook* seria constituído de cinco seções, contemplando os seguintes tópicos: Fadiga por Compaixão nos Serviços de Saúde; Síndrome de *Burnout* e Estresse Ocupacional; Felicidade no Trabalho, Violência no trabalho e Programas de Promoção à Saúde do Trabalhador. Além disso, foi determinado quais pesquisadores ficariam responsáveis pela elaboração de cada capítulo.



Nesta etapa, foi definido também, que a organização dos capítulos deveria seguir as seguintes normas para formatação e apresentação a fim de garantir a padronização da obra: o título do capítulo ficaria à critério dos autores, desde que estivessem dentro do contexto e temática idealizados; cada capítulo deveria conter no máximo seis páginas, quatro ilustrações e quinze referências bibliográficas (sugeriu-se uma escrita e linguagem de fácil compreensão, haja vista que o público-alvo eram os trabalhadores e profissionais de saúde de diferentes categoriais); seria aceito a participação de no máximo cinco autores por capítulo; o capítulo deveria conter título, introdução, objetivos, métodos, resultados e discussões ou desenvolvimento, conclusões ou considerações finais e referências; a fonte utilizada seria a Times New Roman; os títulos dos capítulos deveriam ser escritos em letra maiúscula e em negrito; as referências bibliográficas deveriam estar nas normas de Vancouver.

A figura abaixo ilustra as instituições envolvidas e remete ao financiador da TE, sendo esta a FAPESC.



Figura 2 – Instituições proponentes e financiadora do *ebook*  
Fontes: os autores (2023).

Com o intuito de formalizar a participação na construção do *ebook*, foi encaminhado para cada pesquisador um convite, via *email*, contendo as normas para elaboração dos capítulos e um prazo para que fossem entregues.

Após o recebimento dos capítulos foram revisadas questões como ortografia, pois algumas palavras do português de Portugal são escritas de maneira diferente do português no Brasil, pontuação, além da padronização das referências bibliográficas no estilo Vancouver.

#### 4.4.3 Validação Semântica do *Ebook*

A validação semântica do *ebook* foi realizada pelo público alvo da pesquisa e teve como finalidade verificar com os sujeitos que compõem a população para a qual o instrumento se destina, o nível de compreensão e aceitação dos termos, a relevância dos itens,

a existência de alguma dificuldade e a possível necessidade de adaptação (PASQUALI, 2010).

O público-alvo recebeu um instrumento já validado por Teixeira e Mota (2011) e que foi adaptado para este estudo (ANEXO IV). O instrumento é dividido em três partes; a primeira contende o TCLE e instruções a respeito da TE a ser analisada, na segunda, identificação da categoria profissional do participante da validação e na terceira questões específicas, organizadas em cinco blocos: I – Objetivos, com três questões; II – Organização, com cinco questões; III – Estilo da escrita, com quatro questões; IV – Aparência, com três questões; V – Motivação, com cinco questões. No término de cada bloco do instrumento foi deixado espaço em branco para que o avaliador pudesse escrever sugestões e contribuições, caso desejasse. Cada enunciado foi respondido por meio de escala *likert*, com valores de 1 a 4, sendo 1 para totalmente adequado, 2 para adequado, 3 para nem adequado e nem inadequado/não sei analisar, 4 para parcialmente adequado e 5 para inadequado.

Foi encaminhado por *email* e por meio do aplicativo do *WhatsApp*, aos juízes participantes da pesquisa, ou seja, selecionados por conviências, considerando domínio nos temas da obra, um convite para a realização da validação semântica do *ebook*, juntamente com o TCLE. Após o aceite formal, foi enviado um documento via *google forms* com o instrumento de validação a ser analisado e preenchido e a tecnologia educacional em documento digital no formato *Portable Document Format (PDF)*.

Após a análise dos questionários respondidos pelo público-alvo, foi calculado o Índice de Validade Semântica (IVS), que aponta a proporção dos participantes em concordância sobre a semântica do produto avaliado. O cálculo foi feito a partir da somatória das respostas “1” e “2” (totalmente adequado e adequado) de cada participante em cada item do questionário e divide-se esta soma pelo número total de respostas, como segue:

$$\text{IVS: } \frac{\text{número de respostas "1" e "2"}}{\text{número total de respostas}}$$

Os itens que recebem pontuação “4” ou “5” devem ser revisados ou eliminados. A taxa de concordância aceitável entre o público-alvo para validação deve ser no mínimo 0,70 ou 0,80 (TEIXEIRA; MOTA, 2011).

O conjunto de respostas obtidas após a análise dos instrumentos foram incluídos em uma planilha do Excel® e o *ebook* foi revisado e atualizado a partir das contribuições que foram recebidas.

#### 4.4.4 Publicização e Socialização

Após a avaliação da banca avaliadora, o *ebook* será encaminhado para editoração, que será realizada por uma gráfica, sendo que os custos serão subsidiados com os recursos da FAPESC. Editorar pode ser compreendido como o processo de administrar e preparar a divulgação das obras de natureza periódica e eventuais (SOUZA, 2017). Na editoração vários processos são executados: “(...) produção artística ou fotográfica, planejamento visual e gráfico, coordenação editorial, projeto gráfico, editoração eletrônica, diagramação, formatação, normalização, copidesque e revisão” (SOUZA, 2017, p. 15). Com o término desta etapa, *ebook* será disponibilizado para acesso irrestrito e livre na plataforma digital da UDESC e das instituições internacionais parceira no *HWOPI*. Além do *ebook*, o Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) ainda resultou em um capítulo no livro do MPEAPS/UDESC, um artigo para o Boletim Técnico científico do MPEAPS/UDESC e artigos científicos.

#### 4.5 CUIDADOS ÉTICOS

O estudo respeitou os aspectos éticos apresentados pelas Resoluções do Conselho Nacional de Saúde n. 466/2012 e n. 510/2016, o projeto foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa, aprovado pelo parecer nº 5.501.440/2022 (BRASIL, 2012; BRASIL, 2016) (ANEXO V).

O convite aos participantes foi feito via *email* e, em caso de interesse foi encaminhado o *link* para acesso ao Formulário Google, e posteriormente o *ebook*. Neste formulário inicialmente constou o TCLE, com a opção de concordar em participar da pesquisa. Em caso de concordância, foi possível acessar o formulário com as instruções e com os critérios para que a avaliação pudesse ser realizada.

Em todos os cenários onde a pesquisa foi realizada a assinatura do TCLE, foi realizada em duas vias, sendo que uma via ficou com o participante e a outra com o pesquisador. Foi esclarecido, ainda, que a colaboração dos profissionais era voluntária, facultativa e passível de desistência em qualquer momento, não gerando ônus ou ganhos financeiros. Foi salientado que os resultados desta pesquisa contribuiriam no âmbito da gestão do trabalho em saúde mental, tanto para os trabalhadores como para os gestores de saúde

Todos os achados desta pesquisa foram arquivados por tempo indeterminado e ficarão sob responsabilidade dos pesquisadores envolvidos. Somente os responsáveis terão acesso.

Os riscos durante a coleta das informações poderiam ser considerados médios, pois poderiam envolver desconfortos, sendo eles: exposição de sentimentos e percepções acerca da FC em seu ambiente de trabalho, dificuldades em lidar com as emoções suscitadas, incômodo com o tempo a ser dispensado para resposta aos instrumentos de pesquisa, relembrar episódios de desgaste sofridos, alterações na sua rotina de trabalho, por isso estavam livres os participantes para desistirem da pesquisa. Assim, durante a coleta dos dados, as pesquisadoras assumiram a responsabilidade de auxiliar, se do surgimento de qualquer constrangimento causado a integralidade, reelaborando as vivências, com atendimento de um profissional psicólogo, se necessário, o qual compôs a equipe de pesquisa.

Os participantes do estudo poderão acessar os resultados da pesquisa, como forma de devolutiva, por meio de manuscritos que serão produzidos e mediante acesso a tese que será disponibilizada no banco de teses e dissertações da Biblioteca Universitária da UDESC.

Os benefícios esperados contribuirão para o avanço científico, permitindo uma compreensão amplificada do fenômeno da FC, objetivando a reflexão, bem como, proposição e desenvolvimento de melhorias para a saúde do trabalhador e conseqüentemente, assistência de maior qualidade prestada ao usuário.

No momento da realização da pesquisa, foi realizada a leitura e a entrega do TCLE, o qual destacou os possíveis riscos e benefícios da pesquisa, sendo que o participante permaneceu com uma via do documento, nos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Esse foi elaborado em duas vias, uma retida pelo sujeito da pesquisa, e outra arquivada pelo pesquisador. Ambas foram assinadas pelo pesquisador responsável e pelos adultos pesquisados.

As informações obtidas por intermédio da coleta de dados foram utilizadas para alcance dos objetivos propostos, bem como para a composição do relatório de pesquisa e elaboração de artigos científicos.

Durante todas as fases da pesquisa, a confidencialidade do indivíduo e o sigilo dos dados foram preservados. Para preservar o anonimato dos participantes, estes foram codificados como: Enfermeiro (E), Médico (M), Auxiliar (AE), Técnico de Enfermagem (TAE).

Os achados serão arquivados pelos pesquisadores do estudo por tempo indeterminado, tendo em vista o potencial de acompanhamento das realidades pesquisadas e futuras publicações sobre o tema, sendo também utilizados pelos membros da pesquisa *HWOPI*.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Considerando a sequência metodológica que culminou na produção do *Ebook*, apresenta-se em apêndice os resultados da etapa QUAN no formato de artigo (APÊNDICE I), em apreciação em periódico, neste capítulo do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) a RI e na sequência o *Ebook*: “*HEALTH WORK INTERNACIONAL: teorias e vivências para a saúde ocupacional*”.

### 5.1 REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

#### **Fadiga por Compaixão e Segurança do Paciente: uma revisão integrativa Compassion Fatigue and Patient Safety: an integrative review**

**Resumo:** Os serviços de saúde são locais que exponenciam inúmeros riscos à saúde dos seus trabalhadores, entre eles, destaca-se a Fadiga por Compaixão. O estudo objetiva analisar como a literatura científica discute a Fadiga por Compaixão e sua relação com a segurança do paciente nos serviços de saúde. Trata-se de uma Revisão Integrativa da Literatura, desenvolvida em cinco bases de dados: *Lilacs*, *BVS*, *Cinahl*, *Pubmed* e *Web Of Science*, utilizando-se os descritores Fadiga por Compaixão AND Segurança do Paciente, nos idiomas Português, Inglês e Espanhol, publicados entre 2010 e 2022. A amostra final foi constituída por 42 artigos. Os resultados permitem conhecer a incidência da Fadiga por Compaixão entre trabalhadores da saúde; causas e fatores de risco associados à sua ocorrência; sintomas, sentimentos e consequências; eventos adversos e impactos na segurança do paciente; e estratégias de enfrentamento e intervenções. A Fadiga por Compaixão afeta a qualidade de vida do trabalhador e pode impactar negativamente no atendimento ao paciente e nos resultados da organização. Faz-se necessário acompanhar esse fenômeno para que as organizações, instituições e trabalhadores possam melhor identifica-lo e conduzi-lo, proporcionando deste modo, medidas efetivas de prevenção no ambiente laboral.

**Palavras-chave:** Fadiga por compaixão; Segurança do paciente; Serviços de saúde; Saúde do trabalhador.

**Abstract:** Health services are places that expose numerous risks to the health of their workers, among which, Compassion Fatigue stands out. This study aims to analyze how the scientific literature discusses Compassion Fatigue and its relationship with patient safety in health services. This is an Integrative Literature Review, developed in five databases: *Lilacs*, *VHL*, *Cinahl*, *Pubmed* and *Web Of Science*, using the descriptors Compassion Fatigue AND Patient Safety, in Portuguese, English and Spanish, published between 2010 and 2022. The final sample consisted of 42 articles. The results allow us to know the incidence of Compassion Fatigue among healthcare professionals; causes and risk factors associated with its occurrence; symptoms, feelings and consequences; adverse events and impacts on patient safety; and strategies and interventions to address the situation. Compassion Fatigue affects the quality of life of workers and can negatively impact patient care and organizational

outcomes. It is necessary to monitor this phenomenon so that organizations, institutions and workers can better identify and manage it, thus providing effective preventive measures in the workplace.

**Keywords:** Compassion Fatigue; Patient Safety; Health Services; Occupational Health

## INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde são considerados locais que exponenciam diversas ameaças e riscos aos trabalhadores <sup>(1)</sup>. Isso devido à complexidade das demandas de saúde, a frequente exposição às perdas, sofrimento, violência e outras situações que tipificam este cenário <sup>(2)</sup>, pois os profissionais são submetidos a situações cognitivas e emocionais complexas e, por vezes, necessitam ocultar seus sentimentos, assumir um intenso ritmo de trabalho e, assim, permanecem expostos a riscos psicossociais relacionados ao contexto laboral <sup>(3)</sup>.

Além disso, o trabalho em saúde gera sentimentos ambíguos, que podem levar a satisfação ou a fadiga <sup>(2)</sup>. A Satisfação por Compaixão (SC) é conceituada como a gratificação proporcionada pelo ato de cuidar de pessoas em situações de sofrimento <sup>(4)</sup>. Já o resultado progressivo e cumulativo de situações estressantes, pode fazer com que o profissional tenha dificuldade em lidar de modo saudável com esse sofrimento, o que conseqüentemente, leva à Fadiga por Compaixão (FC) <sup>(5)</sup>. Este fenômeno é caracterizado como um estado de exaustão biológica, psicológica e social, resultante do processo de cuidar daqueles que sofrem <sup>(4)</sup>. Ainda, o fenômeno é resultante da combinação entre a síndrome de *Burnout* (BO), Estresse Traumático Secundário (ETS) e reduzida SC <sup>(4)</sup>.

O BO é definido como um fenômeno ocupacional, causado por níveis de estresse elevados, causando o estado de exaustão emocional, despersonalização e sentimentos de falta de realização profissional <sup>(6)</sup>. Já o ETS é caracterizado como uma síndrome ocupacional oriunda do estresse causado pela exposição a incidentes vivenciados por terceiros <sup>(4)</sup>. Por outro lado, quando os profissionais atuantes nos serviços de saúde sentem-se valorizados e estão satisfeitos com suas relações interpessoais e laborais, a SC atua como um fator protetor da FC <sup>(4)</sup>.

Com a chegada da pandemia causada pela COVID-19, tanto a saúde do trabalhador, quanto a segurança do paciente foram ameaçados <sup>(7)</sup>. Na medida em que profissionais experienciam circunstâncias causadas pelo estresse secundário, a ocorrência da FC potencialmente, pode ter aumentado e a SC ter reduzido.

As consequências do “custo de cuidar” afetam a forma com que o trabalhador enxerga o mundo e diminuem a sensação de segurança, a capacidade e o interesse em atuar de modo empático, aumentando a anedonia e implicando negativamente na sua relação com a organização, com a sociedade e, principalmente, no cuidado prestado <sup>(8)</sup>. Nesta última, tem-se os impactos relacionados à segurança do paciente, o aumento de erros, a prestação de cuidados de má qualidade, o abandono da profissão e a escassez de profissionais da saúde <sup>(9)</sup>. A segurança do paciente está relacionada à redução dos riscos e danos associados ao cuidado, a um nível mínimo aceitável <sup>(10)</sup>. Já a Cultura de Segurança do Paciente é caracterizada por valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento dos trabalhadores, relacionados às práticas seguras e diminuição de incidentes dentro de uma organização <sup>(10)</sup>.

Considerando a relevância do tema e o interesse em olhar para os profissionais que atuam nos serviços de saúde, bem como, para a população que necessita deste tipo de atendimento, o estudo analisou como a literatura científica discute a FC e sua relação com a segurança do paciente nos serviços de saúde.

## **METODOLOGIA**

Revisão Integrativa da Literatura (RI), considerada uma abordagem metodológica ampla, que permite a inclusão de estudos quantitativos e qualitativos, proporcionando a compreensão integral de um fenômeno analisado <sup>(11)</sup>. Consiste na compreensão de conceitos complexos, como o da FC e a sua relação com a segurança do paciente, e gera um panorama consistente do fenômeno. Deste modo, tem como contribuições identificar os “nós críticos” e desenvolver estratégias de prevenção da FC, além de encontrar a melhor evidência acerca do assunto e aplicá-la na prática dos cuidados em saúde <sup>(11)</sup>.

Para condução da RI, desenvolveu-se um protocolo, revisado por dois pesquisadores especialistas no método. Foi definida a questão de pesquisa: o que trata a literatura científica acerca da relação entre a FC entre profissionais de saúde e a Segurança do Paciente/doente? Na sequência, definiram-se como critérios de inclusão: artigos de estudos primários que abordem a questão de investigação; estudos envolvendo profissionais atuantes nos serviços de saúde, publicados na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, entre os anos de 2010 e maio de 2022 (este período foi escolhido intencionalmente, visto que justifica os marcos históricos compostos pelo desenvolvimento da ferramenta que avalia o fenômeno da FC, denominada como *Professional Quality of Life - ProQOL5* <sup>(12)</sup>. Foram excluídos estudos duplicados e ainda, artigos que não contemplavam a temática ou não responderam à pergunta norteadora.

Cinco bases de dados foram acessadas pelo portal Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de nível Superior (CAPES), foram: *Lilacs*, *BVS*, *Cinahl*, *Pubmed* e *Web Of Science*. Utilizaram-se os descritores nos idiomas Português, Inglês e Espanhol: “Fadiga por Compaixão”; “*Compassion Fatigue*”; “Desgaste por Empatia” e AND “Segurança do Paciente”; “*Patient Safety*”; “*Seguridad del Paciente*”, separados pelo operador booleano “AND”.

A pesquisa ocorreu no período de maio a junho de 2022. Após as buscas e aplicação de filtros, os estudos foram exportados para o *software Rayyan*. Este *software* gratuito, foi desenvolvido para auxiliar os autores a realizar revisões de literatura de forma rápida, fácil e sistematizada<sup>(15)</sup>. De modo independente, duas pesquisadoras realizaram a leitura de todos os títulos e resumos encontrados, incluindo-os ou excluindo-os da RI, conforme os critérios. Ao final do processo, os artigos incluídos ou excluídos foram confrontados por uma terceira pesquisadora de modo independente e as discordâncias foram resolvidas por consenso.

A figura 1 apresenta o fluxograma de seleção dos artigos que compuseram a RI.

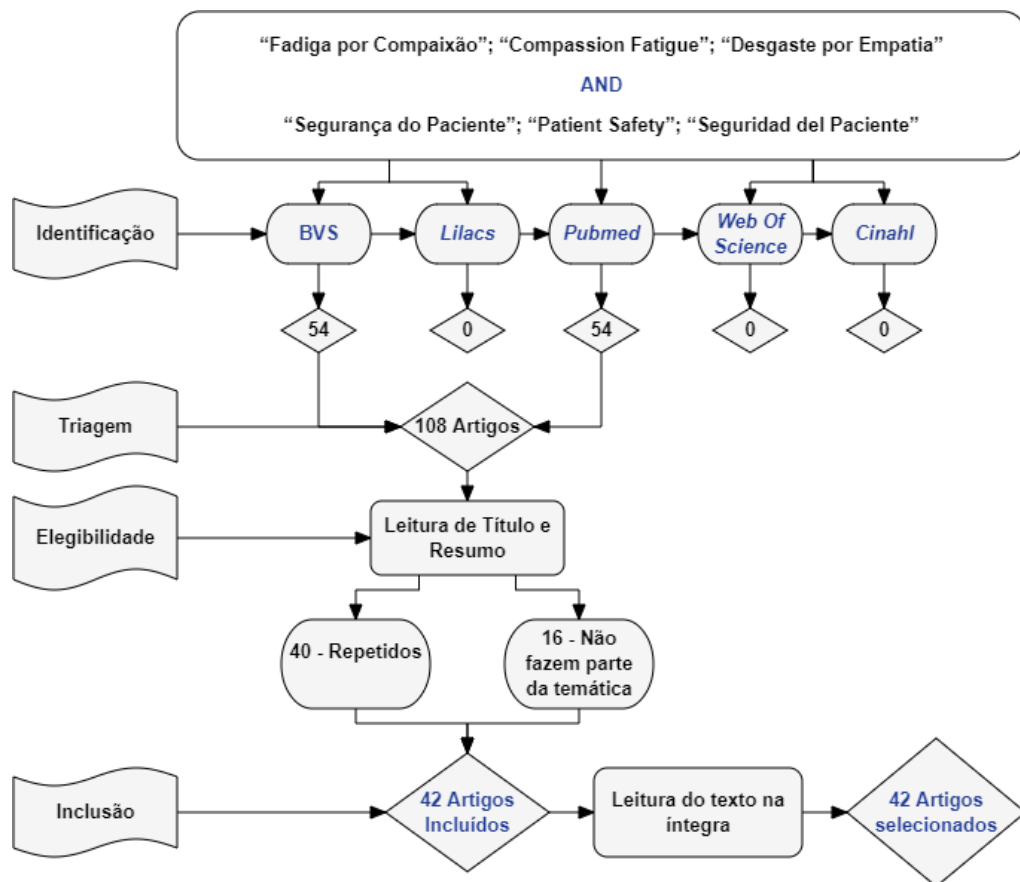


Figura 1 - Fluxograma de Seleção dos Artigos, 2022.  
Fonte: Elaborado pelas autoras.



Todos os artigos selecionados foram lidos, na íntegra. A qualidade dos estudos, foi avaliada pelo referencial <sup>(14)</sup>, subdividido em seis níveis de evidência: Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados; Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental; Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais; Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa; Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência; e Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

Os dados foram organizados em tabelas, contemplando: título/referência/autoria; base de dados; objetivo do estudo; ano/país/idioma; desenho/tipo de estudo; grau de evidência; número de amostra/população; local do estudo; escalas utilizadas; abordagem da relação entre a Fadiga por Compaixão e a Segurança do Paciente; síntese dos resultados; e observações.

Por fim, realizou-se a ordenação e a sumarização de cada estudo. Buscou-se traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre o tema e, por meio desta síntese, foram gerados novos conhecimentos <sup>(12)</sup>. A seguir, apresenta-se a revisão e síntese do conhecimento, contendo: incidência da Fadiga por Compaixão; causas e fatores de risco associados à sua ocorrência; sintomas, sentimentos e consequências do fenômeno; eventos adversos e segurança do paciente; e estratégias de enfrentamento e intervenções.

## RESULTADOS

A amostra final foi constituída por 42 artigos dentre os quais 73,8% (n=31) foram localizados na base de dados BVS e 26,2% (n=11) na *Pubmed*. As demais bases de dados não apresentaram resultados. A Tabela 1 apresenta todos os manuscritos selecionados.

*Tabela 2 - Artigos incluídos na Revisão Integrativa, 2022*

<b>Estudo n°</b>	<b>Título</b>
<b>1</b>	Paediatric nurses' burnout, quality of life and perceived patient adverse events during the COVID-19 pandemic: Testing an integrated model using structural equation modelling (Khatatbeh H, et al, 2021).
<b>2</b>	Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic (Leodoro J, Labrague J, 2021).
<b>3</b>	Quality of professional life of primary healthcare nurses: A systematic review (Jiménez LC, et al, 2022)
<b>4</b>	A National Survey of Secondary Traumatic Stress and Work Productivity of Emergency Nurses Following Trauma Patient Care (Jobe JA, et al, 2021).
<b>5</b>	Frontline interdisciplinary clinician perspectives on caring for patients with

	COVID-19: a qualitative study (Rao H, et al, 2021).
6	The effect of the clinical nurses' compassion levels on tendency to make medical error: A cross-sectional study (Sabanciogullari S, et al 2021).
7	Wellbeing, burnout, and safe practice among healthcare professionals: predictive influences of mindfulness, values, and self-compassion (Prudenzi A, et al, 2022).
8	Clinician Emotions Surrounding Pediatric Oncology Patient Deterioration (Graetz ED., et al., 2021)
9	Nurses' physical activity exploratory study: Caring for you so you can care for others (Bhibha M., Adams C, 2021).
10	Secondary Traumatic Stress in Ob-Gyn: A Mixed Methods Analysis Assessing Physician Impact and Needs (Krupe A, et al, 2021).
11	Effects of compassion competence on missed nursing care, professional quality of life and quality of life among Korean nurses (Kim C, Lee Y, 2020).
12	<u>A cross-sectional examination of factors associated with compassion satisfaction and compassion fatigue across healthcare workers in an academic medical centre</u> (Okoli CTC, et al, 2020).
13	Personal characteristics, coping strategies, and resilience impact on compassion fatigue in critical care nurses: A cross-sectional study (Alharbi J, Jackson D, Usher K, 2020).
14	Association between workplace bullying and burnout, professional quality of life, and turnover intention among clinical nurses (Kim Y, Lee E, Lee H, 2020).
15	Compassion Fatigue and Satisfaction: Influence on Turnover Among Oncology Nurses at an Urban Cancer Center (Wells DD, Giese J, Price J, 2019).
16	The Role of the Nurse Educator in Sustaining Compassion in the Workplace: A Case Study From an Intensive Care Unit (Strube P, et al, 2018).
17	The Business, Ethics, and Quality Cases for Consumer Engagement in Nursing (Hassmiller S, Bilazarian A, 2018).
18	Exploration of the Association between Nurses' Moral Distress and Secondary Traumatic Stress Syndrome: Implications for Patient Safety in Mental Health Services (Christodoulou-Fella M, et al, 2017).
19	Fatigue: Has It Affected Your Compassion? (Greiner, BS, Poskey GA, 2017).
20	Nurse Engagement: What are the Contributing Factors for Success? (Dempsey C, Reilly B, 2016).
21	Compassion fatigue among pediatric healthcare providers (Branch C, Klinkenberg D, 2015).
22	Compassion, compassion fatigue, and burnout: key insights for oncology professionals (Anthony L, Back PF, Deignan, PA, 2014).
23	Stress Levels of Nurses in Oncology Outpatient Units (Woonhwa K, Kiser-Larson, N, 2016).
24	Workplace Blame and Related Concepts: An Analysis of Three Case Studies (Davidson, J, Agan D, Chakedis S, 2015).
25	Concept analysis: compassion fatigue and effects upon critical care nurses (Jenkins B B, Warren, NA, 2012).
26	Occupational stress amongst audiologists: compassion satisfaction,

	compassion fatigue, and burnout (Severn M, Searchfield G, Huggard P, 2012).
<b>27</b>	Reflecting on the concept of compassion fatigue (Sabo B, 2011).
<b>28</b>	Countering compassion fatigue: a requisite nursing agenda (Boyle D, 2011).
<b>29</b>	Compassion fatigue: a nurse's primer (Lombardo B, Eyre C, 2011).
<b>30</b>	Coping and resilience factors in pediatric oncology nurses (Zander M, Hutton A, King L, 2010).
<b>31</b>	Compassion fatigue: experiences in occupational health, human resources, counselling and police (Noreen T, 2010).
<b>32</b>	National initiatives to promote quality of care and patient safety: achievements to date and challenges ahead (Dreier D, et al, 2020).
<b>33</b>	The Influence of Burnout on Patient Safety Management Activities of Shift Nurses: The Mediating Effect of Compassion Satisfaction (Ryu IS, Shim J, 2021).
<b>34</b>	Compassion fatigue and satisfaction: a cross-sectional survey among US healthcare workers (Smart D, et al, 2014).
<b>35</b>	Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among family physicians in the Negev area - a cross-sectional study (El-Bar N, Levy A, Wald HS, Biderman A, 2013).
<b>36</b>	Effectiveness of a One Day Self-Compassion Training for Pediatric Nurses' Resilience (Franco PL, Christie LM, 2021).
<b>37</b>	Second Victim Experience among OBGYN Trainees: What Is Their Desired Form of Support? (Torbenon VE, et al, 2021).
<b>38</b>	Association of Burnout with Emotional Coping Strategies, Friendship, and Institutional Support Among Internal Medicine Physicians (Doolittle BR, 2021).
<b>39</b>	Care for Dying Children and Their Families in the PICU: Promoting Clinician Education, Support, and Resilience (Dryden-Palmer K, et al, 2018).
<b>40</b>	The Emotional Cost of Caring for Others: One Pediatric Hospital's Journey to Reduce Compassion Fatigue (Walden M, et al., 2018).
<b>41</b>	The relationship between workplace violence, perceptions of safety, and Professional Quality of Life among emergency department staff members in a Level 1 Trauma Centre (Copeland D, Henry M, 2018).
<b>42</b>	Structural equation modeling on burnout in clinical nurses based on CS-CF model] (Kim HJ, Yom YH, 2014).

Fonte: Banco de dados das autoras.

Em relação ao ano de publicação, 59,51% dos estudos foram realizados entre 2018 e 2021, contudo, durante todo o período pesquisado, houve publicações acerca da temática.

Todos os artigos encontrados foram publicados no idioma inglês. Dentre os países da investigação, destaca-se os Estados Unidos da América (47,61% das pesquisas). Ainda, Coreia do Sul (9,52%), Israel (4,76%), Jordânia (2,38%), Filipinas (2,38%), Turquia (2,38%), Inglaterra (2,38%), Guatemala (2,38%), Chipre (2,38%), Arábia Saudita (2,38%), Austrália (2,38%) e Nova Zelândia (2,38%), também publicaram sobre o fenômeno. Em 16,66% dos artigos, o país não foi identificado.

Sobre o público-alvo dos estudos, 57,14% dos participantes eram enfermeiros, seguidos da equipe multidisciplinar (23,80%), médicos (11,90%) e fonoaudiólogos (2,38%). Em 4,76% dos estudos o público-alvo não foi identificado.

Quanto ao local de estudo, 59,52% (n=25) foram realizados em centros hospitalares, 11,90% (n=5) em clínicas e ambulatórios, 9,52% (n=4) em serviços de saúde em geral, 7,14% (n=3) na Atenção Primária à Saúde.

O desenho e tipo de estudo apresentaram seis tipologias, sendo em sua maioria quantitativo/transversal (n=24/57,14%), seguido do qualitativo/reflexão teórica (n=8/19,04%), qualitativo (n=4/9,52%), revisões de literatura (n=3/7,14%), misto (n=2/4,76%) e quantitativo/quase experimental (n=1/2,38%). A maioria das investigações (n=14/53,84%) utilizou a escala *Professional Quality of Life (PROQOL)*<sup>(14)</sup>.

Em relação ao nível de evidência, a maior parte dos estudos (n=26/61,90%) foram incluídos no nível 2. As demais investigações, compuseram os níveis 3 (n=1/2,38%), 4 (n=7/16,66%) e 5 (n=8/19,04%), respectivamente.

Os principais achados de cada estudo foram subdivididos em cinco categorias temáticas, sendo elas: incidência da FC; causas e fatores de risco associados à ocorrência de FC; sintomas, sentimentos e consequências relacionados ao fenômeno; eventos adversos e segurança do paciente; estratégias de enfrentamento e intervenções da FC.

Dois estudos avaliaram os índices de FC nos serviços, variaram entre 38,5% (nº 2) e 46,1% (nº 35), respectivamente. Em relação ao BO, os índices moderados a alto variaram entre 32% a 65% dos participantes (nº 11, 22, 40, 15, 1). Apenas um estudo (nº 35), apresentou níveis de BO diminuídos (9,4% dos participantes). Já em relação ao ETS, em seis estudos, os níveis elevados do fenômeno variaram entre 33% e 75% dos participantes (nº 38, 4, 22, 15, 37, 10). Níveis de baixa satisfação por compaixão foram observados em oito estudos, variando entre 20% e 50% dos participantes (nº13, 22, 14, 35, 11, 38, 40, 15).

Dentre as principais causas de risco associadas ao fenômeno, identifica-se fatores sociodemográficos: sexo, idade, qualidade de sono e prática de exercícios físicos. Já os fatores laborais, foram relacionados a: carga de trabalho, violência laboral, experiência profissional, setor, gestão dos serviços e relações interpessoais e contato com pacientes.

Dos estudos selecionados, quatro relacionaram o fenômeno à variável sexo. Em dois (nº 13, 41) o sexo masculino foi significativamente associado ao BO e ao ETS, respectivamente. Em contrapartida, nos estudos nº 35 e 38 identificaram risco aumentado de BO e ETS no sexo feminino. Outra variável significativa em sete estudos (nº 12, 21, 23, 26, 38, 40, 41) foi a idade. A idade acima de 50 anos foi correlacionada com pontuações mais

baixas de BO e mais altas de SC. Em apenas um destes estudos (nº 21), a SC, BO e ETS não diferiram por idade.

Em relação ao sono, dois estudos (nº 12, 34) mostraram que a boa qualidade está associada a menores escores de BO. Já a atividade física foi descrita em três estudos (nº 9, 33, 38). Profissionais de saúde ativos apresentaram menor FC do que os inativos. Além disso, estes têm níveis mais baixos de estresse, melhor saúde mental e níveis mais baixos de esgotamento ocupacional. Ainda, o exercício (três vezes por semana durante 20 min) foi associado com menor desgaste e maior SC.

Dentre os fatores laborais, destaca-se a carga de trabalho, evidenciada em nove estudos (nº 3, 5, 7, 9, 17, 20, 23, 26, 42). As maiores fontes de estresse e o preditor mais forte para baixa SC e elevado BO estão relacionadas às altas cargas de trabalho, como horas extras e plantões, sobrecarga de responsabilidades, a duração dos turnos e a pressão pela resolutividade. Uma investigação (nº14) mostrou que profissionais com trabalho em turnos rotativos apresentam significativamente menor SC e maior FC do que profissionais que atuam em tempo integral.

A ocorrência da violência no ambiente laboral é outro fator que potencializa o risco da FC. Cinco estudos (nº1, 12, 14, 18, 41) demonstraram que vivenciar a violência no trabalho implica menores SC e aumento da BO. O *bullying* ou assédio moral apresentou efeitos significativos na exaustão emocional, despersonalização, ETS, FC e intenção de rotatividade.

Outro fator relevante é a experiência profissional, descrita em quatro estudos (nº13, 14, 21, 23). Quanto maior for o tempo de experiência profissional, maiores serão os índices de SC e menores os de FC. Já o setor de trabalho aparece em quatro pesquisas (nº13, 21, 23, 34). Trabalhadores atuantes na Unidade de Terapia Intensiva apresentam pontuações mais baixas de SC e pontuações mais altas de BO e ETS. Exaustão emocional foi significativamente maior para quem trabalhava no ambulatório do que aqueles que atuam na internação.

A gestão dos serviços e as relações interpessoais foram destaque em cinco estudos (nº 1, 20, 22, 35, 38). O apoio dos colegas de trabalho diminui a ocorrência de BO e amplia a qualidade de vida no trabalho. Em contrapartida, o conflito entre médicos e outros profissionais é fator adicional de estresse. Reconhecimento do trabalho realizado, salário mensal, educação continuada, apoio institucional, liderança, empatia, confiança, suporte, trabalho em equipe e comunicação, foram associados a menores níveis de estresse e maior SC.

O contato com pacientes em sofrimento foi revelado em cinco estudos (nº 8, 19, 26, 27, 34) e se mostrou potencializador dos riscos da FC. As investigações mostraram que

emoções vivenciadas ao cuidar do outro contribuem para a FC. Trabalhar com pacientes que estão com dor, sofrimento ou no final da vida afeta a saúde psicossocial e o bem-estar dos profissionais de saúde.

Em relação às principais consequências, sintomas e sentimentos ocasionados pela FC, doze artigos (nº 2, 4, 5, 8, 10, 12, 15, 24, 25, 29, 31, 40) realçaram a ocorrência de hiperexcitação, negativamente correlacionada com as demandas cognitivas de lidar/gerenciar a carga de trabalho. Além disso, sentimentos frequentes de exaustão emocional, sensação de ineficácia, despersonalização, diminuição da empatia e paciência, intenção de rotatividade ou abandono de emprego, preocupação, frustração, estresse, medo, falta de confiança e arrependimento, sensação de não ter feito um bom trabalho, falta de realização, ansiedade, ruminação, culpa, distúrbios do sono, alterações de humor e atendimento negativo ao paciente.

Ainda, 19 estudos (nº 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 10, 11, 16, 17, 24, 25, 28, 32, 33, 34, 35) relacionam o fenômeno da FC com a segurança do paciente. Dentre as principais temáticas, destacam-se a ocorrência de eventos adversos, erros de medicação, pior qualidade do cuidado, redução de produtividade e atenção, falta de cuidados compassivos, desconexão com os pacientes, desengajamento com a equipe, diminuição da paciência e empatia ao prestar o cuidado, prática insegura e com qualidade diminuída.

Profissionais com pontuações mais baixas de BO são mais capazes de relatar os eventos adversos, como erros de medicação (nº 1). Já o aumento da FC foi associado a pior qualidade do cuidado prestado (nº 2). Ainda, à medida que o nível de compaixão dos profissionais aumenta, sua tendência a realizar erros médicos diminui (nº 6). A SC atua como efeito mediador e auxilia no gerenciamento da segurança do paciente (nº 33).

A revisão identificou 14 estudos (nº 1, 2, 4, 13, 15, 23, 29, 30, 31, 32, 37, 38, 39, 40) relacionados às estratégias de prevenção e enfrentamento da FC. Dentre os principais achados, destacam-se ações institucionais e gerenciais de melhorias na qualidade de vida no trabalho, disseminação de informação/conhecimento, práticas de educação permanente e continuada, mediação de conflitos, tempo e oportunidade para o trabalhador refletir acerca das experiências vivenciadas, incentivo às notificações de erros e eventos adversos, fomento da cultura não punitiva e resiliência. A resiliência foi associada positivamente com a qualidade do cuidado prestado e à satisfação no trabalho, reduzindo ainda, os efeitos da FC, a rotatividade e intenção de abandonar o emprego (nº 2).

Já em relação às ações coletivas, os estudos (nº 16, 17, 22, 31, 36, 37, 38, 40) deram ênfase ao apoio de colegas de trabalho e amigos, além do papel dos gestores e líderes no

incentivo às suas equipes. Individualmente as ações destacadas foram as relacionadas a verbalização, reconhecimento dos sintomas, práticas reflexivas, aceitação, planejamento estratégico e plano pessoal de cuidado, autocuidado, prática de exercícios físicos, meditação, relaxamento, psicoterapia e qualificar as relações interpessoais.

Ainda, em artigos (nº 7, 9, 16, 17, 22, 36) discutiram intervenções baseadas em *mindfulness*, prática de exercícios físicos, “cafés de compaixão”, programas de engajamento e trabalho em equipe e treinamento de facilitadores de resiliência.

Um programa de treinamento fornece aos enfermeiros conhecimentos e habilidades para aumentar sua resiliência e apoiar seu bem-estar emocional e qualidade de vida no trabalho. Os participantes da intervenção exibiram aumentos significativos nos sentimentos de autocompaixão, compaixão, resiliência e SC, com reduções significativas no esgotamento, ansiedade e estresse, em comparação com o grupo sem intervenção (nº 36).

## **DISCUSSÕES**

### **Incidência da Fadiga por compaixão**

Caracterizada por uma série de emoções e comportamentos do cuidador em relação a pessoa cuidada, o desenvolvimento da FC se apresentou como um terreno fértil em um dos estudos <sup>(11)</sup>, uma vez que os participantes relataram ter SC muito baixa. Além disso, notou-se que os enfermeiros da linha de frente sofreram fadiga por compaixão média alta durante a segunda onda da pandemia <sup>(2)</sup>, o que coaduna com os achados de outra investigação <sup>(15)</sup>, que considera a FC como uma das maiores ameaças à saúde mental dos profissionais da saúde pela exigência e contato frequente com situações traumáticas. Tais constatações diferem dos resultados encontrados em outra pesquisa <sup>(8)</sup> que mediu os níveis de FC, esgotamento e satisfação entre enfermeiros de cuidados intensivos e de emergência, em que os enfermeiros relataram níveis baixos a médios de BO e ETS. Tais achados destoam dos resultados encontrados na literatura <sup>(16)</sup> que revelam que a maioria dos enfermeiros em unidades de terapia intensiva apresentava níveis moderados a altos de BO.

### **Causas e fatores de risco associados à ocorrência de FC**

As exigências complexas do trabalho somadas as atitudes empáticas e aos desafios de prestar assistência as pessoas colocam o profissional em elevado nível de estresse, o que pode

contribuir para o surgimento da FC <sup>(5)</sup>. Compreendida como o resultado de um processo progressivo e cumulativo, que é causado pelo contato contínuo, intenso e prolongado com os pacientes cuja demanda é o sofrimento <sup>(2)</sup>, a FC, geralmente, acomete profissionais de saúde que absorvem o estresse traumático daqueles que cuidam. Suas causas são multifatoriais e podem estar relacionadas tanto a sobrecarga tanto de trabalho, quanto de responsabilidades adicionais ao trabalho, exaustão, agravados por estressores da vida pessoal <sup>(17)</sup>.

### **Sintomas, sentimentos e consequências relacionados à FC**

A compaixão é uma característica intrínseca do trabalho do profissional da saúde e um elemento central no desencadeamento de sintomas, sentimentos e consequências relacionados à FC <sup>(2,18)</sup>, que podem influenciar negativamente a satisfação no trabalho <sup>(19)</sup>, além de suscitar sobrecarga emocional, exaustão, esgotamento e dificuldades de lidar com demandas cognitivas, além de gerenciar a carga de trabalho <sup>(20)</sup>. Eventos de deterioração do paciente estimulam sentimentos de preocupação, frustração, estresse, medo, falta de confiança e arrependimento o que igualmente, pode contribuir para o desencadeamento da FC <sup>(21)</sup>.

A FC exige dos profissionais um trabalho cognitivo complexo, o que ora provoca fatores como ansiedade, culpa <sup>(22)</sup> e distúrbios do sono <sup>(22)</sup>. A sensação de não ter feito um bom trabalho e falta de realização foi correlacionada em um dos estudos com ansiedade e depressão <sup>(23)</sup>.

Reconhecendo as sequelas emocionais potencialmente graves às quais os profissionais estão expostos, a FC pode contribuir ainda para a intenção de rotatividade <sup>(24)</sup>, afetando o ambiente de trabalho, diminuindo a produtividade <sup>(25)</sup>.

Outrossim, o BO contribui para o surgimento de problemas emocionais prolongados e relacionados ao trabalho e estressores interpessoais e resulta em exaustão, despersonalização e sensação de ineficácia <sup>(26)</sup>. A FC foi compreendida como “o sentir a dor do mundo” <sup>(5, 28)</sup>.

### **Eventos adversos e segurança do paciente**

A literatura revelou que são inúmeros os eventos adversos <sup>(22)</sup> na interface com a segurança do paciente. Estes foram relacionados a escores de BO <sup>(28)</sup>, uma vez que profissionais com pontuações mais baixas para a síndrome estão mais suscetíveis a erros de medicação, além de que, quanto maior o BO, menor a atividade de gerenciamento de



segurança do paciente. Além disso, o aumento da FC foi associado a pior qualidade do cuidado <sup>(19)</sup>.

As organizações de saúde devem se sensibilizar para abordar a qualidade de vida profissional para melhorar o bem-estar dos profissionais e, conseqüentemente, a segurança dos pacientes <sup>(19)</sup>. Tanto o esgotamento, quanto a FC são formas de estresse relacionado ao trabalho mais comumente observadas em ocupações que envolvem o cuidado de outros <sup>(28)</sup>. Se a FC não for cuidada em suas fases iniciais, ela pode alterar permanentemente a capacidade de um cuidador prestar cuidados compassivos <sup>(29)</sup>. Isso acontece porque o profissional desenvolve empatia, laço afetivo, além de uma compreensão do estado em que a pessoa cuidada está se encontrando, o que acaba desenvolvendo uma série de sintomas e de pensamentos, que não são percebidos pelo profissional acaba por provocar o estado de exaustão, que geralmente ocorre quando os profissionais decidem por buscar ajuda. Paradoxalmente, o profissional abandona a sua vida para cuidar da vida do outro <sup>(30)</sup>.

### **Estratégias de enfrentamento e intervenções da FC**

As estratégias de enfrentamento (*coping*), abrangem um conjunto de medidas que podem ser utilizadas pelos profissionais de saúde para reduzir os sintomas causados pela FC, pois situações estressoras são uns dos principais riscos ao bem-estar psicossocial dos trabalhadores <sup>(2,31)</sup>. A utilização dessas estratégias é importante para manter o equilíbrio dos recursos pessoais e das demandas e necessidades individuais, auxiliando o trabalhador a recuperar em curto espaço de tempo, o seu bem-estar e funcionalidade laboral <sup>(32)</sup>.

Dentre as estratégias de enfrentamento à FC, a resiliência tem sido identificada como um fator essencial de proteção contra os efeitos mentais e psicológicos nocivos à saúde do trabalhador. Os profissionais de saúde que apresentam altos níveis de resiliência tendem a incorporar o otimismo, esperança, autocuidado e flexibilidade, podendo lidar de forma mais eficaz com os sintomas da FC <sup>(33)</sup>. A satisfação no trabalho, a competência emocional, a compaixão, a perseverança e a inovação são alguns dos componentes de resiliência <sup>(34)</sup>.

Além disso, o suporte social, as relações interpessoais e o contato com familiares e amigos, também podem ser considerados estratégias positivas de enfrentamento e proteção contra a FC, pois esta rede de apoio pode ser benéfica e útil para aliviar a tensão, sentir-se mais bem-humorado, concentrar-se melhor, manter-se descontraído e seguro <sup>(35)</sup>. Estudo realizado com enfermeiras chinesas atuantes em um serviço psiquiátrico, demonstrou que as

profissionais que contavam com o apoio familiar apresentaram maiores níveis de SC e menor de FC <sup>(36)</sup>.

Estratégias que envolvem a espiritualidade, orações e atividades religiosas podem auxiliar em situações de estresse e orientar o indivíduo internamente a acreditar em um senso de missão pessoal e realização <sup>(37)</sup>. Estudo demonstra que pessoas com espiritualidade mais desenvolvida apresentam menor prevalência de doenças físicas e psíquicas, possuem relação interpessoal satisfatória no trabalho e conseqüentemente, melhoria da qualidade de vida <sup>(2)</sup>. Ainda, a atividade física diária, leitura, meditação e dieta regular, foram eficazes na redução do estresse laboral, melhorando a qualidade do sono e a saúde física e mental do trabalhador <sup>(38)</sup>.

A SC também é um fator de proteção contra os efeitos da FC, pois melhora o desempenho, o engajamento e a competência dos profissionais, proporcionando um ambiente de trabalho positivo, melhor entrosamento da equipe e redução da rotatividade no trabalho <sup>(39,40)</sup>.

Outra ferramenta importante é a autorreflexão. Ela constitui um recurso importante para evitar ou reconhecer o início da FC, visto que estimula a busca de orientação e o apoio para limitar, reduzir e evitar seus efeitos na saúde mental do trabalhador, além de preservar o vínculo de trabalho. Portanto, deve ser incentivado o trabalho em equipe, grupos de compartilhamento profissional, treinamentos sobre sintomas de estresse e fadiga, monitoramento e avaliações regulares da saúde mental dos profissionais <sup>(15)</sup>.

Vale ressaltar que as intervenções baseadas nos aspectos pessoais, quando utilizadas isoladamente, não permitem redução significativa dos níveis de estresse ou oferecem subsídios para a adoção de estratégias de enfrentamento eficazes <sup>(41)</sup>. Portanto, diante das demandas do ambiente de trabalho, é importante que as organizações desenvolvam estratégias focadas na promoção do bem-estar dos funcionários e apoio individual e coletivo <sup>(42)</sup>.

As condições ambientais, a flexibilidade de horários, a estrutura organizacional, a implantação de planos de carreira e incentivos, o desenvolvimento de lideranças, a participação dos trabalhadores na tomada de decisões organizacionais, e a prática de gestão participativa, são fatores que melhoraram a coesão do grupo, incentivaram o engajamento, motivam os trabalhadores e proporcionam o reconhecimento profissional <sup>(43)</sup>.

As intervenções de educação mista (online/presencial), com aprendizagem independente e colaborativa, demonstraram melhorias no conhecimento e no desenvolvimento de habilidades práticas dos trabalhadores <sup>(43)</sup>. No entanto, atividades que não se utilizaram de

técnicas participativas demonstraram ser pouco eficazes na mudança de comportamento dos trabalhadores <sup>(43)</sup>.

Com o resgate da literatura, evidenciou-se que aspectos relacionados ao ambiente e conteúdo do trabalho, as condições organizacionais, necessidades e competências do trabalhador, aliados ao contexto cultural e social dos indivíduos, são fatores que podem interferir na saúde do trabalhador e repercutir negativamente em seu equilíbrio psíquico <sup>(30)</sup>.

Portanto, para manter o equilíbrio diário, em que o prazer no trabalho supere o sofrimento e o estresse, a utilização de estratégias de enfrentamento torna-se essencial <sup>(32)</sup>. Nesse sentido, é necessário que as organizações fortaleçam estratégias de enfrentamento eficazes, focadas no indivíduo, nas relações da pessoa com o trabalho e na organização.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A análise da literatura científica acerca da FC demonstra que o fenômeno atinge especialmente os profissionais de enfermagem, associado a fatores sociodemográficos, às condições laborais, aspectos emocionais e psicológicos e ao modo de enfrentamento dos trabalhadores diante das situações estressantes. O fenômeno torna o profissional mais suscetível à ocorrência de erros, o que provoca consequências negativas à segurança do paciente.

Entre as estratégias de enfrentamento e intervenções registradas evidenciou-se que a prática regular e contínua de exercícios físicos, dieta adequada e boa qualidade do sono trazem benefícios físicos e mentais ao trabalhador, minimizando os efeitos da FC. Contudo, cabe destacar a importância de estratégias que colaborem para melhorias no ambiente de trabalho.

Uma das limitações do estudo está no quantitativo das bases de investigação, além disso os estudos são agrupados baseados nas suas semelhanças e no objetivo da revisão, podendo novos agrupamentos permitirem emergir novos achados.

A maior compreensão da temática, proporciona o fomento de políticas institucionais e estratégias voltadas à saúde do trabalhador, favorecendo o indivíduo, a organização, os sistemas de saúde, a sociedade em geral, e principalmente a assistência. Deste modo, é relevante acompanhar e desenvolver investigações acerca da FC e analisar os seus desdobramentos na segurança dos pacientes em diferentes contextos.

## REFERÊNCIAS

1. Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (OSHA). Guia eletrônico sobre a gestão do estresse e dos riscos psicossociais no local de trabalho. Luxemburgo: 2018. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/e-guide-managing-stress-and-psychosocial-risk>.
2. Jilou V, Duarte JMG, Gonçalves RHA, Vieira EE, Simões ALA. Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(5): e20190628. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628>
3. Pousa PCP, Lucca SR. Psychosocial factors in nursing work and occupational risks: a systematic review. *Rev Bras Enferm.* 2021;74(3):1-8, Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0198>
4. Figley CR. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized.* Nova Iorque: Brunner-Routledge;1995.
5. Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estud Psicol.* 2013;18(2):213-21. Disponível em: [https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413294X2013000200006&script=sci\\_abstract&tlng=pt](https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413294X2013000200006&script=sci_abstract&tlng=pt)
6. World Health Organization (WHO). 2019. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/).
7. Ruiz-Fernández MD, et al. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. *J Clin Nurs.* 2020;29(21-22):4321-30. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32860287/>
8. Al Barmawi MA, et al. Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses. *Brain Behav.* 2019;9(4):e01264. Available from: <https://doi-org.ez74.periodicos.capes.gov.br/10.1002/brb3.1264>
9. Peters E. Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nurs Forum.* 2018;53(4):466-80. Available from: em: <https://doi-org.ez74.periodicos.capes.gov.br/10.1111/nuf.12274>.
10. World Health Organization (WHO). *World Alliance for Patient Safety: forward programme.* Genebra; 2005.
- 11 Galvão TF, Pansani T de SA, Harrad D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiol Serv Saúde.* 2015;24:335-42. Available from: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>

12. Stamm, BH. The Concise ProQOL Manual: The concise manual for the Professional Quality of Life Scale. 2010. 2. ed. Eastwoods: Pocatello. Available from: [https://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](https://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf)
13. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev.* 2016;5(1):210. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>
14. Stetler CB, et al. Revisões integrativas com foco na utilização em um serviço de enfermagem. *Appl Enf Res.* 1998;11(4):195-206. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/13434441\\_Utilization-focused\\_integrative\\_reviews\\_in\\_a\\_nursing\\_service](https://www.researchgate.net/publication/13434441_Utilization-focused_integrative_reviews_in_a_nursing_service)
15. Borges EMN, et al. Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. *Rev Latino-Am Enferm.* 2019;27:e3175. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/0104-1169-rlae-27-e3175.pdf>
16. Hooper C, et al. Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *J Emergency Nurs.* 2010; 36(5):420-7. Available from: 10.1016/j.jen.2009.11.027.
17. Laserna Jiménez C, Casado Montañés I, Carol M, Guix-Comellas EM, Fabrellas N. Quality of professional life of primary healthcare nurses: A systematic review. *J Clin Nurs.* 2022;31(9-10):1097-112. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34453386/>.
18. Barbosa SC, Souza S, Moreira JS. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Rev Psicol Organ Trab.* 2014;14(3):315-23. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v14n3/v14n3a07.pdf>
19. Labrague LJ, Santos JA. Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Applied Nursing Research.* 2021 61. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151476>
20. Jobe JA, Gillespie GL, Schwytzer D. A National Survey of Secondary Traumatic Stress and Work Productivity of Emergency Nurses Following Trauma Patient Care. *J Trauma Nurs.* 2021;28(4):243-9. Available from; <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34210944/>
21. Graetz DE, et al. Clinician Emotions Surrounding Pediatric Oncology Patient Deterioration. *Front Oncol.* 2021;2511:626457. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7947818/pdf/fonc-11-626457.pdf>
22. Kruper A, et al. Secondary Traumatic Stress in Ob-Gyn: A Mixed Methods Analysis Assessing Physician Impact and Needs. *Journal of Surgical Education,* 2021; 78(3):1024-34. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S193172042030338X?via%3Dihub>
23. Tehrani N. Compassion fatigue: experiences in occupational health, human resources, counselling and police. *Occup Med (Lond).* 2010;60(2):133-8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20035002/>

24. Wells-English D, Giese J, Price J. Compassion Fatigue and Satisfaction: Influence on Turnover Among Oncology Nurses at an Urban Cancer Center. *Clin J Oncol Nurs*. 2019;23(5):487-93. Available from: em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31538984/>
25. Lombardo B, Eyre C. Compassion fatigue: a nurse's primer. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(1):3. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189721000835?via%3Dihub>
26. Davidson JE, Agan DL, Chakedis S, Skrobik Y. Workplace Blame and Related Concepts: An Analysis of Three Case Studies. *Chest*. 2015;148(2):543-549. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25928049/>
27. Dreier D, Blagorazumnaya O, Balicer R, *et al*. National initiatives to promote quality of care and patient safety: achievements to date and challenges ahead. *Isr J Health Policy Res* 2020; 9, 62. Available from: <https://ijhpr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s13584-020-00417-x>
28. Khatatbeh H, Al-Dwaikat T, Rababah J, Oláh A, Pakai A. Paediatric nurses' burnout, quality of life and perceived patient adverse events during the COVID-19 pandemic: Testing an integrated model using structural equation modelling. *J Clin Nurs*. 2021; 31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25928049/>
29. Boyle DA, Bush NJ. Reflections on the emotional hazards of pediatric oncology nursing: four decades of perspectives and potential. *J Pediatr Nurs*. 2018; 40:63-73. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29776481/>
30. Araujo, IC, Menezes IV. *Fadiga por compaixão: os custos do cuidado*. Curitiba: CRV; 2018.
31. Hamid AA, Musa SA. The mediating effects of coping strategies on the relationship between secondary traumatic stress and burnout in professional caregivers in the UAE. *J Ment Health*. 2017;26(1):28-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27929700>
32. Muller JM, Silva N, Pesca, AD. Estratégias de Coping no Contexto Laboral: uma Revisão Integrativa da Produção Científica Brasileira e Internacional. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*. 2021; 21(3):1594-1604. Available from: <https://doi.org/10.5935/rpot/2021.3.20385>
33. Gentry E. Fighting Compassion Fatigue and Burnout by Building Emotional Resilience. *Journal of Oncology Navigation and Survivorship*. 2018;9(12). Available from: <https://www.jons-online.com/issues/2017/april-2017-vol-9-no-4?view=article&artid=2152:fighting-compassion-fatigue-and-burnout-by-building-emotional-resilience>
34. Maia AOB, Guimarães Neto AC. Resiliência de profissionais de saúde frente à COVID-19. *Rev. SBPH* 2021; 24(1):147-61. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-0858](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-0858)
35. Ribeiro YSFS, et al. Implicações da Síndrome de Burnout em profissionais da saúde durante a pandemia de COVID-19: uma revisão integrativa. *Revista Científica*

Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento. 2020; 6:87-107. Available from: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/implicacoes-da-sindrome>

36. Xie W, et al. The levels, prevalence and related factors of compassion fatigue among oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. *J Clin Nurs*. 2021;30(5-6):615-32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33205497/>

37. Hatzipapas I, Visser M, Rensburg EJ. Laughter therapy as an intervention to promote psychological well-being of volunteer community care workers working with HIV-affected families. *Journal of Social Aspects of HIV/AIDS*. 2017;14(1). Available from: <https://doi.org/10.1080/17290376.2017.1402696>

38. Wu K, Wei X. Analysis of Psychological and Sleep Status and Exercise Rehabilitation of Front-Line Clinical Staff in the Fight Against COVID-19 in China. *Med Sci Monit Basic Res*. 2020 11;26:e924085. Available from: <https://doi.org/10.12659/MSMBR.924085>.

39. Sacco TL, Copel LC. Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. *Nursing Forum*. 2018; 53(1),76-83. Available from: <https://doi.org/10.1111/nuf.12213>

40. Lee W, Veach PM, MacFarlane IM, LeRoy BS. Who is at risk for compassion fatigue? An investigation of genetic counselor demographics, anxiety, compassion satisfaction, and burnout. *J Genet Couns*. 2015; 24(2):358-70. Available from <https://doi.org/10.1007/s10897-014-9716-5>

41. Akinsulure-Smith AM, Espinosa A, Chu T, Hallock R. Secondary traumatic stress and burnout among refugee resettlement workers: The role of and emotional intelligence. *Journal of Traumatic Stress*. 2018;31(2), 202-212. Available from: <https://doi.org/10.1002/jts.22279>

42. Elliott N, Begley C, Sheaf G, Higgins A. Barriers and enablers to advanced practitioners' ability to enact their leadership role: A scoping review. *Int J Nurs Stud*. 2016;60(2):24-45. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.001>.

43. Abregú-Tueros LF. A systematic review of the preventive practices for psychosocial risks in Ibero-American health centers. *Medwave*. 2020; 20(7):e8000. Available from: <https://doi.org/10.5867/medwave.2020.07.8000>.

## 5.2 HEALTH WORK INTERNATIONAL PROJECT – HWOPI: TEORIAS E VIVÊNCIAS PARA A SAÚDE OCUPACIONAL

Apresenta-se a seguir o *Ebook* elaborado pelos participantes do HWOPI, o qual será traduzido para o inglês após banca de TCC e publicado no formato digital. A obra seguiu as normas de Vancouver, considerando sua internacionalização. O processo de validação é descrito após sua apresentação, no subtítulo 5.2.1.



**HEALTH WORK INTERNATIONAL PROJECT – HWOPI:  
TEORIAS E VIVÊNCIAS PARA A SAÚDE OCUPACIONAL**

**ORGANIZADORES**

Letícia de Lima Trindade

Josiane Carneiro

Maiara Schoeninger

Elisabete Borges

**REVISOR GERAL DA OBRA**

Ricardo João Correia da Cruz Pais Antunes



## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1 – FADIGA POR COMPAIXÃO NOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
<b>1.1 – FADIGA POR COMPAIXÃO: RECONHECIMENTO E PREVENÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA</b>	
<b>1.2 - FADIGA POR COMPAIXÃO: ESTUDOS COM ENFERMEIROS PORTUGUESES</b>	
<b>CAPÍTULO 2 – SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> E ESTRESSE OCUPACIONAL</b>	
<b>2.1 – SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>: ASPECTOS DA DOENÇA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO PARA A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO</b>	
<b>2.2 – SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i>: A PANDEMIA COVID-19 COMO FATOR DE RISCO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE</b>	
<b>2.3 – SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i> EM INTERVENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR</b>	
<b>2.4 – ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DA SÍNDROME DE <i>BURNOUT</i></b>	
<b>2.5 – PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ESTRESSE LABORAL DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE</b>	
<b>CAPÍTULO 3 – FELICIDADE NO TRABALHO</b>	
<b>3.1 – FELICIDADE NO TRABALHO: CONCETUALIZAÇÃO E ESTUDOS EM ENFERMEIROS PORTUGUESES</b>	
<b>3.2 – PRAZER NO TRABALHO: PERSPECTIVAS A PARTIR DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO</b>	
<b>CAPÍTULO 4 – VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
<b>4.1 – BULLYING NO TRABALHO</b>	
<b>4.2 – VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES SOBRE A PERCEPÇÃO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE</b>	
<b>4.3 – VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO</b>	
<b>CAPÍTULO 5 – PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR</b>	
<b>5.1 – PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES</b>	
<b>5.2 – PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR: PROGRAMAS IMPLEMENTADOS EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR</b>	
<b>5.3 - LIDERANÇA E PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE</b>	
<b>5.4 – PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA DA PSICOLOGIA NO CONTEXTO HOSPITALAR</b>	
<b>5.5 - DESEAFIOS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM NO CUIDADO PALIATIVO: EXPERIÊNCIA NO CANADÁ</b>	
<b>GLOSSÁRIO</b>	
<b>ÍNDICE REMISSIVO</b>	

## **DEDICATÓRIA**

A todos os autores desta obra, que prontamente aceitaram o desafio para nela participarem, enriquecendo-o com seus conhecimentos e olhares contemporâneos.

Aos membros investigadores, colaboradores e estudantes do Projeto Health Work International Project - HWOPI - pela motivação e trabalho desenvolvido em prol da visibilidade da enfermagem, enfermagem do trabalho e saúde do trabalhador.

À Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina (FAPESC) pelo financiamento da obra, que garantiu sua gratuidade e ampla divulgação (FAPESCTR817/2023).

Às instituições envolvidas por serem membros facilitadores e potenciarem o trabalho multicêntrico internacional.

**FOLHA DE ROSTO – reservado para editora**

## OS AUTORES

**Adriana Aparecida Paz** – Enfermeira, Doutora, Docente do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf). Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Brasil. *ORCID:* [0000-0002-1932-2144](https://orcid.org/0000-0002-1932-2144)

**Ana Magalhães** – Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. *ORCID:* <https://orcid.org/0009-0000-1999-6870>

**Assunção Nogueira** – Enfermeira. Doutora, Docente da Escola Superior de Enfermagem Tâmega e Sousa, IPSN, CESPU. Portugal. *ORCID:* 0000-0001-5693-242X

**Camilla Dalchiavon** - Estudante de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. Brasil. *ORCID:* [0009-0001-2462-7997](https://orcid.org/0009-0001-2462-7997).

**Carine Vendruscolo** - Enfermeira. Pós-doutorado. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina. Brasil. *ORCID:* [0000-0002-5163-4789](https://orcid.org/0000-0002-5163-4789).

**Caroline Schacker Evangelista** – Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf)- Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Brasil. *ORCID:* [0000-0002-8909-3076](https://orcid.org/0000-0002-8909-3076)

**Chancarlyne Vivian** – Psicóloga. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó, Docente da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Brasil. *ORCID:* [0000-0003-3697-4109](https://orcid.org/0000-0003-3697-4109)

**Chennyfe Dobbins Abi Rached** – Enfermeira. Doutora em Saúde Coletiva. Docente do Departamento de Orientação Profissional (ENO) da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil, vice-líder do grupo de pesquisa "Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem- GESTE". *ORCID:* 0000-0003-1433-6456

**Cibele Santos** – Enfermeira. Mestre. Coordenadora de Enfermagem do Hospital Ernesto Dorneles, Brasil. *ORCID:* 000-0002-2209-7865

**Cristina Queirós** – Psicóloga. Doutorada e Pós-Doutorada em Psicologia. Docente na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal. Investigadora do CPUP – Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Portugal. *ORCID:* 0000-0002-8045-5317

**Daniela Campos de Andrade Lourenção** – Enfermeira. Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde da Universidade de São Paulo. Brasil. *ORCID:* [0000-0002-3050-0378](https://orcid.org/0000-0002-3050-0378)

**Daiane dal Pai** – Enfermeira. Doutora. Docente da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul. Brasil. *ORCID:* 0000-0002-6761-0415

**Daisi Mara Rosset** - Enfermeira. Ministry Of Health Community Services, Department Of Long Stay Oncology And Palliative Care. Canadá. *ORCID:* [0000-0003-4000-8683](https://orcid.org/0000-0003-4000-8683)

**Diana Moreira** - Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. *ORCID:* [0009-0008-4964-3994](https://orcid.org/0009-0008-4964-3994)

**Elisabete Borges** – Enfermeira. Pós-doutorado em Enfermagem. Docente na Escola Superior de Enfermagem do Porto, Portugal. Investigadora do ESEP/CINTESIS@RISE- PORTUGAL. *ORCID:*0000-0002- 6478-1008.

**Grasiele Fátima Busnelo** – Enfermeira. Doutora. Docente da Universidade do Estado de Santa Catarina. Brasil. *ORCID: 0000-0002-2027-0089*.

**Gildo Castro** – Enfermeiro. Mestre em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, Centro Hospitalar Universitário de São João. Portugal. *ORCID: [0000-0001-5609-9220](https://orcid.org/0000-0001-5609-9220)*

**Helena Loureiro**- Enfermeira. Pós -Doutorada em Ciências da Saúde-Enfermagem. Docente da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. *ORCID: 0000-0003-1826-5923*

**Joana Pereira** – Enfermeira. Mestre em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem. Unidade de Saúde Familiar Santa Justa, Agrupamento de Centros de Saúde de Maia/Valongo. Portugal. *ORCID: [0000-0002-9930-9491](https://orcid.org/0000-0002-9930-9491)*

**Joana Pedrosa** - Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. *ORCID: [0009-0006-1578-8322](https://orcid.org/0009-0006-1578-8322)*

**Josiane Matos Carneiro** – Enfermeira. Mestranda do Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. Brasil. *ORCID:0000-0001-8977-806X*

**Júlia Grasel** – Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brasil. *ORCID: 0000-0001-6154-7462*

**Juliana Pereira Tavares de Melo** – Enfermeira. Mestranda do Programa de Gerenciamento de Enfermagem (PPGEn) da Universidade de São Paulo, membro grupo de pesquisa " Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem- GESTE". Brasil. *ORCID: 0000-0002-9824-7196*

**Juliana Petri Tavares** – Enfermeira. Doutora, Docente da Escola de Enfermagem da Universidade do Rio Grande do Sul. Brasil. *ORCID: [0000-0003-4121-645X](https://orcid.org/0000-0003-4121-645X)*

**Kaciane Boff Bauermann** – Enfermeira. Mestre. Servidora da Secretaria do Estado de Santa Catarina. Brasil. *ORCID:0000-0003-1897-1203*

**Inês Pereira** - Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. *ORCID: [0009-0001-8981-2667](https://orcid.org/0009-0001-8981-2667)*

**Letícia de Arruda Correa** - Graduanda em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brasil. *ORCID: 00003386-3665-0003-*

**Letícia de Lima Trindade** – Enfermeira. Pós-doutorado em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem em Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brasil. *ORCID:0000-0002-7119-0230*

**Luccas Melo de Souza** – Enfermeiro. Doutor. Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGEnf)- Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). Brasil. *ORCID: [0000-0003-1629-9935](https://orcid.org/0000-0003-1629-9935)*

**Luiz Felipe Deoti** - estudante de enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina. Brasil. *ORCID: [0009-0000-7861-5177](https://orcid.org/0009-0000-7861-5177)*

**Maiara Schoeninger** – Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brasil. *ORCID:0000-0002-0095-1485*

**Márcia Luíza Pit Dal Magro** – Psicóloga. Doutora. Docente do Programa de Pós-Graduação em Educação e do curso de Psicologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brasil. *ORCID: [0000-0002-2127-9261](https://orcid.org/0000-0002-2127-9261)*

**Margarida Ferreira** – Enfermeira. Doutora em Investigação Aplicada, Medicina Preventiva, Saúde Pública e Cirurgia, Docente da Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, e do CINTESIS@RISE. Portugal. *ORCID: [0000-0003-2232-7314](https://orcid.org/0000-0003-2232-7314)*

**Margarida Abreu** – Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal. *ORCID: 0000-0003-0136-6816*

**Maria José Peixoto** – Enfermeira, Doutora em Enfermagem. Docente da Escola Superior de Enfermagem do Porto. Portugal. *ORCID: [0000-0003-4131-4279](https://orcid.org/0000-0003-4131-4279)*

**Melanie Schröder** - Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Brasil. *ORCID: [0000-0003-4591-2436](https://orcid.org/0000-0003-4591-2436)*

**Miguel Cameira** – Psicólogo. Doutorado em Psicologia, Docente na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal; Investigador do CPUP – Centro de Psicologia da Universidade do Porto. Portugal. *ORCID: 0000-0002-1629-3608*

**Patrícia Campos Pavan Baptista**- Enfermeira. Pós-doutorado, Docente do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil. *ORCID:0000-0003-1433-6456*

**Regina Bontorim Gomes** - Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. *ORCID: 0000-0002-5260-4493*

**Renata Santos Tito** – Enfermeira. Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, membro do grupo de pesquisa " Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem- GESTE". Brasil. *ORCID 000-0001-8538-4266*

**Renata Profeta Ziller** – Enfermeira. Especialista em Ambulatório Médico de Especialidades Idoso, Mestranda do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo. Brasil. *ORCID:0000-0002-2649-0859.*

**Rui Carlos Sacramento** – Enfermeiro. Mestrando do Programa De Pós-Graduação Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina . Brasil. *ORCID: [0000-0002-5163-4789](https://orcid.org/0000-0002-5163-4789)*

**Ricardo João Correia da Cruz Pais Antunes** - Enfermeiro. Doutor. Unidade de Saúde Familiar Lusitana, Agrupamento de Centros de Saúde Dão Lafões. Docente convidado na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viseu. Portugal. *ORCID: 0000-0002-1931-2659*

**Samuel Spiegelberg Zuge** – Enfermeiro. Doutor. Docente do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. Brasil. *ORCID:0000-0002-0420-9122*

**Sofia Feitor** – Enfermeira. Mestre em Enfermagem Comunitária, Unidade de Saúde da Ilha do Faial, Açores. Portugal. *ORCID: [0000-0001-5017-594X](https://orcid.org/0000-0001-5017-594X)*

**Sofia Loureiro** – Enfermeira. Mestre em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, Unidade de Saúde Local de Matosinhos EPE, Hospital Pedro Hispano. Portugal. *ORCID:* [0000-0002-7068-3324](https://orcid.org/0000-0002-7068-3324)

**Teresa Martins** – Enfermeira. Mestre em Direção e Chefia dos Serviços de Enfermagem, Unidade de Saúde Local de Matosinhos EPE, Hospital Pedro Hispano. Portugal. *ORCID:* [0000-0001-7759-8280](https://orcid.org/0000-0001-7759-8280)

**Vinicius Gomes Barros** – Enfermeiro. Doutorando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de São Paulo, membro do grupo de pesquisa "Estudos sobre a Saúde dos Trabalhadores de Enfermagem- GESTE". Brasil. *ORCID:* [0000-0003-1954-1387](https://orcid.org/0000-0003-1954-1387)

## **PREFÁCIO**



## APRESENTAÇÃO

Este *ebook*, intitulado “**Health Work Internacional: Teorias e Vivências para a Saúde Ocupacional**”, trata-se de um produto técnico educacional, que foi organizado a partir de um estudo intitulado “Fadiga por Compaixão: *ebook* para reconhecimento e prevenção nos serviços de saúde”, vinculado ao Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), idealizado com o objetivo de desenvolver uma tecnologia educacional, no formato de *ebook* como estratégia para o reconhecimento e a prevenção da fadiga por compaixão para profissionais de saúde.

A proposta aninha-se no Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA) da UDESC e conta com o financiamento da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC). Ainda, a proposta tem sua gênese na integração dos pesquisadores no macroprojeto internacional o “Health Work International Project - HWOPI”, coordenado pela Profa Dra Elisabete Borges, da Escola Superior de Enfermagem do Porto, o qual envolvem pesquisado de Portugal, Brasil e Espanha, coautores na Obra.

O *ebook*, disponível em meio digital, gratuitamente, é composto por cinco capítulos, que totalizam 17 subcapítulos, apresentados na língua portuguesa e traduzidos para a língua inglesa, inclui glossário e índice remissivo. A obra inclui temáticas voltadas à saúde dos profissionais de saúde, com a finalidade de contribuir para a Saúde do Trabalhador, promoção da saúde e prevenção da doença no local de trabalho e a disseminação de conhecimentos de caráter científico, como prevê o HWOPI.

O **Capítulo 1** traz dois subcapítulos que abordam a Fadiga por Compaixão nos Serviços de Saúde. Caracterizada pelo estado de exaustão e disfunção biológica, psicológica e social resultante do processo de cuidar daquele que passa por algum tipo de sofrimento, o fenômeno apresenta um impacto significativo no bem-estar do profissional e reflete em prejuízos na saúde física, mental e social do trabalhador e na qualidade do serviço prestado ao paciente.

No **Capítulo 2**, com cinco subcapítulos, adentra-se na Síndrome de Burnout e Estresse Ocupacional, aspectos das doenças, prevalência, fatores associados em profissionais, interfaces no cuidado e estratégias de enfrentamento para a qualidade vida no trabalho.

O **Capítulo 3**, com dois subcapítulos, aborda Felicidade no trabalho, numa perspectiva de também abordar as faces positivas no trabalho, a partir das temáticas da felicidade e do prazer do trabalhador, os textos trazem aspectos relevantes para proporcionar um trabalho digno e que vá ao encontro das necessidades dos trabalhadores, promotores de ambientes de trabalho saudáveis e positivos.

O **Capítulo 4** traz a temática da Violência no trabalho em serviços de saúde. Três subcapítulos dialogam com o trabalhador acerca do *bullyng* e outras formas de violência nos ambientes de trabalho, com discussões acerca das implicações na saúde dos trabalhadores, na cultura de segurança e cultura de paz.

Ainda, o **Capítulo 5** traz cinco estudos sobre a importância dos Programas de Promoção à Saúde do Trabalhador. Ao exemplificar programas e ações de promoção da saúde dos trabalhadores, os textos pretendem lançar possibilidades aos profissionais e instituições no desenvolvimento de ambientes de trabalho saudáveis e seguros, que promovam a saúde mental e física daqueles que cuidam, e que auxiliem na concretização de propostas de intervenção.

A cooperação de 48 pesquisadores, de quatro nacionalidades, no desenvolvimento do *ebook*, permite a abordagem multicultural das temáticas, bem como reflete diferentes experiências e contextos que fomentam o conhecimento sobre dimensões dos contextos de trabalho e da saúde dos trabalhadores. Ainda, na obra original escrita no português do Brasil ou de Portugal, tem-se um **glossário** com os termos mais importantes usados e o **índice remissivo**. O conteúdo passou por validação semântica pelo público alvo, sendo 15 juízes, alcançando IVC global de 0,96. Além disso, os capítulos passaram pela avaliação por pares.

O material didático e instrucional pode subsidiar processos de avaliação interna das instituições de saúde, seus trabalhadores e processos de trabalho relacionados, com vistas à identificação precoce de situações de risco, estresse ou outras formas de adoecimento associado ao trabalho e subsidiar abordagens para mitigá-los. O presente produto técnico-educacional não só fortalece o Programa de Pós-Graduação da instituição, como fruto do MPEAPS, mas também tem potencial para alcançar outras instituições ou serviços de saúde atentos para a importância das temáticas abordadas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e, por consequência, da qualidade da assistência prestada.

Assim, considera-se que, enquanto tecnologia social, esse produto técnico educacional possa ser utilizado como ferramenta de aprendizagem para estudantes de licenciatura e de pós-graduação na área da saúde no trabalho, bem como instrumento de educação permanente e continuada nos serviços de saúde, como um dispositivo de apoio.

Letícia de Lima Trindade, Josiane Carneiro, Elisabete Borges, Maiara Daís Schoeninger

**CAPÍTULO 1 – FADIGA POR COMPAIXÃO NOS SERVIÇOS  
DE SAÚDE**

## 1.1 FADIGA POR COMPAIXÃO: RECONHECIMENTO E PREVENÇÃO NOS SERVIÇOS DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Josiane Carneiro<sup>1</sup>, Maiara Schoeninger<sup>2</sup>, Elisabete Borges<sup>3</sup>, Letícia de Lima Trindade<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: [josianemc05@hotmail.com](mailto:josianemc05@hotmail.com) ORCID: 0000-0001-8977-806X

<sup>2</sup>Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). E-mail: [maia\\_schoeninger@hotmail.com](mailto:maia_schoeninger@hotmail.com) ORCID: 0000-0002-0095-1485

<sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS@RISE. E-mail: [elisabete@esenf.pt](mailto:elisabete@esenf.pt) ORCID: 0000-0002-6478-1008

<sup>4</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). E-mail: [letrindade@hotmail.com](mailto:letrindade@hotmail.com) ORCID: 0000-0002-7119-0230

### Introdução

Culturalmente é difundida a ideia de que o profissional de saúde é um indivíduo capacitado, detentor de conhecimentos para socorrer indivíduos em situação de urgência e/ou emergências clínicas. Porém, as transformações ocorridas nas últimas décadas, influenciadas pela globalização e pelos avanços tecnológicos, provocaram alterações no ambiente laboral e, dependendo da forma como o trabalho vem sendo executado, pode estar diretamente associado ao gerador de desgastes e a determinantes no processo de adoecimento do profissional de saúde.<sup>1</sup>

O trabalho em unidades de urgência e emergência é dinâmico e exige que os profissionais que atuam nestes locais tenham facilidade de comunicação, capacidade de tomar decisões assertivas, uma vez que irão prestar cuidados de maior complexidade técnica a pacientes graves, alguns com potencial risco de vida. Condições de trabalho desfavoráveis, sobrecarga dos serviços e carência de recursos são fatores que estão presentes no cotidiano dos trabalhadores das urgências.<sup>2,3</sup>

Cotidianamente, o trabalhador depara-se com situações graves e complexas, nas quais sua principal função é assegurar um atendimento ao paciente com segurança, eficiência e brevidade, reduzindo os riscos à vida.<sup>3</sup> Neste cenário de trabalho, muitas vezes os profissionais de saúde convivem com a precariedade dos serviços, estando expostos ao sofrimento dos pacientes, medos, conflitos, disputa de poder, ansiedade e estresse.<sup>4</sup>

Nesse sentido, os serviços de urgência e emergência são conhecidos como ambientes que levam ao estresse, sendo responsáveis, muitas vezes, pelo esgotamento físico e mental dos trabalhadores, podendo ser considerados potenciais desencadeadores de problemas de saúde relacionados ao ritmo acelerado de trabalho, aos longos turnos, ao excesso de carga de trabalho, à superlotação dos serviços, à baixa remuneração salarial, à falta de reconhecimento profissional, à escassez de recursos materiais e humanos e à exposição a situações de violência.<sup>5</sup>

Por tudo isso, os profissionais de urgências e emergência se tornam vulneráveis à Fadiga por Compaixão (FC). Esta se caracteriza por um estado de exaustão biológica, psicológica e social, resultante do processo de cuidar daqueles que sofrem.<sup>6</sup> As situações traumáticas podem estar relacionadas a episódios isolados, bem como à exposição a médio e longo prazo a fatores estressantes.<sup>6</sup> Ainda, o resultado progressivo e cumulativo ocasionado pelo contato intenso e prolongado com pacientes que demandam situações de vulnerabilidades, podem fazer com que o profissional apresente dificuldades em lidar com esse sofrimento, permitindo a absorção do sentimento negativo e levando a FC.<sup>7</sup>

Este material objetiva provocar reflexões e orientar conceitualmente acerca da FC nos serviços de urgência e emergência, com finalidade de contribuir com o reconhecimento e a prevenção do fenômeno.

## Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo, tipo análise teórica reflexiva, elaborado a partir de uma revisão integrativa da literatura realizada nas bases de dados Lilacs, BVS, Cinahl, Pubmed e Web Of Science, utilizando os descritores no idioma Português, Inglês e Espanhol: “Fadiga por Compaixão”; “Compassion Fatigue”; “Desgaste por Empatia” AND “Segurança do Paciente”; “Patient Safety”; “Seguridad del Paciente”, acompanhado do operador booleano “AND”, no período de maio a junho de 2022. Após as buscas, os estudos foram exportados para o software Rayyan.

## Fadiga por compaixão: conceitos e incidência entre profissionais de urgência e emergência

O processo de empatia em relação a um cliente com experiência traumática resulta em respostas fisiológicas e cognitivas que, se não administradas de forma adaptativa, podem levar a sentimentos e angústias que resultarão em FC.<sup>6</sup>

A FC pode iniciar de forma repentina ou gradual com poucos sintomas e evolução rápida, geralmente acompanhada de sentimentos como desamparo, confusão e isolamento, podendo ocorrer em qualquer situação de cuidado marcada pelo desenvolvimento de compaixão e empatia.<sup>8,9</sup> A combinação de *Burnout* (BO), Estresse Traumático Secundário (ETS) e a reduzida Satisfação por Compaixão (SC), resulta no fenômeno. Na medida em que os profissionais atuantes nos serviços de urgência e emergência experienciam um novo conjunto de circunstâncias estressoras, a ocorrência da FC aumenta e a satisfação no trabalho diminui.<sup>7,8</sup>

Além de todas as consequências negativas ocasionadas à saúde do trabalhador a FC resulta em elevação das taxas de absenteísmo e de rotatividade dos profissionais de saúde nas instituições, na diminuição da produtividade e da interação entre os membros da equipe, acarretando prejuízos no alcance de melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados.<sup>9,10</sup>

A prevalência da FC em profissionais de saúde, reconhecida como uma condição relativa ao processo laboral, demonstra a necessidade das organizações e instituições implantarem programas que incentivem o desenvolvimento da resiliência individual e coletiva, da gestão eficaz das crises, da comunicação entre os membros da equipe, do fortalecimento do relacionamento interpessoal, do reconhecimento da FC como algo que vai acarretar danos para saúde mental e física e oferecer riscos ao trabalhador e ao paciente.<sup>11</sup>

Uma metanálise demonstrou que tanto os médicos quanto os enfermeiros são afetados pela FC ao desempenharem suas funções, no entanto, os enfermeiros têm mais riscos de desenvolver problemas emocionais, devido ao contato direto e maior envolvimento afetivo com pacientes e familiares.<sup>12</sup> Dentre as principais consequências, o fenômeno ocasiona baixa autoestima, absenteísmo, presenteísmo, insatisfação, alta rotatividade, incapacidade de tomar decisões, diminuição do desempenho, além de sintomas físicos, emocionais, mentais e cognitivos.<sup>10</sup>

A identificação e prevenção dos riscos psicossociais é essencial para a promoção de um ambiente de trabalho seguro e saudável.<sup>13</sup> A conscientização da existência da FC pode permitir que os profissionais gerenciem melhor os desafios e estresses emocionais ocasionados pelo trabalho, melhorando, dessa forma, a qualidade da prestação de serviços.<sup>14</sup>

A literatura<sup>10-15</sup> demonstra que as estratégias de prevenção e intervenção diante da FC podem ser agrupadas pessoais/individuais e coletivas/organizacionais. Entre as primeiras destacam-se as práticas do autocuidado, garantindo sono e descanso adequados, tendo equilíbrio entre o trabalho e outros aspectos da vida, o envolvimento em um *hobby*, as atividades físicas, o suporte familiar, social, espiritual, psicológico que o trabalhador busca.

As estratégias coletivas e/ou organizacionais se referem à modificação das situações onde são desenvolvidas atividades laborais, visando a melhoria da comunicação, o fortalecimento do trabalho em equipe, as capacitações e treinamentos, a reorganização do fluxo de funcionamento do serviço, a mudança das condições físico-ambientais permitindo flexibilidade de horário, o melhor dimensionamento da carga de trabalho, a maior participação na tomada de decisão, a qualificação do plano de carreira e a autonomia no trabalho.

De maneira geral, os estudos revisados mostram que cada indivíduo busca, através das estratégias de enfrentamento, lidar, controlar ou se adaptar aos eventos estressores, sendo as estratégias coletivas mais recomendadas para alterar o contexto de desgaste.

## Conclusão

Entende-se que a FC deve ser reconhecida como um processo de adoecimento mental que pode causar danos à saúde e conseqüentemente reduzir o desempenho dos profissionais atuantes dos serviços de urgência e emergência. Este fenômeno também pode estar correlacionado negativamente com a satisfação do trabalhador e segurança dos pacientes, ocasionando prejuízos na qualidade da assistência prestada.

Devido às exigências e aos desafios impostos pelos contextos de trabalho, ressalta-se a necessidade das organizações em capacitar seus profissionais, a fim de que esses reconheçam e previnam a FC. Assim, ressalta-se a necessidade de as instituições proporcionarem um ambiente saudável de trabalho, com recursos suficientes, políticas de valorização, estímulo e apoio ao trabalhador.

**Palavras-chave:** Profissional de Saúde, Urgência e Emergência, Fadiga por Compaixão.

## Referências

- 1 Teixeira GS, Silveira RC, Mininel VA, Moraes JT, Ribeiro IK. Qualidade de vida no trabalho e estresse ocupacional da enfermagem em unidade de pronto atendimento. *Texto Contexto Enferm* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 28. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-TCE-2018-0298>.
- 2 Lopes DF, Santos RB, Giotto AC. Síndrome de *Burnout* e os seus efeitos sobre a vida dos profissionais de enfermagem da urgência e emergência. *Rev Inic Cient Ext* [Internet]. 2020 [cited 10 apr 23]; 3(1):350-9. Available from: <https://revistasfasesenaaires.com.br/index.php/iniciacao-cientifica/article/view/290>.
- 3 World Health Organization. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/).
- 4 Baldonado-Mosteiro M, Almeida MC, Baptista PCP, Sánchez-Zaballos M, Rodriguez-Diaz FJ, et al. Síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 27:e3192. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2818.3192>.
- 5 Rozo JA, Olson DM, Thu HS, Stutzman SE. situational factors associated with *burnout* among emergency department nurses. *Workplace Health Saf* [internet]. 2017 [cited 10 apr 23];65(6):262-265. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28557637/>.
- 6 Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: Figley CR (Org.). *Compassion fatigue*. Nova Iorque: Brunner/Mazel; 1995. p. 1-20.
- 7 Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia* [internet]. 2013 [cited 10 apr 23];18(2):213-21. Available from: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000200006>.
- 8 Craigie M, Osseiran-Moisson R, Hemsworth D, Aoun S, Francis K, et al. The influence of trait-negative affect and compassion satisfaction on compassion fatigue in Australian nurses. *Psychol Trauma* [internet]. 2016 [cited 10 apr 23];8(1):88-97. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25961866/>.
- 9 Nas E, Sak R. A New Compassion Scale for Children and Its Psychometric Properties. *Child Psychiatry Hum Dev* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];52(3):477-487. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-020-01034-0>.
- 10 Dirik D, Sak R, Şahin-Sak İT. Compassion fatigue among obstetricians and gynecologists. *Curr Psychol* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];40(9):4247-4254. Available from: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-021-02022-w>.

11 Al Barmawi MA, Subih M, Salameh O, Sayyah Yousef Sayyah N, et al. Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses. *Brain Behav* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 9:e01264. Available from: <https://doi.org/10.1002/brb3.1264>.

12 Alves EM. O impacto da resiliência e do ambiente ético hospitalar na percepção de *burnout* nos profissionais de cuidados paliativos [Dissertação]. Porto: Universidade do Porto [internet]. 2020 [cited 26 jan 22]. Available from: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/129321>.

13 Cavanagh N, Cockett G, Heinrich C, Doig L, Fiest K, et al. Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nurs Ethics* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];27(3):639-65. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31829113/>.

14 Remegio W, Rivera RR, Griffin MQ, Fitzpatrick JJ. The professional quality of life and work engagement of nurse leaders. *Nurse Lead* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];19(1):95-100. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32922218/>.

15 Gribben JL, MacLean SA, Pour T, Waldman ED, Weintraub AS. A cross-sectional analysis of compassion fatigue, *burnout*, and compassion satisfaction in pediatric emergency medicine physicians in the United States. *Acad Emerg Med* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];26(7):732-43. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31204794/>.

## 1.2 FADIGA POR COMPAIXÃO: ESTUDOS COM ENFERMEIROS PORTUGUESES

Joana Pereira<sup>1</sup>, Letícia de Lima Trindade<sup>2</sup>, Elisabete Borges<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Unidade de Saúde Familiar Santa Justa, Agrupamento de Centros de Saúde de Maia/Valongo, E-mail: [joanaferreirapereira@gmail.com](mailto:joanaferreirapereira@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9930-9491>

<sup>2</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina, Universidade Comunitária da Região de Chapecó, E-mail: [letrindade@hotmail.com](mailto:letrindade@hotmail.com). ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>

<sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS@RISE. E-mail: [elisabete@esenf.pt](mailto:elisabete@esenf.pt) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6478-1008>

### Introdução

Os enfermeiros representam o maior grupo profissional nos cuidados de saúde, e são os responsáveis por garantir as necessidades dos doentes, muitas de elevada complexidade<sup>1</sup>. Os mesmos autores reconhecem a profissão como particularmente estressante, pelas interações com o número elevado e frequentemente complexo de doentes de forma continuada, traumática, praticada com recursos limitados e com exigências crescentes. O risco de desenvolver fadiga por compaixão compromete a saúde dos enfermeiros a nível físico e mental, o desempenho profissional e a satisfação com o trabalho, o que pode induzir, dependendo dos recursos individuais de cada pessoa, um quadro de somatização e/ou defesa em relação ao seu trabalho<sup>2-3</sup>.

A par da crescente preocupação com este fenómeno multidimensional entre os enfermeiros, foram desenvolvidos estudos na área, com recurso a diferentes instrumentos de avaliação disponíveis. A *Professional Quality of Life - ProQOL5*, de Beth Stamm<sup>4</sup>, avalia a satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão nas suas duas dimensões - *burnout* e stress traumático secundário - tendo contribuído de forma significativa para a produção de novo conhecimento científico. Este instrumento foi adaptado à população portuguesa em 2011 apresentando uma boa validade para a avaliação do fenómeno da fadiga por compaixão, dividido em três subescalas, nomeadamente Satisfação por compaixão (SC), *Burnout* (BO) e Stresse Traumático Secundário (STS), cada uma com dez itens, com resposta autoadministrada tipo escala de *Likert* de 5 pontos<sup>5</sup>. Em 2017, um estudo explorou e confirmou a validade fatorial do instrumento, aplicado a enfermeiros portugueses<sup>6</sup>.

Na avaliação da Qualidade de Vida Profissional dos enfermeiros em vários contextos de trabalho, a prevalência de níveis elevados de fadiga por compaixão e *burnout* e os efeitos negativos na qualidade de vida dos enfermeiros são evidentes em diferentes estudos realizados, existindo uma forte correlação entre a fadiga por compaixão e o *Burnout*<sup>1-2</sup>. Numa meta-análise acerca da prevalência de satisfação por compaixão e fadiga por compaixão em enfermeiros da Ásia evidenciou níveis mais baixos de satisfação por compaixão e mais elevados de fadiga por compaixão, por outro lado, as Américas e a Europa evidenciaram níveis mais baixos de fadiga por compaixão e mais elevados de satisfação por compaixão<sup>7</sup>. De salientar, que os níveis de fadiga por compaixão nos enfermeiros têm aumentado gradualmente de 2010 a 2019, sendo que, os enfermeiros das Unidades de Cuidados Intensivos são os que têm apresentado níveis mais elevados de fadiga por compaixão<sup>7</sup>.

Pretende-se neste capítulo apresentar alguns estudos que identificam os níveis de fadiga por compaixão e descrevem a relação deste fenómeno com as variáveis sociodemográficas e profissionais de enfermeiros portugueses.

### Fadiga por compaixão: Resultados de estudos com enfermeiros portugueses

Em Portugal, um estudo investigou o fenómeno em enfermeiros, por considerar que apresentava um impacto significativo no bem-estar do profissional e na qualidade dos cuidados de saúde que dele discorrem, tendo por base a evidência de estudos prévios<sup>8</sup>. Verificando que, de uma amostra de 247 enfermeiros a exercerem em serviços de oncologia, cuidados paliativos e outros contextos hospitalares do Norte e Centro do país, a maioria apresentou níveis médios a altos de *burnout*, de fadiga por compaixão e de satisfação por compaixão. Na associação com as variáveis



sociodemográficas e profissionais, as mulheres revelaram média superior na pontuação de satisfação por compaixão comparativamente aos homens.

Mais tarde, Duarte<sup>6</sup> apontou a ProQOL5, como uma escala que avalia os aspetos positivos e os negativos associados ao trabalho, relevante para a investigação do fenómeno, contribuindo de igual modo para o desenvolvimento de intervenções com vista à melhoria da qualidade de vida dos profissionais de saúde, com o objetivo de reduzir o *burnout* e a fadiga por compaixão, mas também promover a perceção de satisfação com o trabalho de cuidar de outros. Aplicou no seu estudo apenas dezanove itens da ProQOL5, numa amostra de 390 enfermeiros, com média de idade de 38 anos, a maioria mulheres e casadas, a exercerem funções em vários serviços de hospitais públicos do norte e centro do país. Salienta que, as enfermeiras apresentaram níveis mais elevados de satisfação por compaixão comparativamente aos enfermeiros, assim como, os enfermeiros que trabalhavam em serviços de oncologia apresentaram níveis mais elevados de fadiga por compaixão do que os restantes participantes. Por fim, os enfermeiros que apresentaram níveis elevados de *burnout* e fadiga por compaixão, e baixos de satisfação por compaixão, também apresentaram níveis elevados de depressão, ansiedade e sintomas de stresse.

Por seu lado, outros investigadores<sup>9</sup> descreveram num estudo com 87 enfermeiros do serviço de urgência e emergência de adultos de um hospital da cidade do Porto, sendo a maioria mulheres com média de idade de 37 anos e sem parceiro. Constataram médias mais elevadas na satisfação por compaixão, sobretudo nos participantes com mais idade, seguida do *burnout* e do stresse traumático secundário, este último com médias mais elevadas nos mais novos, com menos tempo de experiência profissional e sem atividades de lazer. Existindo fadiga por compaixão na grande percentagem de enfermeiros com níveis elevados de *burnout* e stresse traumático secundário, os quais se associaram a características individuais como a idade, o sexo, a experiência profissional e as atividades de lazer.

Do mesmo modo, numa amostra constituída por 201 enfermeiros, a maioria do distrito do Porto, mulheres, jovens, com parceiro, licenciadas, provenientes de centro hospitalar universitário, com vínculo definitivo, verificaram-se valores médios nas três dimensões da ProQOL5<sup>10</sup>. O *burnout* apresentou correlação negativa e significativa com a satisfação por compaixão, e também, uma correlação significativa positiva com o stress traumático secundário. No que diz respeito às análises comparativas da satisfação por compaixão, *burnout* e stresse traumático secundário em função das variáveis sociodemográficas e profissionais, os enfermeiros que trabalhavam 35 horas semanais ou menos, apresentaram médias superiores de stress traumático secundário.

Recentemente, no estudo com 127 enfermeiros gestores de organizações hospitalares portuguesas durante a pandemia por Covid-19, a maioria mulheres, com mais de 50 anos de idade, com parceiro, com filhos e a exercerem em hospitais públicos, apresentaram médias mais elevadas de satisfação por compaixão, do que de *burnout* ou de stress traumático secundário<sup>11</sup>. Os valores dos scores nos pontos de corte, comparados com os valores de Stamm<sup>4</sup> e Carvalho e Sá<sup>5</sup>, apresentam valores médios superiores de satisfação por compaixão e valores médios inferiores de *burnout* e stress traumático secundário. Das mesmas autoras, a associação da ProQOL5 com as variáveis sociodemográficas e profissionais, revelaram que, os participantes do sexo masculino apresentaram médias superiores de *burnout*, em relação ao sexo feminino. Assim como, os participantes com filhos apresentaram médias superiores de satisfação por compaixão. No que diz respeito às variáveis profissionais, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas.

Na Tabela 1 sintetiza-se os valores dos pontos de corte da ProQOL5 em resultados T-score, permitindo assim, a comparação dos valores das três subescalas entre os estudos mais recentes em Portugal com enfermeiros<sup>9-11</sup>, versão original<sup>4</sup> e a versão de adaptação portuguesa<sup>5</sup>, verificando resultados similares nas diferentes amostras e contextos.

### Tabela 1

Pontos de corte da ProQOL5 dos estudos Pereira et al. (2022), Batalha et al. (2022), Borges et al. (2019), Carvalho e Sá (2011) e Stamm (2010).

Percentis	(Pereira et al., 2022)	(Batalha et al., 2022)	(Borges et al., 2019)	(Carvalho & Sá, 2011)	(Stamm, 2010)
-----------	------------------------	------------------------	-----------------------	-----------------------	---------------

Pontos de corte	SC	B O	ST S	SC	BO	ST S	SC	BO	ST S	SC	BO	STS	SC	B O	ST S
25	43,1	43,1	42,5	43,6	43,1	42,5	42,9	42,8	43	44	42	41	44	43	42
50	51,1	48,2	48,4	51,1	49,1	48,0	51,4	48,1	48,3	50	50	49	50	50	50
75	57,5	56,8	55,8	56,7	57,2	56,8	56,4	58,8	59,1	59	56	57	57	56	56

## Conclusões

A ProQOL5 tem sido aplicada na avaliação da Qualidade de Vida Profissional dos enfermeiros portugueses em vários contextos de trabalho. Os participantes dos estudos apresentam valores moderados de satisfação por compaixão e fadiga por compaixão no score da ProQOL5. Na associação com as variáveis sociodemográficas, a fadiga por compaixão é influenciada por fatores pessoais como o sexo, a idade, a presença de filhos, as atividades de lazer, a experiência profissional, o número de horas de trabalho e o tipo de serviço dos enfermeiros.

Como descrito pela autora do modelo<sup>9</sup>, a Qualidade de Vida Profissional é a qualidade que cada profissional sente a desempenhar funções como cuidador, equilibrando o polo positivo (satisfação por compaixão) e o polo negativo (fadiga por compaixão), se a satisfação por compaixão apresenta valores mais elevados, maximiza a sensação de bem-estar do profissional e reduz o risco de fadiga por compaixão. A literatura permite afirmar que a satisfação por compaixão está em sinergia com um ambiente de trabalho positivo e consequentemente melhor desempenho laboral. O estímulo da implementação de estratégias para promover a satisfação por compaixão está dependente também da liderança. A mesma autora refere que estes profissionais devem beneficiar de oportunidades para desenvolver a formação, assim como, de compromisso por parte da organização na progressão profissional.

**Palavras-Chave:** Enfermagem; Fadiga por Compaixão; Burnout

## Referências

- 1 Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *International J of Nurs Studies* [internet]. 2017 [cited 10 apr 23];69: 9–24. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>.
- 2 Lee HJ, Lee M., Jang SJ. Compassion Satisfaction, Secondary Traumatic Stress, and *Burnout* among nurses working in trauma centers: A cross-sectional study. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];18(14):7228. Available from: <http://doi.org/10.3390/ijerph18147228>.
- 3 Bahari G, Asiri K, Nouh N, Alqahtani N. professional quality of life among nurses - compassion satisfaction, *burnout*, and secondary traumatic stress: A multisite study. *SAGE Open Nurs* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]; 8:23779608221112329. Available from: <https://doi.org/10.1177/23779608221112329>.
- 4 Stamm, BH. The concise manual for the professional quality of life scale (2nd.). Eastwoods, LLC [internet]. 2010 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/ProQOL%20Manual.pdf?ver=1622839353725>.
- 5 Carvalho P, Sá L. Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala “Professional Quality of Life 5”. Tese [Mestrado]: Cuidados Paliativos, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Repositório da Universidade Católica Portuguesa [internet]. 2011 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/8918/1/1.%20Fadiga%20por%20Compaix%C3%A3o%20nos%20Cuidados%20Paliativos%20em%20Portugal%20Disserta%C3%A7%C3%A3o%20de%20Mestrado%20em%20Cuidados%20Paliativos%20ICS-UCP-Port~1.pdf>.
- 6 Duarte J. Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (ProQOL-5). *Análise Psicológica* [internet]. 2017 [cited 10 apr 23];529–542. Available from: <https://doi.org/10.14417/ap.1260>.

7 Xie W, Chen L, Feng F, Okoli CT, Tang P, et al. The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International J of Nurs Studies* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];120:103973. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>.

8 Cruz B. *Burnout e fadiga por compaixão em enfermeiros portugueses*. Tese [Mestrado]: Psicologia Clínica e da Saúde, Universidade de Coimbra - Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação. Repositório científico da Universidade de Coimbra [internet]. 2014 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/27328>.

9 Borges EM, Fonseca CS, Baptista PC, Queirós CM, Baldonado-Mosteiro M, et al. Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];27. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>.

10 Batalha EM, Melleiro MM, Borges EM. Relationship among compassion satisfaction, *burnout* and traumatic stress with the patient safety. *J Nurs Health* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];12(2):e2212222270. Available from: <https://doi.org/10.15210/jonah.v12i2.3340>.

11 Pereira J, Trindade L, Borges E. *Fadiga por compaixão e cultura de segurança do doente – um estudo com enfermeiros gestores*. Tese [Mestrado]: Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Repositório comum da Escola Superior de Enfermagem do Porto [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/42322>.

**CAPÍTULO 2 – SÍNDROME DE *BURNOUT* E ESTRESSE  
OCUPACIONAL**

## 2.1 SÍNDROME DE BURNOUT: ASPECTOS DA DOENÇA, DIAGNÓSTICO E PREVENÇÃO PARA A QUALIDADE DE VIDA NO TRABALHO

Caroline Schacker Evangelista<sup>1</sup>, Melanie Schröder<sup>2</sup>, Luccas Melo de Souza<sup>3</sup>, Adriana Aparecida Paz<sup>4</sup>.

<sup>1</sup>Mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf)- Mestrado Profissional em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). E-mail: [aenfacarol@gmail.com](mailto:aenfacarol@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8909-3076>

<sup>2</sup>Acadêmica de Enfermagem na Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA). E-mail: [melanieschroder10@gmail.com](mailto:melanieschroder10@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4591-2436>

<sup>3</sup>Doutor em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: [lucas@ufcspa.edu.br](mailto:lucas@ufcspa.edu.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1629-9935>

<sup>4</sup>Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). E-mail: [adrianap@ufcspa.edu.br](mailto:adrianap@ufcspa.edu.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1932-2144>

### Introdução

Este capítulo poderia começar de uma maneira mais científica, afinal de contas, escrever demanda pesquisa, estudo, tempo e certa formalidade. Porém, como vamos falar sobre um assunto que é provocado pela exaustão, não queremos que você se sinta assim enquanto estiver lendo. Em janeiro de 2022, a cantora pop Beyoncé lançou o single “*Break my Soul*”, que rapidamente viralizou e tornou-se o hino da “*Great Resignation*”, um movimento massivo de pedidos de [demissão](#) por parte de trabalhadores nos Estados Unidos da América e em outras partes do mundo. E a temática da música adivinham qual era? Isso mesmo, *Burnout!* Ainda neste mesmo período, a Síndrome de *Burnout* (SB) foi codificada na Classificação Internacional de Doenças (CID), versão 11, da Organização Mundial da Saúde (OMS), contribuindo para uma definição mais universal para diagnóstico da doença e unificou as variações do termo antes presentes na literatura.

O trabalho possui a capacidade de gerar saúde, bem-estar e sensação de pertencimento às pessoas pelo vínculo social que promove. Entretanto, pode representar um fator de risco e gerar o adoecimento (e a morte antecipada) dos trabalhadores. As doenças e os agravos relacionados ao trabalho (DORT) são reconhecidos como qualquer dano à integridade física ou mental das pessoas, decorrente das condições, podendo estas serem adversas, em que o trabalho é realizado. Estima-se que em 2017 foram registradas cerca de 2,78 milhões de mortes atribuídas ao trabalho no mundo, e que este dado representa 5% dos eventos ocorridos naquele ano, e doenças relacionadas ao trabalho (DRT) representaram 86,7% dessa carga de óbitos mundial, destes 13,3% são ocorrências de acidentes de trabalho fatais. Lembrando que esses números estão subestimados, pois o reconhecimento da relação entre a doença e o trabalho ainda não se apresenta determinante para o diagnóstico rápido e imediato.<sup>1</sup>

No Brasil, a portaria 1.339/1999 instituiu a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, que passou a ser adotada como referência dos agravos originados no processo de trabalho no Sistema Único de Saúde (SUS) para uso clínico e epidemiológico<sup>2</sup>, sendo atualizada pela portaria 2.309/2020.<sup>3</sup> Essa lista não é exclusiva, ou seja, as doenças que não fazem parte da lista podem ser reconhecidas como DORT se existir o histórico de exposição ocupacional que justifique o estabelecimento da relação de risco.<sup>2</sup>

O reconhecimento da relação entre o adoecimento e o trabalho compreende um processo social para além da dimensão técnica e de evidências científicas. Por isso, a elaboração das Listas de DORT foi um marco importante para a sociedade, por esclarecer e definir essa relação, bem como

orientar a elaboração de documentos por parte das agências internacionais, como Organização Internacional do Trabalho (OIT) e a OMS.<sup>4</sup>

Publicado em junho de 2022, o [Relatório Mundial de Saúde Mental](#) da OMS retratou que, no ano de 2019, um bilhão de pessoas viviam com transtornos mentais e 15% dos adultos em idade laboral sofriam com algum transtorno mental. Embora a Convenção de Segurança e Saúde dos Trabalhadores Ocupacional da OIT (Nº 155) e a [Recomendação \(Nº 164\)](#) forneçam estruturas legais para proteger a saúde e a segurança dos trabalhadores, o [Atlas de Saúde Mental](#) da OMS constatou que apenas 35% dos países relataram possuir programas nacionais de promoção e prevenção da saúde mental relacionada ao trabalho. O surgimento da pandemia da *Coronavirus Disease 2019* (COVID-19) desencadeou um aumento de 25% na ansiedade e depressão geral em todo o mundo. Isso expôs o despreparo dos governos para enfrentar o impacto sobre a saúde mental, revelando uma escassez global crônica de recursos para a essa área. Em 2020, os países gastaram, em média, apenas 2% dos orçamentos em saúde mental, com países de renda média-baixa foi investido menos de 1%.<sup>5</sup>

Na última década, foram registrados 14.487 casos de investigação de transtornos mentais relacionados ao trabalho no Brasil, sendo destes 513 casos de SB (87 no ano de 2022) conforme o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), do Ministério da Saúde.<sup>6</sup> Conforme documento elaborado pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (Ipea), baseado em dados série trimestral da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua (PNAD Contínua), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) de 2022, estima-se que cerca de 100,2 milhões exercem alguma atividade profissional, com ou sem registro formal no Brasil.<sup>7</sup> Embora a cada dia vemos e ouvimos ser citada por veículos de imprensa em todo o mundo, tais dados deixam evidente a subnotificação da SB, bem como dos transtornos mentais em geral.

## Objetivo

O presente capítulo tem por objetivo contextualizar a Síndrome de *Burnout* quanto aos aspectos da doença, diagnóstico e prevenção para a qualidade de vida no trabalho.

## Método

Este capítulo foi elaborado a partir de um levantamento bibliográfico do tipo revisão narrativa da literatura na base de dados bibliográficos da plataforma *Medline*. Utilizou-se a estratégia de busca “esgotamento profissional” AND “pessoal da saúde” AND “saúde do trabalhador”. Foram consultados estudos publicados na língua portuguesa, inglesa ou espanhola, dos últimos cinco anos (2018-2022) e disponíveis para leitura na íntegra de forma gratuita. Foram encontrados 698 estudos, que após a leitura do título e resumo, selecionou-se 15 artigos para a leitura completa e incluídos na discussão. Optou-se por excluir estudos de literatura cinzenta, bem como aqueles que não respondiam à questão de pesquisa dos autores. Do total de estudos excluídos (n=683), grande parte (n=314) tinha como tema a pandemia de Covid-19.

## Resultados e discussão

A SB é reputada como consequência do desequilíbrio entre os estressores laborais e a capacidade de resposta do indivíduo, gerando a cronificação do estresse ocupacional. Sua denominação provém da expressão de língua inglesa *Burn out*, que traduzida pode significar queimar-se ou reduzir a cinzas. Nas ciências sociais, é entendida como esgotamento ou desgaste humano<sup>8</sup>, com as descobertas iniciais sobre a SB atribuídas ao psiquiatra Herbert Freudenberger (1974). Ele utilizou o termo “*staff burn-out*” (Síndrome de *Burnout*) para classificar o estado de exaustão física e emocional observados em voluntários com os quais trabalhava, embora o distúrbio precede sua classificação a década de 50 por haver na literatura publicações de relatos e estudos de caso descrevendo os mesmos sintomas e sentimentos.<sup>9</sup>

O esgotamento psíquico, emocional e físico do indivíduo sustenta à SB, uma definição multidimensional expressa por três variáveis essenciais: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização profissional.<sup>9</sup> Dentre os mais afetados pela SB, de acordo com a literatura, estão os profissionais de saúde, com maior prevalência em enfermeiros. Em estudo que buscou identificar e comparar os níveis de SB entre enfermeiros portugueses, espanhóis e brasileiros, identificou-se que

aproximadamente 42% deles apresentaram níveis moderados/altos de SB, não sendo encontradas diferenças entre os países.<sup>10</sup>

Para a identificação da SB, o questionário JBEILI, elaborado e adaptado por Chafic Jbeili, é considerado pelos pesquisadores o questionário padrão ouro (até o momento), apesar de suas deficiências conceituais, psicométricas e práticas. Inspirado no Maslach Burnout Inventory (MBI), o JBEILI foi utilizado em 88% de todas as publicações (mais de 80.000) sobre o assunto.<sup>11</sup> Ele é composto por 20 alternativas que variam de 1 a 5, indicando a frequência em que os indivíduos experimentaram a situação indicada pelo item, enumerados da seguinte forma: 1-Nunca, 2-Anualmente, 3-Mensalmente, 4-Semanalmente, e 5-Diariamente. As alternativas são distribuídas para avaliação dos três componentes da SB: exaustão emocional, despersonalização e a realização profissional. O escore é calculado através da soma dos resultados do questionário JBEILI, que possui a pontuação de 0 a 100, na qual de 0 a 20 se refere a nenhum indício de SB; de 21 a 40, possibilidade de desenvolver a SB - alerta para ações de prevenção; de 41 a 60, fase inicial de SB, apresentando sintomas específicos; 61 a 80, a SB começa a se instalar, sendo necessária o auxílio profissional para combater o agravamento dos sintomas; e, entre 81 a 100, se instala a fase alarmante da SB, na qual necessita acompanhamento profissional com urgência.<sup>12-13</sup>

Apesar de sua popularidade, o MBI tem o apontamento de três falhas (1ª conceituação; 2ª deficiências técnicas psicométricas e 3ª aplicabilidade prática para avaliação individual) identificadas em um estudo do tipo avaliação de instrumento, publicado em 2020, que traz novo conceito da SB como o “*um estado de exaustão relacionado ao trabalho que ocorre entre os funcionários, caracterizado por cansaço extremo, capacidade reduzida de regular os processos cognitivos e emocionais e distanciamento mental. Estas quatro dimensões centrais do burnout são acompanhadas por humor deprimido, bem como por queixas psicológicas e psicossomáticas inespecíficas*”.<sup>11:4</sup> A reconceituação permitiu a criação de um novo questionário psicométrico sólido e útil na prática para a avaliação individual e em grupo da SB, denominado *Burnout Assessment Tool* (BAT). O BAT consiste em 33 itens e mede as dimensões centrais (BAT-C) de SB, bem como as dimensões secundárias (BAT-S), em que quanto maior a pontuação, maior o nível de SB, independente de sexo, idade e nacionalidade.<sup>11</sup>

Vale ressaltar que embora vários questionários alternativos de *Burnout* tenham sido propostos, como por exemplo, *Burnout Measure* (BM), *Shirom Melamed Burnout Measure* (SMBM), *Copenhagen Burnout Inventory* (CBI), *Granada Burnout Questionnaire* (GBQ), *Bergen Burnout Inventory* (BBI) e *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI), nenhum instrumento atendeu a todas as preocupações supracitadas.<sup>11</sup>

A Figura 1 expressa as diferenças dos domínios entre os instrumentos MBI e BAT para rastreamento da SB.

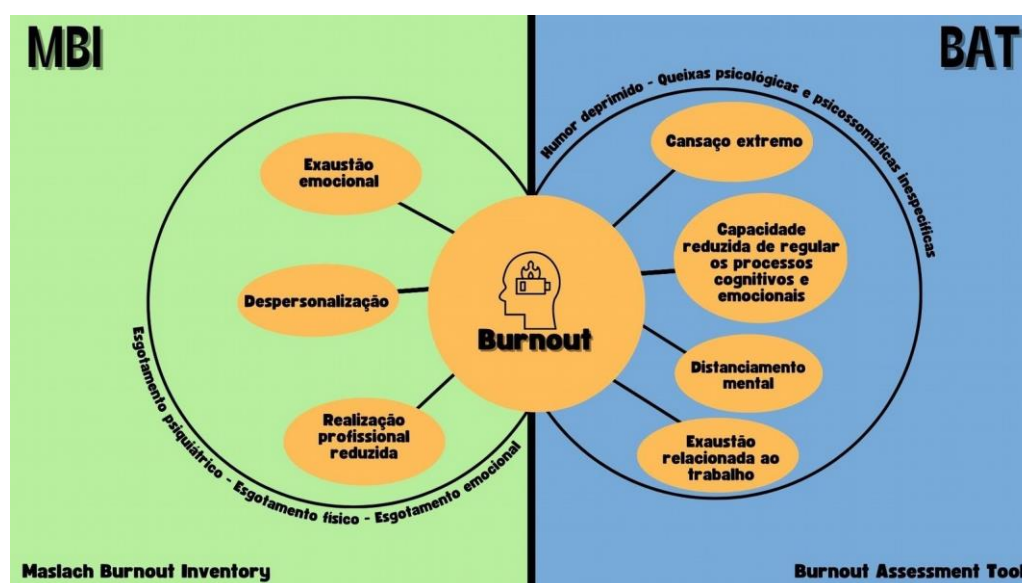


Figura 1: Domínios dos instrumentos que rastreiam a Síndrome de *Burnout*.

Fonte: Próprios autores (2023).



Recentemente, *Jacinda Ardern* anunciou a sua renúncia ao cargo de primeira-ministra da Nova Zelândia alegando SB como uma das principais razões. Em entrevista à Revista Forbes-Mulher, a mesma declarou: “*Ser uma irmã melhor, uma filha melhor, uma parceira melhor, melhor em nosso trabalho, melhor em cuidar – tudo. Acho que carregamos tanta expectativa e culpa. É difícil saber como equilibrar isso*”.<sup>14:2</sup>

A SB é uma doença que inviabiliza a vida laboral do trabalhador, impacta negativamente na produtividade organizacional, afeta o desempenho econômico do país quanto à sua força de trabalho e gera custos associados aos afastamentos por adoecimento. Os recursos de trabalho, que são os instrumentos e características usados para lidar com as exigências laborais (podendo ser equipamentos, informações estratégicas, criação de equipes ou suporte especializado) atuam como importante fator de proteção psicossocial ao *Burnout*.

Um estudo que objetivou investigar a relação entre o *Burnout* e a satisfação de vida em trabalhadores brasileiros, ressaltou o quanto se faz necessário prestar maior atenção e investir nas ações para seu desenvolvimento na prática profissional, tanto por políticas organizacionais específicas, quanto as governamentais. As ações adotadas devem visar a busca de um trabalho saudável, com metas de desempenho que energizam os trabalhadores e conduzam a resultados que tragam realização profissional, e conseqüentemente, a satisfação de vida do trabalhador. Segundo os dados dessa mesma pesquisa, planejar a estratégia de qualquer organização ou instituição com foco unívoco nas exigências, sem avaliar os recursos de trabalho que sejam impulsionadores do desempenho, significa aumentar a probabilidade de ocorrências de desgastes de energia laboral sem recarga adequada ou, dito de outro modo, do *Burnout*.<sup>15</sup>

Em se tratando de ações preventivas ainda é um desafio para área da gestão do trabalho (empregadores), visto que quando diagnosticado os distúrbios osteomusculares, acidentes de trabalho e estresse físico são adotadas ações para minimizar o adoecimento por meio de repouso e descanso dos trabalhadores. Em contrapartida, quando o desgaste é psíquico torna-se um desafio o diagnóstico, tratamento e ações individuais e coletivas. Contudo, este tipo de desgaste afeta a qualidade de vida e saúde do trabalhador.<sup>13</sup> Ademais, na literatura consultada existe a indicação pelos autores para estabelecer ações para prevenção do estresse psíquico. Entretanto, não se encontram publicações que descrevam as ações exitosas aplicadas aos trabalhadores pela equipe de saúde do trabalhador e/ou empresas, de modo a compartilhar e replicar estas ações preventivas que valorizam a saúde mental dos trabalhadores.

A SB não se restringe a uma única área de atuação profissional ou população, uma vez que estímulos estressores podem ser encontrados em todas as atividades, qualquer pessoa pode desenvolver a doença. Nas fases iniciais, raramente apresenta sintomas e desconfortos e tão pouco são associados pelo indivíduo, embora, perceba uma piora de sua saúde. Por sua vez, o diagnóstico ocorre apenas quando a condição de saúde e qualidade de vida são afetados com a instauração de distúrbios psicossomáticos.<sup>13</sup>

Diante dos aspectos da SB, a qualidade de vida no trabalho (QVT) é almejada pelos profissionais, haja vista a relação inversamente proporcional que possuem, em que altos indicadores de *Burnout* representaram baixos índices de QVT e vice-versa. Conforme estudo que investigou a presença dos indicadores desta, como apurar a relação da QVT, com a incidência da SB e analisar a influência da presença da desta na percepção de saúde do trabalhador em profissionais atuantes em área administrativa em empresas públicas e privada.<sup>13</sup>

## Conclusões

Ainda que desde 2022 a SB tenha ganhado notoriedade por conta dos impactos na saúde de trabalhadores, empregadores e sociedade, observa-se uma lacuna de produções científicas que abordam maneiras preventivas de romper com o ciclo do estresse laboral, principalmente, com foco em políticas públicas de saúde.

**Palavras-Chave:** Esgotamento Psicológico; Esgotamento Profissional; Saúde do Trabalhador; Doenças Profissionais.



## Referências

- 1 Silva JS, Bandini M, Baeta KF, Dias EC. Atualização 2020 da Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho no Brasil. Rev Bras Saude Ocup [internet]. 2022 [cited 05 jan 23];47:e11. Available from: <https://doi.org/10.1590/2317-6369/34220PT2022v47e11>.
- 2 Ministério da Saúde (BR). Portaria 1339, de 18 de novembro de 1999. Dispõe sobre Instituir a Lista de Doenças relacionadas ao Trabalho. Brasília: Ministério da Saúde [internet]. 1999 [cited 10 apr 23]. Available from: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339\\_18\\_11\\_1999.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1999/prt1339_18_11_1999.html).
- 3 Ministério da Saúde (BR). Portaria 2309 de 28 de agosto de 2020. Altera a Portaria de Consolidação nº 5/GM/MS, de 28 de setembro de 2017, e atualiza a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (LDRT). Brasília, Ministério da Saúde [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-2.309-de-28-de-agosto-de-2020-275240601>.
- 4 Figueiredo L. Adoecimento psíquico no trabalho. Est neg acad [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];4:94-100. Available from: <https://portalderevistas.esags.edu.br/index.php/revista/article/view/101/106>.
- 5 Organização Mundial da Saúde (SZ). World mental health report: Transforming mental health for all [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde. Sistema de Informação de Notificação de Agravos à Saúde. Investigação de transtornos mentais relacionados ao trabalho - notificações registradas no SINAN NET - Brasil [internet]. [cited 10 apr 23]. Available from: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinanet/cnv/transmentalbr.def>.
- 7 Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (BR). Desempenho recente do mercado de trabalho e perspectivas. Número 56 - Nota de Conjuntura 25 - 3º trimestre de 2022 [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: [https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/wp-content/uploads/2022/09/220920\\_cc\\_56\\_nota\\_26\\_mercado\\_de\\_trabalho.pdf](https://www.ipea.gov.br/cartadeconjuntura/wp-content/uploads/2022/09/220920_cc_56_nota_26_mercado_de_trabalho.pdf).
- 8 Jackson SE, Schwab RL, Schuler RS. Toward an Understanding of the *Burnout* Phenomenon. JJ Appl Psychol [internet]. 1986 [cited 10 apr 23];71(4):630-40. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/1987-11698-001>.
- 9 Maslach C, Schaufeli WB. Historical and conceptual development of *burnout*. In: Schaufeli WB, Maslach C, Marek T. Professional *burnout*: Recent developments in theory and research. Taylor & Francis [internet]. 1993 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.1201/9780203741825-1/historical-conceptual-development-burnout-christina-maslach-wilmar-schaufeli>.
- 10 Borges EM, Queirós CM, Abreu MS, Mosteiro-Diaz MP, Baldonado-Mosteiro M, et al. *Burnout* entre enfermeiros: um estudo multicêntrico comparativo. Rev Latinoam Enferm [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];29:e3432. Available from: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4320.3432>.
- 11 Schaufeli WB, Desart S, Witte H. *Burnout* Assessment Tool (BAT)—Development, validity, and reliability. Int J Environ Res Public Health [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];17(24):9495. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17249495>.
- 12 Jbeili C. Questionário preliminar de identificação da *burnout* [internet]. 2008 [cited 10 apr 23]. Available from: [http://www.chafic.com.br/index\\_arquivos/burnout.pdf](http://www.chafic.com.br/index_arquivos/burnout.pdf).
- 13 Quadros AH, Minagawa JS. Associação entre síndrome de *burnout*, qualidade de vida e percepção de saúde do trabalhador. Rev Científica da UMC [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];6(1):1-17. Available from: <http://seer.umc.br/index.php/revistaumc/article/view/709>.
- 14 King MP. Por que a decisão de Jacinda Ardern faz tanto sentido para as mulheres. Forbes [internet]. 2023 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://forbes.com.br/forbes-mulher/2023/01/por-que-a-decisao-de-jacinda-ardern-faz-tanto-sentido-para-as-mulheres/>.
- 15 Vazques AC, Santos AS, Costa PV, Freitas CPP, Witte H, et al. Trabalho e bem-estar: Evidências da relação entre *burnout* e satisfação de vida. Avaliação Psicol [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];18(4):372-81. Available from: <http://dx.doi.org/10.15689/ap.2019.1804.18917.05>.

## 2.2 SÍNDROME DE *BURNOUT*: A PANDEMIA COVID-19 COMO FATOR DE RISCO NOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Cristina Queirós<sup>1</sup>, Miguel Cameira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal, [cqueiros@fpce.up.pt](mailto:cqueiros@fpce.up.pt), ORCID [orcid.org/0000-0002-8045-5317](https://orcid.org/0000-0002-8045-5317)

<sup>2</sup>Centro de Psicologia da Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal, [cameira@fpce.up.pt](mailto:cameira@fpce.up.pt), ORCID [orcid.org/0000-0002-1629-3608](https://orcid.org/0000-0002-1629-3608)

### Introdução

Em maio de 2019 a Organização Mundial de Saúde (WHO/OMS)<sup>1</sup> reconheceu o burnout com um fenómeno ocupacional, alertando entidades empregadoras, trabalhadores e cidadãos para os prejuízos que este acarreta para o desempenho, produtividade, e, sobretudo, para o impacto negativo que tem na saúde mental dos trabalhadores. Já em 2017 a saúde mental no trabalho tinha sido tema do Dia Mundial da Saúde Mental<sup>2</sup>, a que acresce a preocupação da Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA)<sup>3</sup> com os riscos psicossociais no trabalho, nomeadamente o stress. Mais tarde, em 2018, a Fundação Europeia para a Melhoria das Condições de Vida e de Trabalho (EUROFOUND)<sup>4</sup> alertou para a necessidade de estudos comparativos sobre o impacto do burnout na saúde dos trabalhadores e na produtividade das organizações. Mais recentemente, a Organização Internacional do Trabalho (ILO)<sup>5</sup> reforçou o alerta da OMS com base nos resultados do seu relatório de setembro de 2022, o qual sugere a necessidade de se investir na promoção da saúde mental no trabalho. Este documento refere que 60% da população são trabalhadores e que metade do prejuízo social com situações de doença mental são custos indiretos, como por exemplo, diminuição da produtividade, perdendo-se 12 biliões de dias de trabalho devido a depressão e ansiedade.

Assim, devido às constantes alterações e exigências no mundo laboral, a saúde mental, e nesta o stress ocupacional e o burnout, ganharam visibilidade, sendo importante conhecer o estado psicológico dos trabalhadores para prevenir problemas futuros e promover o bem-estar no trabalho. Contudo, para tal são necessários instrumentos de tipo psicológico que identifiquem o adoecer psicológico, bem como estratégias e intervenções de tipo individual e/ou organizacional que promovam a saúde mental e ocupacional.

Após o reconhecimento do burnout como um fenómeno ocupacional em 2019, o mundo laboral e o mundo académico confrontaram-se com a necessidade de delimitar com rigor o burnout e foi reconhecido o seu impacto financeiro<sup>6</sup>, assistindo-se também ao proliferar do tema da felicidade no trabalho<sup>7</sup>. Inesperadamente, em março de 2020 a OMS declarou a pandemia COVID-19, a qual obrigou a longos confinamentos e exigiu uma adaptação e reformulação dos contextos laborais, nomeadamente teletrabalho e trabalho presencial (este sobretudo nos profissionais de saúde para o combate à pandemia). Dois anos depois, em março de 2022 a OMS<sup>8</sup> alertou para um aumento de 25%

<sup>1</sup> <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

<sup>2</sup> <https://www.who.int/news-room/events/detail/2017/10/10/default-calendar/world-mental-health-day-2017>

<sup>3</sup> <https://osha.europa.eu/pt/themes/psychosocial-risks-and-stress>

<sup>4</sup> <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2018/burnout-in-the-workplace-a-review-of-data-and-policy-responses-in-the-eu>

<sup>5</sup> [https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS\\_856821/lang--en/index.htm](https://www.ilo.org/global/about-the-ilo/newsroom/news/WCMS_856821/lang--en/index.htm)

<sup>6</sup> <https://expresso.pt/economia/2018-05-12-Burnout-custa-329-milhoes-por-ano-as-empresas>

<sup>7</sup> [https://expresso.pt/economia/dinheiro\\_banco/dinheiro\\_planear/dinheiro\\_planear\\_Carreira/em-busca-da-felicidade-no-trabalho=f590041](https://expresso.pt/economia/dinheiro_banco/dinheiro_planear/dinheiro_planear_Carreira/em-busca-da-felicidade-no-trabalho=f590041)

<sup>8</sup> <https://www.paho.org/pt/noticias/2-3-2022-pandemia-Covid-19-desencadeia-aumento-25-na-prevalencia-ansiedade-e-depressao-em>

de problemas de saúde mental, sobretudo depressão e ansiedade, mas também stress pós-traumático e burnout. Importa, então, refletir sobre a pandemia como um fator de risco para a síndrome de burnout, estruturando-se este texto em duas partes: na primeira define-se o conceito de burnout e seus fatores de risco; na segunda descreve-se o impacto psicológico da pandemia e a prevalência do burnout.

## Objetivo

Pretende-se descrever e refletir sobre o impacto psicológico da pandemia Covid-19 como fator de risco para o desenvolvimento (ou agravamento) da síndrome de burnout nos profissionais de saúde. Note-se que pela pertinência e complexidade do tema inúmeros estudos têm sido publicados, optando-se por referir apenas alguns mais ilustrativos e abrangentes. Desde a definição de burnout nos anos 70 até ao impacto da pandemia Covid-19 na saúde mental, existem variados estudos sobre fatores de risco psicossocial no burnout, bem como sua prevalência, pelo que este texto tem um formato de sensibilização genérica quer em termos de conteúdos científicos (citando várias revisões sistemáticas que permitem conclusões melhor fundamentadas e, por sua vez, conhecer mais estudos), mas também socorrendo-se de dados existentes nos sites de instituições que, sobretudo na Europa, desenvolvem e publicam estudos de vários países, como a EU-OSHA, ILO, OECD e EUROFOUND, sem esquecer a OMS.

## Desenvolvimento

### Burnout: conceito e fatores de risco

Enquanto conceito definido teoricamente e investigado na prática, o burnout surge na década de 70 simultaneamente definido nos Estados Unidos da América pelo psiquiatra americano Herbert Freudenberger e pela psicóloga social Christina Maslach<sup>1,2</sup>, ambos preocupados com um conjunto de sintomas individuais que colocavam em risco a saúde psicológica e física dos trabalhadores, mas também afetavam as organizações onde estes trabalhavam causando problemas no desempenho e na produtividade, nomeadamente na prestação de serviços a outrem. Contudo, os primeiros sintomas de burnout foram descritos 20 anos antes<sup>2,3</sup> a propósito da enfermeira psiquiátrica Miss Jones que relatou sentir-se progressivamente mais sobrecarregada e menos recompensada enquanto prestadora de cuidados, bem como sentindo que perdia suporte social e diminuía a sua capacidade de trabalho. Também Bradley<sup>4</sup> descreveu como “*staff burn-out*” o desgaste de profissionais dos serviços prisionais, realçando a necessidade de medidas organizacionais. Talvez como resultado de mudanças do contexto laboral, nos Estados Unidos da América, em 1974 Freudenberger<sup>5</sup> identificou em terapeutas de uma clínica de atendimento a toxicod dependentes sintomas de desgaste emocional e de diminuição dos ideais altruístas de ajuda, definindo o burnout como um esgotar dos recursos provocados por exigências constantes dos utentes. Em 1976 Maslach<sup>1</sup> descreveu sintomas semelhantes devido a anos a gerir os problemas de outros até se quebrar algo no interior do profissional de ajuda, resultando o burnout da erosão da alma do trabalhador.

Note-se que tudo se inicia com fontes de stress no trabalho nas quais a pessoa sente que não dispõe dos recursos suficientes, iniciando um processo de esgotamento desses recursos e terminando num estado de burnout. Ou seja, no stress a pessoa tem a sensação deste desequilíbrio, mas considera que ainda dispõe de controle para gerir as fontes de stress e que a situação é intensa, mas temporária. Já no burnout a pessoa tem a sensação de ter esgotado os seus recursos e estes serem insuficientes para enfrentar uma situação que vai durar no plano temporal, não sendo possível ver “*uma luz ao fundo do túnel*”.

Apesar de existirem vários modelos de teorização do burnout, o modelo de Maslach e colegas<sup>1</sup> é mundialmente o mais consensual, definindo o burnout como um processo de desadequada gestão do stress crónico no trabalho, do qual resulta um estado de esgotamento dos recursos do trabalhador face às exigências da sua tarefa, prejudicando a sua saúde, mas também o seu desempenho e produtividade. Embora inicialmente o burnout tenha sido descrito nas profissões de ajuda devido à necessidade de expressar empatia e tentar aliviar o sofrimento físico e psicológico dos utentes do serviço, rapidamente se verificou que afetava trabalhadores de diferentes profissões, tendo sintomas comuns.

Estes sintomas, baseados no modelo teórico de Maslach e colaboradores<sup>1</sup> foram agrupados em três grandes dimensões: exaustão emocional, cinismo ou despersonalização, e perda da eficácia ou da realização profissional. A primeira dimensão é a exaustão emocional, resultando da desadequada gestão do stress profissional crónico ao longo dos anos, fazendo esgotar os recursos do trabalhador e gerando um enorme cansaço físico e psicológico. Assim, tudo o que anteriormente era concretizado no trabalho com facilidade, agora, por mais simples que seja, obriga a um esforço enorme, gerando desconforto, frustração e desespero, expressos em afirmações como “*já não aguento mais*” ou “*não consigo, mas antes fazia isto facilmente*”. Esta sensação de exaustão frequentemente começa por um cansaço físico que a pessoa não atribui ao burnout, mas rapidamente se alarga a um cansaço emocional e psicológico que deteriora as relações com outras pessoas, seja a nível pessoal ou profissional. O trabalhador sente a sua energia diminuída, tem dificuldade em enfrentar novas ou imprevistas tarefas, o seu descanso é insuficiente (ex.: necessitar de mais horas de sono ou ter um sono ser pouco recuperador) e a pessoa tem a sensação de um esgotar progressivo da sua energia física e anímica/emocional/psicológica.

Durante esta fase de exaustão progressiva a pessoa sente que começa a mudar a sua forma de enfrentar as exigências no trabalho e surge a segunda dimensão, designada como cinismo ou despersonalização, pois muda a “*personalidade*” no sentido da frieza e distanciamento emocional. Apesar de nas profissões de ajuda a sequência mais habitual ser o burnout iniciar-se pela dimensão de exaustão e em seguida surgir a dimensão do cinismo, em profissões que lidam com o lado sombrio da sociedade (ex.: forças policiais, serviços prisionais), pode iniciar-se por um distanciamento emocional e só em seguida surgir a exaustão. Neste modelo de segunda fase do burnout como sendo o cinismo/despersonalização, estes ocorrem quando o trabalhador, para ultrapassar a sensação de esgotamento e perda de energia, começa a desinvestir e afastar-se das suas tarefas e dedicação ao trabalho, pois tudo se foi transformando em fonte de stress contínuo. Para poupar os poucos recursos que ainda tem para enfrentar as fontes de stress no trabalho, a pessoa adota uma postura fria e desligada e não se envolve, pois está extremamente desiludida. Contudo este distanciamento e pessimismo leva à perda de suporte social no trabalho pois as outras pessoas vão-se afastando e gera-se um círculo vicioso de isolamento e distanciamento, que faz diminuir o bem-estar individual e prejudica o desempenho e eficácia no trabalho. Por vezes este isolamento é acompanhado de culpa (sobretudo na prestação de serviços ou de cuidados) e o trabalhador pode até ter a sensação de perseguição pelos outros e que estes conspiram para o/a prejudicar. É de realçar que nesta dimensão de interação/isolamento o burnout pode-se transformar em algo “*contagioso/imitativo*” pois não só um trabalhador em burnout sobrecarrega os restantes devido à diminuição do seu desempenho, como também os restantes se revêm no seu esgotamento, podendo “*imitar*” essa desistência e desinvestimento no trabalho<sup>6</sup>.

Estão, pois, criadas as condições para a terceira dimensão do burnout se ir instalando, não constituindo a última etapa pois vai coexistindo com as dimensões anteriores, e correspondendo à diminuição da autoeficácia e da realização profissional que o trabalho possibilitava. Recorde-se que devido à exaustão física e emocional as tarefas tornam-se mais cansativas, lentas de executar e podem até ter erros, o que vai destruindo a confiança e competência do trabalhador, diminuindo a sua motivação, aumentando a vergonha pelos erros e favorecendo o isolamento das outras pessoas, sobretudo colegas. Há também alterações cognitivas que favorecem este pior desempenho, pois os recursos individuais estão a ser gastos no *coping*/enfrentamento do stress crónico e não são suficientes para a exigência das tarefas.

Note-se que neste modelo tridimensional de Maslach e colegas<sup>1</sup> o burnout ocorre quando simultaneamente existe elevada exaustão emocional, elevado cinismo e baixa realização, sendo a pessoa em burnout descrita como “*ele/ela não era assim, era uma pessoa muito dedicada ao trabalho e não se isolava, etc.*”, expressando este lento esgotar dos recursos a transformação do prazer pelo trabalho em algo que provoca sofrimento. A expressão deste sofrimento geralmente atinge o seu ponto máximo num comportamento absurdo que ocorre em contexto de trabalho, geralmente uma explosão emocional e comportamental de agressividade, a que se segue remorso, choro e culpa, numa espécie de “*gota de água que faz transbordar o copo*”, mas que é a “*última gota dos recursos*” e o estado do lento processo de esgotar estes para enfrentar o stress crónico no trabalho.

Como em 2019 a OMS reconheceu o burnout com um fenómeno ocupacional a incluir na nova versão da Classificação Internacional de Doenças CID-11, tornou-se fundamental determinar com

mais rigor quando ocorre o estado de burnout. Contudo, o burnout apresenta sintomas comuns a outras situações consideradas doenças com critérios de diagnóstico bem definidos, nomeadamente depressão e ansiedade, sendo considerada uma síndrome, o que dificulta o seu diagnóstico. Apesar de o *MBI - Maslach Burnout Inventory* (Maslach et al., 2001) ser o instrumento mundialmente mais utilizado (embora na atualidade a sua utilização seja paga à *MindGarden™*), no contexto da investigação científica outros instrumentos foram surgindo, nomeadamente o *OLBI - Oldenburg Burnout Inventory*, o *CBI - Copenhagen Burnout Inventory* e o *SBI - Spanish Burnout Inventory* <sup>7,8,9</sup>, apenas para citar alguns dos mais utilizados. Contudo, em 2020 foram publicados dois novos instrumentos que parecem refletir a evolução da investigação sobre burnout: *BAT - Burnout Assessment Tool* <sup>10</sup> e *ODI - Occupational Depression Inventory* <sup>11</sup>. O BAT avalia o burnout através das dimensões Exaustão, Distanciamento mental ou Desinvestimento Psicológico, Dificuldades Cognitivas e Dificuldades Emocionais, às quais se juntam os sintomas secundários de Queixas Psicológicas e Queixas Psicossomáticas. No desenvolvimento deste instrumento (para o qual já estão a ser desenvolvidos pontos de corte para algumas amostras/países) os autores sugerem a utilização de um instrumento sobre sintomas depressivos, dada a discussão sobre a sobreposição burnout/depressão. Contribuindo para esta discussão, o ODI é um questionário unidimensional que defende que o burnout é uma forma específica de depressão motivada por fatores laborais, propondo o conceito de depressão pelo trabalho ou depressão ocupacional. Atualmente estes dois questionários estão a ter bastante divulgação, com versões em diferentes países, podendo contribuir para o clarificar desta sobreposição, embora tendo perspetivas diferentes sobre o burnout.

Note-se que o burnout ao ser definido como um fenómeno ocupacional e não uma doença profissional pode prejudicar o trabalhador pois pode ser interpretado como a “síndrome dos fracos”, da pessoa que não se adapta às exigências da tarefa, desresponsabilizando a instituição que cria condições de trabalho difíceis de enfrentar ao longo do tempo, potenciando, também, o estigma que impede de procurar ajuda <sup>6</sup>. É de referir que, nos últimos anos, pelo menos em Portugal, assiste-se cada vez mais a figuras públicas assumirem os seus problemas de saúde mental no sentido de promoverem a procura de ajuda atempada. Contudo, é frequente a referência a “*um burnout*”, como se de um episódio esporádico se tratasse, focando-se no estado, quando na realidade o burnout é o lento processo que deixa uma cicatriz psicológica que faz a pessoa mudar definitivamente a sua relação com o trabalho, e por vezes implica a mudança não só de instituição de trabalho, mas de profissão para recomeçar do zero. Como este recomeçar não é possível para todos os trabalhadores, assiste-se já a intervenções no sentido de cuidar do regresso ao posto de trabalho <sup>12</sup>, as quais reforçam a importância dos serviços de saúde ocupacional, e, no trabalhador que regressa, a boa comunicação, integração, motivação/compromisso com o trabalho, adequadas estratégias de *coping* e autonomia/controle da tarefa, alertando que o facto de ser do género masculino, ter problemas de sono e ter estado afastado mais de 6 meses constituem fatores de risco para um bom regresso.

Os fatores de risco no burnout têm sido amplamente investigados e alvo de revisões sistemáticas sobre a influência de variáveis individuais e organizacionais <sup>2, 13-16</sup>. Nas individuais, o burnout surge frequentemente associado ao género (maior exaustão emocional no feminino, maior cinismo no masculino), a menos idade e/ou anos de serviço, menos perceção de suporte emocional por parte de família/amigos/colegas/chefias, ausência de relacionamento afetivo estável, menos resiliência, utilização de estratégias de *coping* desadaptativas (sobretudo *coping* focado na emoção e evitamento), mais dificuldades na inteligência emocional, mais perceção de stress no trabalho, mais desmotivação e menos *engagement* no trabalho, perceção de formação especializada desadequada à tarefa/função, traços de personalidade como altruísmo, neuroticismo, perfeccionismo, dificuldade em delegar tarefas, e ainda comorbilidades como ansiedade e depressão. Nas variáveis organizacionais o burnout surge associado de forma mais complexa e variada devido à multiplicidade de fatores de risco. Por exemplo, é mais elevado em determinadas profissões (na prestação de serviços e interação com pessoas que exigem algo, destacando-se os profissionais de saúde, forças de segurança, professores, mas também inúmeras outras profissões do contexto empresarial), tarefas/funções (quando há interação com pessoas) e posições (nas chefias intermédias devido a exigências dos subalternos e dos superiores ou em posições sem controle da tarefa). É também mais elevado nos horários com turnos rotativos (sendo ainda associado ao conflito trabalho-família), nas tarefas com falta de autonomia e/ou repetitivas, quanto há problemas na liderança/supervisão ou conflitos no trabalho de equipa, quando há falta de recursos humanos e materiais, e quando há um elevado número de utentes/doentes/alunos a atender.

É importante realçar que para além da variabilidade dos modelos teóricos e explicativos do burnout, que subentendem instrumentos específicos (por exemplo com a dimensão culpa presente no *Spanish Burnout Inventory*), pela sua complexidade no mundo laboral e enquanto síndrome, o burnout torna-se difícil de medir, a que acresce a existência de múltiplos fatores de risco, sobretudo organizacionais que variam enormemente com as profissões e especificidade das tarefas/funções. Além disso acontecimentos externos como a pandemia COVID-19 complexificaram os contextos profissionais, conforme se refere seguidamente.

### **Pandemia COVID-19: impacto psicológico e prevalência do burnout**

Passados quase três anos da declaração da pandemia COVID-19 em março de 2020, a investigação tem alertado para o seu impacto negativo na saúde mental, sobretudo nos profissionais de saúde da linha da frente do combate ao vírus <sup>17</sup>, pois foram-lhes exigidas longas horas de trabalho, isolamento das suas famílias, comunicação de más notícias, controle dos infetados, etc., sem esquecer a exposição ao vírus, o risco de contágio e a brutal sobrecarga física e mental. Uma revisão sistemática realizada por Adanaque Bravo e colegas <sup>18</sup> analisou 24 estudos realizados entre dezembro de 2019 e agosto de 2021, com um total de 9.469 participantes de países europeus, Ásia, Oceânia e Américas, concluindo que a pandemia provocou elevados níveis de stress e de burnout e diminuiu o *engagement*/motivação no trabalho, sugerindo que as instituições de saúde tomem medidas de proteção dos seus profissionais, esgotados pela sobrecarga a que foram expostos nas primeiras fases da pandemia.

Conforme já referido, em março de 2022 a OMS referiu um aumento de 25% de problemas de saúde mental, assistindo-se desde há décadas a uma preocupação com os valores de prevalência na saúde/doença mental. Contudo, no burnout é difícil tirar conclusões, pois como fenómeno ocupacional, reflete a especificidade de cada grupo profissional, bem como é afetado por fatores de risco individuais e organizacionais. Assim, é quase irrealista encontrar um valor global, pois as percentagens encontradas nas múltiplas investigações correspondem a amostras não representativas que dependem da realidade do contexto profissional e também do momento da recolha.

Além disso, os resultados são frequentemente divulgados focando-se nas dimensões do burnout, nas quais a exaustão emocional é a dominante, sendo de alertar que o burnout enquanto resultado global implica a coexistência das diferentes dimensões acima de um determinado valor. Acresce o facto de os estudos empíricos poderem utilizar diferentes questionários para identificação do burnout (o que dificulta as meta-análises e estudos comparativos mais detalhados), bem como apresentarem os resultados por dimensão globalmente, ou discriminarem em cada dimensão o nível moderado e o nível severo, dado os pontos de corte (quando existem) deverem referir se são para aquela profissão, país, período temporal, etc. Importa, então, usar estas percentagens com cautela e, sobretudo, situá-las no seu contexto profissional específico, o que no âmbito da pandemia levou os investigadores a referir nos profissionais de saúde, se estavam na linha da frente do combate <sup>17</sup>, qual a função desempenhada (ex: enfermeiro, médico, auxiliar hospitalar, administrativo), qual o país (sabendo-se que na primeira fase China, Itália e Espanha eram noticiados como tendo números preocupantes de infetados e mortos) e sobretudo qual o momento de recolha, pois não só os avanços na área da saúde/vacinas estão em acelerada evolução, como a perceção de cada profissional mudou bastante desde a incerteza e medo do desconhecido inicial na primeira vaga, até ao cansaço e frustração na segunda vaga e à gestão da doença quase três anos depois.

Apesar destas limitações metodológicas no cálculo das prevalências do burnout, de um modo genérico os estudos referiam até 1998 valores entre 3% a 16%, em 2013 3% a 29% considerando o *score* final de burnout, ou entre 5% e 12% em 2019 <sup>19</sup>, alertando instituições como a EU-OSHA, ILO e EUROFOUND que os valores de stress no trabalho estavam a aumentar, e por consequência o burnout. A EUROFOUND tem mesmo inquéritos sucessivos sobre viver/trabalhar na era da pandemia, focando-se em diferentes aspetos, como por exemplo confiança nas instituições, mas também saúde mental no trabalho.

Em Portugal, o Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, em colaboração com outras entidades, recolheu entre maio e agosto de 2020 dados de 2.097 profissionais de saúde, reportando 32,1% de exaustão e risco de sofrimento psicológico 2,5 superior nos que tratavam doentes com Covid-19. Uma revisão sistemática com meta-análise, de Galanis e colegas <sup>20</sup>, analisou 16 estudos que recolheram dados de 18.935 enfermeiros já na era Covid-19, tendo encontrado 34,1% com exaustão

emocional, 12,6% com despersonalização e 15,2% com realização profissional diminuída. Estas prevalências surgiram associadas a fatores de risco como idade mais jovem, diminuição do apoio social e da disponibilidade da família e colegas para lidar com a pandemia, percepção de elevada ameaça da doença, sobrecarga de tarefas/horários no tratamento de doentes Covid-19, falta de recursos humanos/materiais, e menos formação especializada para a pandemia. Também Parandeh e colegas <sup>21</sup> efetuaram uma revisão sistemática com meta-análise e, com base em 7 artigos e 5.022 profissionais de saúde a trabalhar durante a pandemia, encontraram na exaustão emocional 45% no nível moderado e 37% no nível severo, na despersonalização 49% no nível moderado e 18% no nível severo, e na realização profissional diminuída 38% no nível moderado e 51% no nível severo. Em Portugal, uma notícia do CINTESIS encontrou em 2020 35% dos profissionais de saúde com elevada exaustão e, em 2022, uma reportagem televisiva<sup>9</sup> alertava para o elevado risco de burnout em Portugal, em diferentes profissões, constituindo uma preocupação.

## Conclusões

A saúde mental no trabalho, e especificamente o burnout, constituem uma preocupação crescente, sobretudo numa época de recuperação de todo o desgaste físico e emocional das fases mais intensas da pandemia COVID-19, sabendo-se também como prejudica a capacidade cognitiva. A atribuição do mês de janeiro como “*janeiro branco*” dedicado à saúde mental sensibiliza para estes problemas, mas importa implementar medidas políticas e adotar estratégias de tipo individual (nas quais se tem destacado a automonitorização a nível geral ou empresarial, ambas no sentido de uma abordagem prévia em articulação posterior com profissionais de saúde mental) e de tipo organizacional (embora mais demoradas e complexas de aplicar) que promovam a saúde mental no trabalho e reduzam o burnout <sup>16,19</sup>. Em 2021, em Portugal, a Direção Geral de Saúde enfatizou no seu “*Guia Técnico nº 3: vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho*” o impacto negativo do stress, burnout, ansiedade e depressão, disponibilizando mesmo em anexo instrumentos de acesso livre como o OLBI, DASS-21, HADS, etc, no sentido de facilitar a identificação destes fenómenos/doenças. Também a União Europeia, no seu relatório anual de 2022 “*Health at a Glance*” alertou para as marcas que a pandemia deixou, sobretudo nas novas gerações, o que pode afetar os futuros profissionais. Ora, apesar de em 2023 a OMS estar a rever o estatuto da pandemia COVID-19, esta não terminou e novas pandemias poderão surgir, sendo vital implementar políticas organizacionais que promovam a saúde mental e protejam do burnout os profissionais de saúde <sup>20</sup>, bem como os ajude a recuperar de toda a sobrecarga a que foram expostos durante a pandemia COVID-19, e lhes demonstre o reconhecimento do papel que desempenharam na linha da frente do combate ao vírus.

**Palavras-Chave:** Burnout; Fatores de risco; Covid-19; Impacto psicológico; Saúde ocupacional.

## Referências

- 1 Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annual Review of Psychology* [Internet]. 2001 Feb;52(1):397–422. Available from: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- 2 Queirós C, Gonçalves SP, Marques A. Burnout: Da conceptualização à gestão em contexto laboral. In Neto HV, Areosa J, Arezes P. *Manual de Riscos Psicossociais*. Porto: CIVERI Publishing; 2014, p. 172-192
- 3 Schaufeli, WB and Enzmann, D (1998) *The Burnout Companion to Study and Practice: A Critical Analysis*. London: Taylor, Francis.
- 4 Bradley, HB. Community-based treatment for young adult offenders. *Crime & Delinquency* 15, 359–370.1969
- 5 Freudemberger, HJ. Staff burn-out. *J. Soc. Issues* 30, 159–165.1974 doi: 10.1111/j.1540-4560.1974.tb00706.x
- 6 May RW, Terman JM, Foster G, Seibert GS, Fincham FD. Burnout Stigma Inventory: Initial Development and Validation in Industry and Academia. *Frontiers in Psychology*. 2020 Mar 12;11. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.003917>



- 7 Bianchi R, Schonfeld IS. The Occupational Depression Inventory: A new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020 Nov;138:110249. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110249>
- 8 Kristensen, TS., Borritz, M, Villadsen, E, and Christensen, K. B. The Copenhagen Burnout Inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* 19, 192–207. 2005. Available from: <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
- 9 Gil-Monte, PR, Viotti, S, and Converso, D. Psychometric properties of the Spanish Burnout Inventory (SBI) in a sample of Italian health professionals: a gender perspective. *Liberabit* 23, 153–169. 2017 Available from: <https://doi.org/10.24265/liberabit.2017.v23n2.0110>
- Schaufeli WB, Desart S, De Witte H. Burnout Assessment Tool (BAT)—Development, Validity, and Reliability. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 2020 Dec 18;17(24):9495. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7766078/>
- 11 Bianchi R, Schonfeld IS. The Occupational Depression Inventory: A new tool for clinicians and epidemiologists. *Journal of Psychosomatic Research*. 2020 Nov;138:110249. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.110249>
- 12 Kärkkäinen R, Saaranen T, Hiltunen S, Rynänen OP, Räsänen K. Systematic review: Factors associated with return to work in burnout. *Occupational Medicine*. 2017 Aug;67(6):461–8. Available from: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqx093>
- 13 Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' Burnout and Associated Risk Factors during the COVID 19 pandemic: a Systematic Review and Meta analysis. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2021 Mar 25;77(8):3286–302. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33764561/>
- 14 García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Fagundo-Rivera J, Romero-Martín M, Ortega-Moreno M, Navarro-Abal Y, et al. Factores predictores de los niveles de burnout y work engagement en médicos y enfermeras: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública* [Internet]. 2021; 95. Available from: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272021000100189](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272021000100189)
- 15 Pérez-Fuentes M del C, Molero-Jurado M del M, Gázquez-Linares JJ, Simón-Márquez M del M. Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. *European Journal of Psychology Applied to Legal Context* [Internet]. 2018 Dec 17;11(1):33–40. Available from: <https://journals.copmadrid.org/ejpalc/art/ejpalc2018a13>
- 16 Queirós C, Borges E, Teixeira A, Maio T. Estratégias de prevenção do stress ocupacional, burnout e bullying. In: Borges E. *Saúde e Enfermagem do Trabalho*. Porto: Lidel; 2018, p. 139-157.
- 17 Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, et al. Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Nov 12;17(22):8358. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>
- 18 Adanaqué-Bravo I, Escobar-Segovia K, Gómez-Salgado J, García-Iglesias JJ, Fagundo-Rivera J, Ruiz-Frutos C. Relationship Between Psychological Distress, Burnout and Work Engagement in Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review. *International Journal of Public Health*. 2023 Jan 5;67. Available from: <https://doi.org/10.3389/ijph.2022.1605605>
- 19 Areosa J, Queirós C. INTERNATIONAL JOURNAL ON WORKING CONDITIONS Burnout: uma patologia social reconfigurada na era COVID-19? Burnout: a reconfigured social pathology in the COVID-19 era? [cited 2021 Oct 12]; Available from: [https://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.20\\_Areosa&Queiros\\_p.71.90.pdf](https://ricot.com.pt/artigos/1/IJWC.20_Areosa&Queiros_p.71.90.pdf)
- 20 Galanis P, Vraka I, Fragkou D, Bilali A, Kaitelidou D. Nurses' Burnout and Associated Risk Factors during the COVID 19 pandemic: a Systematic Review and Meta analysis. *Journal of Advanced Nursing* [Internet]. 2021 Mar 25;77(8):3286–302. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33764561/>
- 21 Parandeh A, Ashtari S, Rahimi-Bashar F, Gohari-Moghadam K, Vahedian-Azimi A. Prevalence of burnout among health care workers during coronavirus disease (COVID-19) pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Professional Psychology: Research and Practice* [Internet]. 2022 Sep 15; Available from: <https://psycnet.apa.org/fulltext/2023-01998-001.pdf>



### 2.3 SÍNDROME DE *BURNOUT* EM INTERVENÇÃO PRÉ-HOSPITALAR

Helena Loureiro<sup>1</sup>, Ana Magalhães<sup>2</sup>, Diana Moreira<sup>3</sup>, Inês Pereira<sup>4</sup>, Regina Bontorim Gomes<sup>5</sup>, Joana Pedrosa<sup>6</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro, Portugal. E-mail: [hloureiro@ua.pt](mailto:hloureiro@ua.pt), <https://orcid.org/0000-0003-1826-5923>.

<sup>2</sup>Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. E-mail: [anafmagalhaes@ua.pt](mailto:anafmagalhaes@ua.pt) ORCID: 0009-0000-1999-6870.

<sup>3</sup>Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. E-mail: [dssm14@ua.pt](mailto:dssm14@ua.pt) ORCID: 0009-0008-4964-3994

<sup>4</sup>Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. E-mail: [inespereira21@ua.pt](mailto:inespereira21@ua.pt) ORCID: 0009-0001-8981-2667

<sup>5</sup>Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. E-mail: [regina.bontorim@hotmail.com](mailto:regina.bontorim@hotmail.com) ORCID: 0000-0002-5260-4493

<sup>6</sup>Estudante de Enfermagem da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. Portugal. E-mail: [joanapedrosa74@ua.pt](mailto:joanapedrosa74@ua.pt) ORCID: 0009-0006-1578-8322

#### **Introdução**

A Emergência Pré-Hospitalar (EPH) envolve diferentes fases de desenvolvimento, sendo que aos profissionais de saúde estão essencialmente adstritas as funções de responsabilização pelo socorro [que corresponde aos cuidados de emergência iniciais efetuados às vítimas de doença súbita ou de acidente, com o objetivo de as estabilizar, diminuindo assim a morbidade e a mortalidade]<sup>1</sup> e pelo transporte [que consiste na deslocação assistida da vítima numa ambulância com características, tripulação e carga bem definidas, desde o local da ocorrência até à unidade de saúde adequada, garantindo a continuidade dos cuidados de emergência necessários]<sup>1</sup>. Este exercício profissional é de reconhecida relevância social, porém permanece desconhecido o facto de este não ser desprovido de um elevado risco laboral e de poder apresentar um significativo impacto no bem-estar e saúde mental dos seus trabalhadores.

#### **Objetivo**

Caracterizar os principais riscos ocupacionais a que poderão estar expostos os trabalhadores de EPH no âmbito do seu exercício laboral, com particular enfoque na saúde mental.

#### **Metodologia/Método**

O presente estudo tomou a Revisão Integrativa da Literatura como metodologia de investigação, assente em seis etapas<sup>2</sup>: 1) formulação de uma questão de pesquisa; 2) elaboração dos critérios de elegibilidade e busca dos artigos disponíveis na literatura; 3) busca das informações; 4) avaliação dos estudos selecionados; 5) análise e interpretação dos dados; 6) descrição dos resultados e discussão. Como critérios de inclusão, elegeram-se: artigos que versassem sobre a questão de investigação; publicados em português e inglês; em acesso completo e publicados/indexados nas bases de dados de artigos científicos, nos últimos dez anos. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados e literatura cinzenta (livros, teses, dissertações, revisões, relatos de experiência, editoriais, manuais ou reflexões teóricas). Em concordância com os elementos PICOD, foram identificados, em língua portuguesa e inglesa, cinco descritores em saúde compatíveis com o objetivo da pesquisa:

“Profissionais de Saúde” (“*Health Personnel*”), “Enfermagem do Trabalho” (“*Occupational Health Nursing*”), “Condições de Trabalho” (“*Working Conditions*”), “Riscos Ocupacionais” (“*Occupational Risks*”) e “Cuidado Pré-Hospitalar” (“*Prehospital Care*”). Numa fase seguinte, recorreu-se aos operadores booleanos “AND”, “OR” e “AND NOT”, bem como a truncaturas para aceder às fórmulas de pesquisa mais indicadas.

A pesquisa foi realizada entre fevereiro e abril de 2022, nas bases de dados científicas (SciELO, Scopus, Lilacs e BDENF, agrupadas pela BVS e, PubMed e EBSCO), obteve-se um total de 15.165 artigos que, de forma consecutiva e pela aplicação dos critérios de inclusão e exclusão mencionados, resultou inicialmente numa amostra de 10 artigos (n=10).

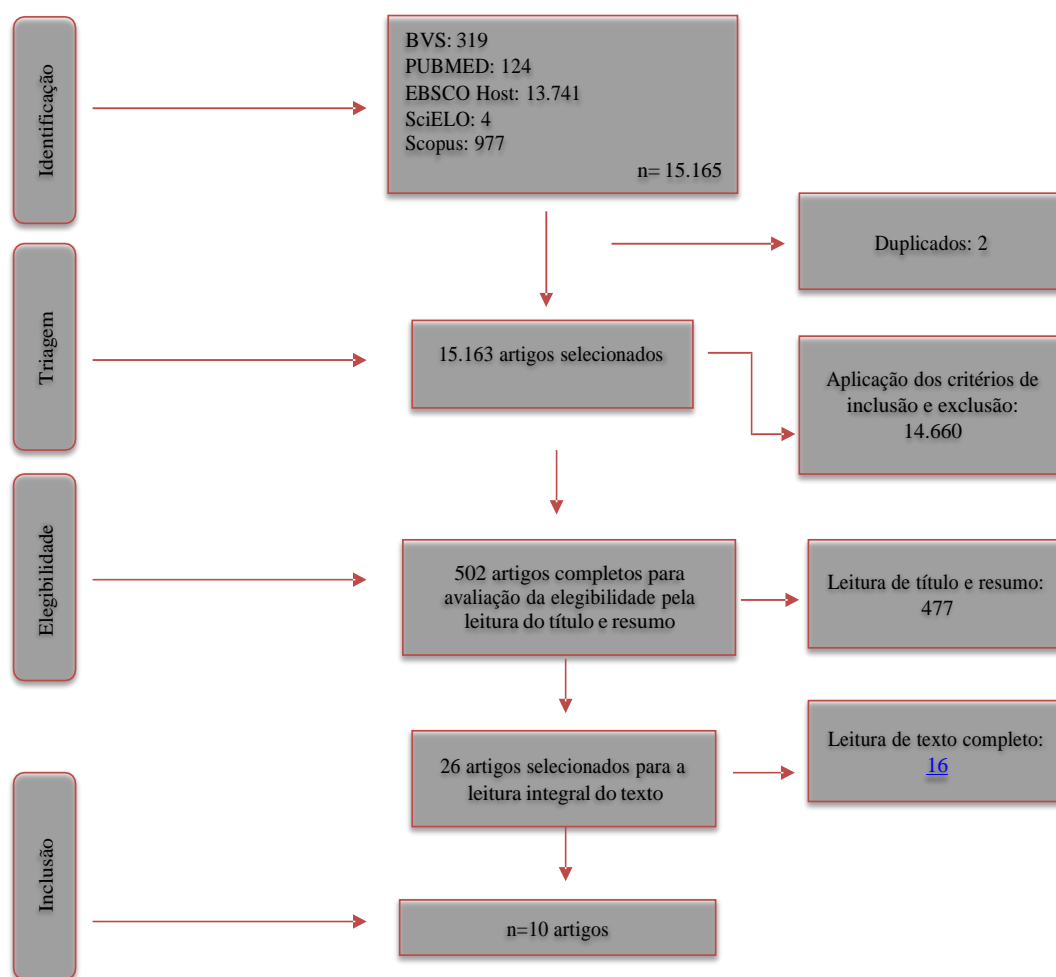


Figura 1 – Fluxograma Prisma

De forma a garantir a qualidade metodológica dos estudos e a robustez dos resultados neles expressos, numa fase seguinte procedeu-se à sua avaliação com recurso ao *Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields*<sup>3</sup>, tendo sido excluídos 3 artigos por não cumprirem com os critérios de elegibilidade (ponderação inferior a 0,75). Desta forma, a amostra final ficou constituída por sete artigos (n=7): 4 procedentes da BVS, 1 da PubMed, 1 da SciELO e, 1 da Scopus.

## Resultados e Discussão

O artigo 1, da autoria de Abbaspour *et al.*<sup>4</sup>, na descrição de um estudo transversal no qual foi avaliada a saúde mental dos técnicos de EPH (n=224) do Irão, revelou que 39,7% da amostra apresentava fragilidade emocional e 16% distúrbios de stress post-traumático (PTSD  $\geq 50$ ), sendo que

este se agravava com o envelhecimento, o aumento do número de filhos e, o incremento de anos de serviço.

O artigo 2, da autoria de Goulart *et al.*<sup>5</sup>, referente a um estudo quantitativo, analítico e transversal, no qual participaram 265 técnicos de EPH do Brasil e que teve por objetivo identificar a percepção do risco entre trabalhadores que sofreram acidente de trabalho no Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), deu a saber que, numa escala de *likert* de 1 a 5, a percepção de exposição a risco ocupacional em ambiente pré-hospitalar teria sido originada por: secreções/excreções contaminadas (4,36), contacto com o sangue (4,43), levantamento e transporte manual de peso (4,25), exposição a bactérias (4,25), manipulação e contacto com produtos de higienização (4,28), contacto com medicamentos e soluções (4,23), exposição a vírus (4,23), esforço físico intenso (4,03) e trabalho por turnos (4,00).

O artigo 3, de Dehghannezhad *et al.*<sup>6</sup>, referente a um estudo descritivo-correlacional, realizado com um total de 248 profissionais EPH (100% do género masculino) do Azerbaijão e do Irão evidenciou que a correlação entre a satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão apresentou resultados moderados em todas as áreas, com os seguintes valores: satisfação por compaixão (40,7±6,2), *burnout* ocupacional (27±4,03) e Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (22,9±7,47).

O artigo 4, de Rodríguez-Campo e Paravic-Klijn<sup>7</sup>, referente a um estudo quantitativo, descritivo-correlacional, realizado no Chile, em 74 profissionais de saúde e 360 técnicos de EPH, com o objetivo de determinar a percepção do abuso verbal e assédio moral, permitiu saber que 65,8% dos profissionais de saúde e 69,9% dos técnicos EPH já teriam sido alvo de violência verbal esporádica, assim como de assédio moral, sendo a primeira maioritariamente manifestada (80,0%) pelos utentes e familiares, enquanto que a segunda por membros da equipa (30,8%) ou colegas externos (34,6%).

O artigo 5, de Costa *et al.*<sup>8</sup>, relativo a um estudo descritivo com uma abordagem quantitativa realizado com 162 profissionais do Brasil, com o objetivo de identificar os riscos ocupacionais associados às atividades desenvolvidas no serviço de EPH, revelou que 34,6% dos profissionais consideraram os ruídos como os mais significativos riscos laborais; 78,4% valorizaram os gases/fumos como principal risco químico; 48,8% afirmaram que o contato com o sangue era o principal risco biológico; 80,9% afirmaram que o principal risco mecânico era referente aos acidentes de transporte; 40,1% afirmaram que o principal risco ergonómico advinha da tensão e/ou do stresse.

O artigo 6, de França e De Martino<sup>9</sup>, constitui um estudo transversal de prevalência, descritivo-exploratório, com abordagem quantitativa, realizada com 38 enfermeiros, com o objetivo de identificar a prevalência de sintomas psicológicos e fisiológicos de stresse, que deu a saber que 34% dos participantes apresentava sintomas psicológicos e 31% sintomas físicos.

O artigo 7, de Maia *et al.*<sup>10</sup>, retrata um estudo exploratório, transversal e quantitativo, realizado com 30 profissionais, com o objetivo de avaliar a ocorrência de stresse em técnicos de EPH, tendo-se verificado uma incidência em grau moderado de stresse nos participantes, predominando os sintomas psicológicos, segundo mais de metade dos participantes originado por fatores relacionados com a condução das viaturas de emergência.

De uma forma global, ainda que os resultados tenham dado a saber que os profissionais de EPH estão expostos a todos os tipos de risco laboral existentes (como sejam os de natureza física, química, biológica, psicológica e, ergonómica), foi expressiva a evidencia relacionada com o maior impacto na dimensão da saúde mental.

Os estudos de Costa *et al.*<sup>8</sup> e de França e De Martino<sup>9</sup> revelaram que os riscos físicos são uma constante associada esta atividade laboral, mas que terminam por se refletir num efetivo impacto em termos psicoemocionais. O artigo de Costa *et al.*<sup>8</sup> foi explícito desse mesmo risco quando, pelo do ruído do veículo automóvel de transporte e/ou da exposição contínua e continuada a ruídos repetitivos e de elevada frequência (ex. sirenes ou monitores), persiste uma forte potencialidade de serem detetados problemas de natureza percetiva que se poderão revelar em problemas de satisfação com o trabalho, afetando não apenas o trabalhador, mas também as organizações em que se integra<sup>11</sup>.

Por outro lado, o inverso também pode suceder, já que os elevados e constantes níveis de exposição a stresse podem manifestar-se fisicamente através de cansaço, dificuldade de relaxamento, cefaleias e lombalgias, afetando não só a qualidade de vida dos profissionais, mas também a excelência do exercício da sua profissão<sup>11</sup>. Também parece comprovado que os elevados níveis de stresse podem levar à ocorrência de sintomatologia psicológica, sob a forma de preocupação, agitação,

agressividade, descontentamento e de sensação de falta de tempo, o que poderá desencadear alterações do processo de tomada de decisão e, conseqüentemente, afetar a capacidade de condução segura, colocando em risco a vida dos profissionais que se encontrem no veículo, assim como, a vida dos pacientes<sup>11</sup>.

A exposição dos profissionais de EPH a riscos químicos e biológicos, pela imprevisibilidade, pela elevada frequência em que sucedem e pelos efeitos que poderão exercer no seu estado de saúde físico, poderão repercutir-se num idêntico fator de risco em saúde mental. Tal como se afirma no artigo Goulart *et al.*<sup>5</sup>, a análise destes riscos é por conseguinte bastante importante por forma a capacitar para a prevenção, controlar o contágio ou/e a intervir precocemente no sentido de minimizar a vulnerabilidade e o medo daqueles que poderão ser os efeitos da exposição, induzindo a uma possível suscetibilidade a nível emocional e psicológico.

Os riscos ergonómicos são também encontrados na literatura<sup>7</sup>, decorrentes das condições adversas e não estruturadas dos cenários em que estes profissionais atuam. Todavia, os riscos ocupacionais mais frequentes entre os profissionais de EPH permanecem ser os psicológicos e com impacto na saúde mental<sup>5,6,7,8,9,10</sup>.

Os resultados de Goulart *et al.*<sup>5</sup> assim o concluíram, quando referiram que os profissionais mais suscetíveis a alterações de saúde mental eram aqueles que apresentavam dependentes a seu cargo (familiares e/ou outros), originando este fator um acrescido stresse emocional em momentos de elevado risco no exercício destas funções<sup>12</sup>. Os resultados do artigo de Rodrigues *et al.*<sup>7</sup> evidenciaram idêntico achado, quando concluíram que nesta atividade laboral a condução de veículos de emergência seria um dos fatores geradores de stresse.

No artigo de Dehghannezhad *et al.*<sup>6</sup> quando os autores apontam para o facto da satisfação por compaixão estar inversamente relacionada com a fadiga por compaixão e que esta última apresenta um impacto negativo no desempenho de qualidade dos profissionais de EPH, fica patente o risco para a saúde que representa a sobrecarga física e exaustão emocional provinda deste exercício. Este risco em saúde mental torna-se ainda mais agravado pelo assédio moral e abuso verbal a que estão frequentemente expostos os profissionais de EPH<sup>7</sup>, evidenciando a associação direta entre a exposição à violência sob as variadas formas e o agravamento ou surgimento de *burnout*. Acresce a este quadro problemático o facto de outros diferentes riscos ocupacionais, mesmo não aparentando inicialmente com ligação à saúde mental, resultarem ou contribuir para a exacerbação do stresse e do *burnout* que acompanham o exercício de EPH<sup>14</sup>, podendo originar alterações da saúde mental não apenas nos profissionais que o protagonizam, mas também, de idêntica forma, nos profissionais de outras equipas de saúde, com possíveis repercussões na qualidade dos cuidados prestados.

Em função do exposto, e tomando por base as conclusões de Dehghannezhad *et al.*<sup>6</sup> Quando afirmam que os profissionais de EPH se deparam frequentemente com a necessidade de implementar estratégias para enfrentar as situações adversas que poderão ter repercussões na saúde mental a curto prazo, considera-se premente o efetivo acompanhamento destes trabalhadores pelas equipas de saúde ocupacional. E, neste sentido, o empoderamento em matéria de inteligência emocional que faculte a capacidade do reconhecimento dos sentimentos próprios e os dos outros, de promover a auto motivação e de gerir as emoções pessoais na relação com os outros<sup>13</sup>, assim como o desenvolvimento de estratégias de  *coping*  preventivas para proteger do risco de *burnout*<sup>14</sup> poderão ser algumas das medidas a implementar para preservar a saúde mental destes trabalhadores.

## Conclusões

Os resultados evidenciam que os profissionais de EPH se encontram expostos a diferentes riscos laborais, sendo que, independentemente da fonte que os origina, o seu impacto na saúde mental é o mais evidenciado. A proteção e prevenção sobre os riscos ocupacionais, assim como a identificação precoce de sinais de stresse e *burnout* deverão ser uma preocupação constante da equipa de saúde ocupacional que acompanha a vigilância de saúde destes trabalhadores.

**Palavras-Chave:** Profissionais de Saúde; Riscos Ocupacionais; Assistência Pré-Hospitalar; Enfermagem do Trabalho.

## Referências

- 1 Instituto Nacional de Emergência Médica. Sistema integrado de emergência médica. 2013;2.
- 2 Mendes KD, Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem* [internet]. 2008 [cited 31 may 22];17(4):758–764. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400018>.
- 3 Abbaspour S, Tajik R, Atif K, Eshghi H, Teimori G, et al. prevalence and correlates of mental health status among pre-hospital healthcare staff. *Clinical Practice & Epidemiology Mental Health* [internet]. 2020 [cited 31 may 22];16:17–23. Available from: <https://doi.org/10.2174/1745017902016010017>.
- 4 Kmet L, Lee R, Cook L. Standard quality assessment criteria for evaluating primary research papers from a variety of fields. *Health Technology Assessment* [internet]. 2004 [cited 31 may 22];13:1–31. Available from: [https://www.ihe.ca/download/standard\\_quality\\_assessment\\_criteria\\_for\\_evaluating\\_primary\\_research\\_papers\\_from\\_a\\_variety\\_of\\_fields.pdf](https://www.ihe.ca/download/standard_quality_assessment_criteria_for_evaluating_primary_research_papers_from_a_variety_of_fields.pdf).
- 5 Goulart LS, Rocha LP, Carvalho DP, Barlem EL, Tomaszewski-Barlem JG, et al. Percepção de riscos entre trabalhadores que sofreram acidentes de trabalho no ambiente pré-hospitalar. *Texto & Contexto Enfermagem*[internet]. 2020 [cited 31 may 22];29:1–11. Available from: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0513>.
- 6 Dehghannezhad J, Zamanzadeh V, Gilani N, Rahmani A, Dadashzadeh A. Compassion satisfaction and compassion fatigue among emergency medical technicians in Iran. *Australasian Journal of Paramedicine* [internet]. [cited 31 may 22];17:1–7. Available from: <https://doi.org/10.33151/ajp.17.642>.
- 7 Campo VR, Klijn TP. Abuso verbal e assédio moral em serviços de atendimento pré-hospitalar no Chile. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [internet]. 2017 [cited 31 may 22];25:1-8. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281449566111>.
- 8 Costa IK, Liberato SM, Costa IK, Melo MD, Simpson CA, et al. Riscos ocupacionais em um serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental* [internet]. 2014. [cited 31 may 22];6(3): 938–947. Available from: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014v6n3p938>.
- 9 França SP, Martino MM. Prevalência de sintomas psicofisiológicos de estresse no atendimento pré-hospitalar móvel. *Journal of Nursing UFPE* [internet]. 2013 [cited 31 may 22];7(1):1–7. Available from: <https://doi.org/10.5205/reuol.3049-24704-1-LE.0701201301>.
- 10 Maia ÊC, Miranda MD, Caetano JÁ, Carvalho ZM, Santos MC, et al. Avaliação do nível de estresse de equipe de enfermagem de serviço de atendimento móvel de urgência. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online* [internet]. 2012 [cited 31 may 22]; 4(4):3060–3068. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=505750895008>.
- 11 Portugal. Direção Geral de Saúde. Guia Técnico nº3. Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no trabalho [internet]. 2022 [cited 31 may 22]. Available from: [https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnso\\_gui3-pdf.aspx](https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2013/pnso_gui3-pdf.aspx).
- 12 Wright LM, Leahey M. *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. 2012. 5th ed.
- 13 Silva DM, Duarte JC. Sucesso e inteligência emocional. *Millenium* [internet]. 2012 [cited 31 may 22];42:67–84. Available from: <http://www.ipv.pt/millenium/Millenium42/6.pdf>.
- 14 Pêgo FP, Pêgo DR. Síndrome de *burnout*. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho* [internet]. 2016 [cited 31 may 22];14(2):171–176. Available from: <https://doi.org/10.5327/Z1679-443520162215>

## 2.4 ESTRATÉGIAS PARA ENFRENTAMENTO DA SÍNDROME DE *BURNOUT*

Patrícia Campos Pavan Baptista<sup>1</sup>, Renata Santos Tito<sup>2</sup>, Daniela Campos de Andrade Lourenção<sup>3</sup>,  
Renata Profeta Ziller<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Professora Titular da Universidade de São Paulo. E-mail: [pavanpati@usp.br](mailto:pavanpati@usp.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1433-6456>

<sup>2</sup>Enfermeira Encarregada das Unidades Infantis, do InCor-HCFMUSP, Aluna de Doutorado do Programa de Pós-graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo. E-mail: [rstito@usp.br](mailto:rstito@usp.br) ORCID: [000-0001-8538-4266](https://orcid.org/000-0001-8538-4266)

<sup>3</sup>Enfermeira, Pós-Doutoranda no Programa de Pós-Graduação em Gerenciamento em Enfermagem e em Saúde (PPGEn) da Universidade de São Paulo – USP. E-mail: [danielalourencao@usp.br](mailto:danielalourencao@usp.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3050-0378>

<sup>4</sup>Enfermeira Especialista em Ambulatório Médico de Especialidades Idoso, Aluna do Mestrado do PPGEn Universidade de São Paulo. E-mail: [renata.ziller@usp.br](mailto:renata.ziller@usp.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-2649-0859>

### Introdução

Considerada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), uma síndrome resultante do estresse crônico no local de trabalho, desde janeiro de 2022, o Burnout está incluído na nova Classificação Internacional de Doenças (CID-11).

Tratando-se dos profissionais de saúde, não há dúvida, que a pandemia por COVID 19 incrementou os índices da síndrome, tendo em vista fatores como desconhecimento dos riscos, falta de materiais/Equipamentos de Proteção Individuais (EPI), jornadas extensas e extenuantes, o que impactou sobremaneira a vida do trabalhador, a dinâmica de trabalho e a segurança do paciente e qualidade da assistência nos serviços de saúde.

Nesse aspecto, as evidências disponíveis sugerem que uma cultura organizacional positiva e forte, com investimentos e intervenções direcionadas para a segurança do paciente, pode atuar na construção de um ambiente de trabalho positivo promovendo o bem-estar dos profissionais de saúde, bem como protegendo simultaneamente a segurança do paciente.

Estudo realizado com 3.232 funcionários de um hospital em Taiwan empregou o Questionário de Atitudes de Segurança (SAQ) para avaliação de cultura de segurança, o inventário de burnout de Maslach (MBI) para burnout e Equilíbrio Trabalho-Vida Pessoal (WLB). Os resultados identificaram que a cultura de segurança do paciente é um recurso valioso que protege o bem-estar da equipe, reduzindo o desgaste e aumentando o equilíbrio entre vida pessoal e profissional. A cultura de segurança institucional promove um bom ambiente de trabalho e, conseqüentemente, concorre para proteger o bem-estar da equipe, e assim, reduzir o esgotamento e melhorar o equilíbrio entre vida pessoal e profissional.<sup>1</sup>

A relação entre cultura de segurança do paciente e burnout em hospitais vem sendo estudada tendo em vista que a ocorrência de eventos adversos está associada ao esgotamento profissional e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde.

Esse aspecto foi evidenciado na pesquisa conduzida nos Estados Unidos da América cuja amostra analítica incluiu 20.496 enfermeiros em 523 hospitais, dos quais 83 possuíam a certificação Magnet. Essa pesquisa teve como objetivo explorar a relação entre burnout de enfermeiros e mortalidade, falha no resgate e tempo de internação, além de considerar o efeito de um bom ambiente de trabalho. Dessa forma, foi empregada a regressão logística multivariada para estudar a relação entre o esgotamento dos enfermeiros, os resultados dos pacientes, o ambiente de trabalho e o status de certificação Magnet. Os resultados demonstraram que pacientes atendidos em hospitais com altos níveis de burnout de enfermeiros têm maiores chances de mortalidade do paciente, falha no resgate e

maior tempo de internação. Entretanto, ao avaliarem os hospitais com certificação Magnet os dados indicaram que houve associação com uma redução no efeito do esgotamento dos enfermeiros, na mortalidade e na falha no resgate, mas não no tempo de internação. Demonstraram ainda que o ambiente de trabalho diminui o impacto do esgotamento do enfermeiro, e os autores ressaltam que um bom ambiente de trabalho tem benefícios para o paciente, além de mitigar o desgaste do enfermeiro.<sup>2</sup>

Outra pesquisa com 148 profissionais que realizavam assistência direta à saúde da criança conduzida em três hospitais pediátricos evidenciou a influência de todos os domínios da segurança do paciente para o desenvolvimento da síndrome de Burnout em profissionais de saúde. O clima organizacional, sobretudo no que se refere ao trabalho em equipe, pode promover bem-estar psicológico dos profissionais e assistência segura aos pacientes.<sup>3</sup>

Ao longo dos anos, com o crescimento da síndrome de burnout em profissionais de saúde, e mais recentemente com a pandemia, várias estratégias têm sido recomendadas para mitigar os riscos inerentes a uma parcela tão grande da profissão que experimenta níveis tão altos de burnout. A tendência tem sido buscar a compreensão de aspectos que contribuem para a ocorrência do esgotamento e identificar maneiras para promover o bem-estar e a saúde física e psíquica dos trabalhadores.

Nesse sentido, este capítulo apresenta parte de uma pesquisa que buscou compreender a experiência de trabalhadores de enfermagem frente à síndrome de burnout, com vistas à formulação de estratégias para o enfrentamento da síndrome.

## **Objetivo**

Apresentar estratégias para o enfrentamento da síndrome de burnout segundo a experiência de trabalhadores de enfermagem.

## **Método**

Trata-se de um estudo exploratório, transversal, com abordagem qualitativa dos dados, realizado no Instituto do Coração do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (InCorHCFMUSP), localizado na cidade de São Paulo. O InCor é um Hospital Público Universitário de alta complexidade, especializado em cardiologia, pneumologia e cirurgias cardíacas e torácicas. A pesquisa foi desenvolvida nas duas unidades de cuidados intensivos pediátricos e neonatais.

Os trabalhadores de Enfermagem foram convidados a participar das sessões de grupo focal, por meio de convite afixado no ambiente de trabalho, respeitando o limite mínimo de 7 e o máximo de 12 pessoas por turma. Houve participação voluntária de 17 pessoas, as quais foram distribuídas em dois horários, sendo uma turma no período da manhã (8 participantes) e outra à tarde (9 participantes). As sessões foram filmadas, após consentimento dos participantes. Foi realizada uma sessão por semana com cada grupo, durante 3 semanas consecutivas. Foram propostos 3 horários: manhã, tarde e à noite.

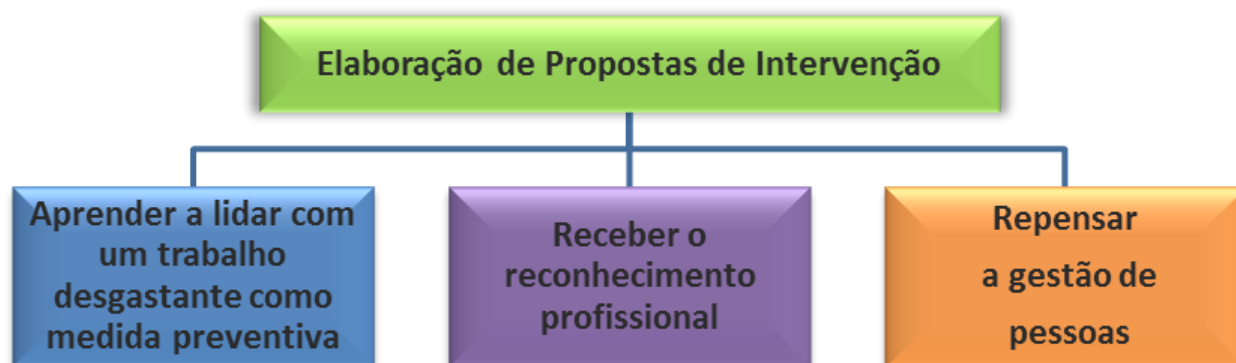
Devido ao número insuficiente para o grupo da noite, foram formados apenas os grupos nos horários da manhã, com 8 participantes, e da tarde com 9 participantes.

Na primeira sessão foram utilizadas questões norteadoras que versavam sobre identificação de aspectos do trabalho, considerando como difíceis de enfrentamento e relacionados ao desgaste psíquico, além da identificação de medidas que poderiam minimizar o desgaste psíquico. A partir da segunda sessão, foram construídas propostas de intervenções junto ao grupo, que foram validadas na última reunião. Para desenvolvimento do grupo focal, foi utilizado referencial teórico que prevê a obtenção de dados com base nas discussões cuidadosamente planejadas nas quais os participantes expressavam suas percepções, crenças, valores, atitudes e representações sociais em um ambiente colaborativo.

O grupo focal foi conduzido por um moderador, que propôs várias questões aos participantes; e estas compuseram um roteiro previamente testado e preparado a partir dos objetivos do estudo. Ao moderador, coube encorajar os participantes a expressarem livremente seus sentimentos, opiniões e pareceres sobre a questão em estudo.

## **Resultados e discussão**

Após transcrição do material gravado na íntegra e leitura exaustiva, foram analisados segundo a análise temática, que consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.<sup>4</sup> Tendo em vista o anonimato dos trabalhadores, as falas foram numeradas aleatoriamente e usando a sigla “T”. Foi mantida a linguagem dos participantes. A partir da análise temática, emergiram três categorias:



#### ***Aprender a lidar com um trabalho desgastante como medida preventiva***

Parte importante da gênese do burnout relaciona-se com o trabalho desgastante ou extenuante, que exige não somente o físico como o psíquico do trabalhador. Importante destacar que o trabalho dos profissionais de enfermagem é permeado pelo constante contato com a dor, situações limites, perdas e sofrimento. Neste estudo, observou-se que diante da experiência de cuidar das crianças graves, em especial pela instabilidade e pelas constantes perdas, os trabalhadores relatam a falta de preparo emocional para lidar com tantos sentimentos que emergem, o que gradativamente vai interferindo na qualidade do trabalho, no relacionamento interpessoal e em sintomas de exaustão:

*“(...) eu tenho percebido uma questão de intolerância assim, você passa a ser intolerante com a sua família, às vezes com os colegas de trabalho, você não consegue desenvolver um bom trabalho” (T3)*

*“(...) é quando a gente se apega ao paciente, de internação prolongada e se torna instável, difícil lidar com a morte(...) eu às vezes descarrego na família...” (T5) “(...)*

*“(...) tem gente que não chora, mas vai ficar irritado, vai perder o sono, cada um vai reagir de uma maneira” (T10)*

As falas evidenciam as dificuldades em trabalhar as questões relacionadas ao desgaste e ao próprio sofrimento que o trabalho gera, com impactos na vida pessoal desse profissional e também na qualidade da assistência. Esses dados corroboram a literatura referente à síndrome de burnout, que aponta para a ocorrência de sintomas diversos como cefaleia, problemas gástricos ou distúrbios de sono, mediante dificuldades no processo de trabalho.<sup>5</sup>

No trecho a seguir, o trabalhador aponta as consequências advindas das dificuldades em lidar com determinadas situações do cuidado, como presenciar a morte e sofrimento das crianças e de seus familiares, além de lidar com suas próprias emoções:



*“(...) o paciente tá piorando a cada dia, entra em insuficiência renal, tudo que você tá fazendo, você não tá vendo resultado, mais pela gravidade, e essa sensação de impotência deixa a gente triste, a gente né (...) é uma sensação de impotência (...).” (T15)*

Além disso, as frequentes situações de óbito podem gerar a sensação de trabalho malsucedido representando o insucesso. A morte desperta sentimentos de impotência e fracasso nos trabalhadores, frente à terminalidade do ciclo da vida dos pacientes, e que em constante confrontação, pode levar ao esgotamento emocional dos profissionais de saúde.<sup>6</sup>

*“(...) na verdade, na faculdade a gente aprende técnicas, só que assim, em nenhum momento discute os sentimentos, o que que você de repente pode sentir ao ver um paciente morto, então assim não discute isso”. (T13)*

O relato apresentado reforça reflexões acerca da abordagem da morte e o morrer durante o processo de formação do profissional em muitos cursos da área da saúde. Percebe-se ênfase no preparo do profissional para lidar apenas com aspectos técnicos, além de uma formação direcionada para o prolongamento e a recuperação da vida. Portanto, ainda existem lacunas nos cursos de formação acerca do preparo dos profissionais para lidar com sentimentos e sofrimentos referentes às perdas.<sup>6</sup>

Em consonância com essas questões, evidencia-se nos próximos trechos a importância dos espaços para diálogo, desabafo, troca de experiências, como uma medida adotada para reduzir o sofrimento:

*“(...) a gente guarda pra si, enfim, depois comenta com o colega, enfim, com uma pessoa que eu confio pra aliviar um pouco (...).” (T1)*

Os trabalhadores relatam a importância de poder compartilhar com os colegas da equipe as situações de intercorrência, além de expor seus sentimentos. Essa troca é verbalizada por eles, como um potencial importante de fortalecimento. Estudo realizado com equipe de enfermagem acerca do cuidado às crianças e adolescentes no processo de finitude da vida, revela a importância do suporte coletivo e discussão interprofissional para a construção de estratégias coletivas de resiliência.<sup>7</sup>

Além disso, os trabalhadores fazem menção a um suporte mais especializado, vindo de um profissional preparado para ajudá-los a lidar com o cotidiano sofrido de trabalho:

*“(...) Eu acho que seria interessante um serviço mesmo que dê atenção ao funcionário né?” (T4)*

Os grupos e rodas de conversa também são apontados como estratégias possíveis para a redução do desgaste psíquico:

*“Um grupo (...) uma equipe assim, que em seus plantões discutissem, ao final de cada momento ou uma vez por semana, não sei (...)compartilhar as mesmas coisas porque todo mundo tá no mesmo ambiente (...).” (T1)*

*“É uma forma... Você discutir com a equipe que participou daquela intercorrência é uma forma de você não se sentir o único: “Ah eu fui a única pessoa impotente naquele momento” Entendeu? (...).” (T14)*

Os trabalhadores manifestam necessidade em expressar seus sentimentos diante de um grupo que possa compreendê-los e com quem possam discutir as experiências resultantes da mesma

realidade de trabalho. Diante de uma equipe de suporte clínico, os trabalhadores se sentem mais seguros para expressar suas emoções e compartilhar suas experiências com os outros colegas.<sup>8</sup>

Os achados do presente estudo estão em consonância com outros estudos que sugerem a criação de grupos de suporte entre os trabalhadores, como medida para discussão e reflexão acerca dos sentimentos e demandas provenientes do cuidado prestado, além de outras medidas de suporte social no trabalho. Essas estratégias contribuem positivamente, como medida protetora ao profissional, diante do risco de desenvolver transtornos mentais como o Burnout.<sup>9,10</sup>

Nesse contexto, emerge a necessidade de discutir o cotidiano do trabalho desgastante, bem como compartilhar sentimentos e expectativas gerados nesse cenário, a partir de suporte profissional psicoterapêutico, realização de grupos e também rodas de conversas, propiciando um suporte à saúde mental do trabalhador na medida em que permitem espaço para o próprio cuidado.

### **Receber o reconhecimento profissional**

Nessa categoria, os profissionais apontam a importância do reconhecimento profissional como uma estratégia para minimizar a ocorrência da síndrome. Eles relatam as dificuldades que sentem, não apenas diante das chefias, colegas e outros profissionais, como por parte dos pacientes e dos familiares.

Considerando outros profissionais da área da saúde, os trabalhadores de enfermagem representam uma classe que o tempo todo necessita provar para si e para as demais, a sua importância no conjunto das atividades assistenciais, e reafirmar sua competência profissional.

O reconhecimento profissional é apontado como fator de bem estar do trabalho, podendo impactar em situações que contribuem para o engajamento, motivação, além de redução de desgastes emocionais. Estudo realizado com enfermeiras canadenses pediátricas acerca de suas experiências e perspectivas no ambiente de trabalho, revela que o sentimento de respeito e reconhecimento perante familiares dos pacientes é considerado como um fator importante dentro das expectativas e para seu bem-estar no trabalho.<sup>11</sup>

Os trechos a seguir evidenciam a necessidade do reconhecimento profissional:

*“Só houve cobrança, cobrança, e eu em nenhum momento escutei alguém dizer assim, nossas vocês foram bárbaras (...).” (T9)*

*“Uma palavra no final do plantão, no final da semana que fosse, nossa vocês trabalharam muito bem essa semana, foi corrido, mas deu tudo certo, isso a gente não tem...” (T7)*

Atitudes como elogiar, possibilitar o diálogo aparecem com destaque no presente estudo como uma intervenção na síndrome de burnout, onde os trabalhadores sinalizam o papel dos líderes, gerentes e também da própria organização como demonstração do reconhecimento pelo potencial humano:

*“(...). ficou faltando um pouquinho o assunto do elogio pela liderança, acho que não só o elogio, assim, campanhas motivacionais, a gente acho que não faça tanta diferença porque a gente não vive isso nesse hospital né (...).” (T3)*

*“E você não faz mais do que a obrigação. E é isso que a gente recebe, então falta um pouco de estímulo e assim, essa questão de diálogo (...).” (T13).*

De maneira legítima, os trabalhadores, têm uma expectativa de reconhecimento, da instituição, de seus colegas, de sua liderança, ou até mesmo dos familiares, como forma de motivação para continuar realizando seu trabalho com qualidade. Sentindo-se reconhecido e motivado, o trabalhador percebe a importância do seu esforço, apesar do desgaste vivenciado, despertando sentimentos protetores a sua saúde mental.<sup>8</sup>

Isso significa que, embora o trabalho tenha características próprias que fazem emergir o sofrimento, ser reconhecido e valorizado, representam um fator de fortalecimento e proteção aos profissionais.

### “Repensando a gestão de pessoas”

Nessa categoria, os trabalhadores apontam questões relacionadas à sobrecarga de trabalho, evidenciando que um ambiente penoso, com carga excessiva de trabalho também têm importante impacto à saúde física e mental:

*“(..).Você vai trabalhar domingo, no sábado à noite você já começa a ficar irritada, a ficar triste, porque você sabe que você vai chegar e vai estar com 7 pacientes ” (T5)*

*( ) Contratação de funcionário é a solução, não tem outra coisa.” (T9)*

*“(..). Pouco funcionário pra muito paciente, muito paciente grave, isso desgasta muito ( ).” (T15)*

O intenso sofrimento psíquico gerado pelas condições laborais inadequadas é manifestado pelas alterações de humor, ansiedade, irritabilidade. Os trabalhadores relatam que conviver com um quadro de pessoal insuficiente do ponto de vista quantitativo é um importante fator para a ocorrência de burnout.

Assim, a previsão de quantitativo adequado de pessoal nas UTIs, além de premissa indispensável quando se pensa em qualidade da assistência e segurança do paciente, também possibilita menor incidência de agravo à saúde dos trabalhadores devido redução da sobrecarga de trabalho.<sup>8,12</sup>

No trechos seguinte, observa-se os sintomas dos trabalhadores decorrentes do quantitativo insuficiente de pessoal e da sobrecarga de trabalho:

*“(..). isso gera bastante irritabilidade, ansiedade, você se torna uma pessoa ansiosa, você tem que fazer, você tem que fazer, você tem que dar conta ( )uma máquina de produção.” (T7)*

Além da irritabilidade, o trabalhador verbaliza a sensação de desgaste e ansiedade, mediante o excesso de tarefas para poucos trabalhadores. De acordo com estudo que também encontrou relato de sobrecarga dentre os trabalhadores de enfermagem, o excesso de tarefas, dentre outras questões, pode favorecer a realização do seu trabalho mecanicamente, sem tempo para que o trabalhador desenvolva seu conhecimento, competências e habilidades, além de constrangê-lo pelo trabalho mal feito.<sup>13</sup>

No que tange à questão de sobrecarga de trabalho, estudos nacionais e internacionais relacionam sua ocorrência com a síndrome de *Burnout* ou outros transtornos mentais. As muitas exigências do trabalho diante dos poucos recursos humanos para atendê-las têm gerado nos trabalhadores sentimentos de insatisfação e ansiedade, além de desgaste mental, estresse e cefaleia. Ademais, dispondo de poucos recursos humanos para o atendimento, torna-se inviável as recomendadas pausas para descanso no decorrer da jornada.<sup>13-15</sup> Diante de tantas demandas, os trabalhadores manifestam vontade de poder trabalhar com melhores condições, além da necessidade em ter um local para realização de pausas durante a jornada de trabalho:

*“A gente nem exige muito, pra atrapalhar menos, a gente só queria um local de descanso, um pouco de lazer e ter condições de atender melhor. É só isso que a gente quer. Não precisa muito pra enfermagem trabalhar bem e ser feliz trabalhando.” (T7)*

Estudo realizado com trabalhadores de enfermagem acerca da fadiga e incapacidade para o trabalho recomenda a revisão do processo de trabalho no que diz respeito ao repouso e à realização de pausas durante a jornada de trabalho.<sup>16</sup> Outro estudo acerca do absenteísmo em trabalhadores de UTI, constatou taxas elevadas por adoecimento dessas trabalhadoras – que apresentavam queixas de dor osteomuscular e até estresse - também faz recomendações acerca da necessidade de pausas para descanso durante as jornadas.<sup>17</sup>

Estudo realizado em sete hospitais públicos em cenário brasileiro, aponta importantes medidas de intervenção no ambiente de trabalho para promoção da saúde dos trabalhadores de enfermagem. Dentre elas, observam-se medidas que amenizam as consequências do ritmo intenso de trabalho, como pausas durante a jornada, revisão do dimensionamento de pessoal, além de outras que beneficiam a saúde mental da equipe.<sup>14</sup>

Os dados apresentados nessa categoria evidenciam que, no cenário da pesquisa, a sobrecarga de trabalho acarreta desestabilização física e psíquica nos trabalhadores. Um olhar atento para o quantitativo e qualitativo de pessoal, a inclusão de pausas, a instalação de um espaço adequado para o descanso entre outras são estratégias importantes.

Dessa maneira, torna-se imprescindível a viabilização de meios de suporte institucional, para que o trabalhador possa suportar tantas pressões e desgastes mentais oriundos do

cuidado à criança cardiopata grave, tendo em vista todas as demandas que emergem da complexidade do cuidado.

## Conclusões

Os alarmantes índices da síndrome de burnout têm impactado a vida dos trabalhadores e a qualidade da assistência nos serviços de saúde. Inegavelmente situações de crise como a pandemia por COVID 19, incrementaram o cenário de agravos psíquicos nos trabalhadores da saúde. O presente estudo buscou compreender a experiência de trabalhadores de enfermagem frente à síndrome de burnout, com vistas à formulação de estratégias para o enfrentamento da síndrome. Os resultados evidenciam três grandes frentes importantes de atuação para o enfrentamento à síndrome de burnout: Aprender a lidar com um trabalho desgastante, receber reconhecimento profissional e repensar a gestão de pessoas.

Observou-se que parte importante da gênese do burnout relaciona-se com o trabalho desgastante, permeado pelo constante contato com a dor e o sofrimento. Nesse sentido, compartilhar as angústias, a sensação de impotência e insucesso com os colegas e com um suporte especializado são estratégias relevantes. O reconhecimento pelo trabalho realizado é apontado como fator de bem estar do trabalho, podendo impactar em situações que contribuem para o engajamento, motivação, além de redução de desgastes emocionais. Por fim, repensar a gestão de pessoas, em especial no quantitativo adequado, minimizando a sobrecarga de trabalho, pode ter importante impacto à saúde física e mental.

**Palavras-Chave:** Síndrome de Burnout; Estratégias de Enfrentamento; Trabalhadores de Enfermagem

## Referências

- 1 Lu L, Ko YM, Chen HY, Chueh JW, Chen PY, et al. Patient safety and staff well-being: Organizational culture as a resource. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];19(6):3722. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8953540/>.
- 2 Schlak AE, Aiken LH, Chittams J, Poghosyan L, McHugh M. Leveraging the work environment to minimize the negative impact of nurse *burnout* on patient outcomes. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];18(2):610. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7828279/>.
- 3 Garcia CL, Bezerra IMP, Ramos JLS, Valle JETMR, Oliveira MLB, et al. Association between culture of patient safety and *burnout* in pediatric hospitals. *PLoS ONE* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];14(6):e0218756. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31233543/>.
- 4 Minayo MC. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 14ª ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
- 5 Edú-Valsania S, Laguía A, Moriano JA. *Burnout*: A review of theory and measurement. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];19(3):1780. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19031780>.
- 6 Faria SS, Figueiredo JS. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Psicol Hosp (São Paulo)* [Internet]. 2017 [cited 2023 Jan 8];15(1):44-66. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1677-74092017000100005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100005&lng=pt&nrm=iso).
- 7 Santos RA, Moreira MCN. Resiliência e morte: o profissional de enfermagem frente ao cuidado de crianças e adolescentes no processo de finitude da vida. *Cien Saude Colet* [internet]. 2014 [cited 10 apr 23];19(12):4869-4878. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/9YvyVXwtVFQdNzvyd5ZQ9RS/?lang=pt#>.

- 8 Crowe L, Young J, Turner MJ. What is the prevalence and risk factors of *burnout* among pediatric intensive care staff (PICU)? A review. *Transl Pediatr* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];10(10):2825-2835. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8578753/>.
- 9 Guo YF, Wang XX, Yue FY, Sun FY, Ding M, et al. Development of a nurse-manager dualistic intervention program to alleviate *burnout* among nurses based on the appreciative inquiry. *Front Psychol* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];13:1056738. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9763613/>.
- 10 Liao H, Liang R, He H, Huang Y, Liu M. Work stress, *burnout*, occupational commitment, and social support among Chinese pediatric nurses: A moderated mediation model. *J Pediatr Nurs* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];67:e16-e23. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36307294/>.
- 11 Buckley L, Berta W, Cleverley K, Widger K. exploring pediatric nurses' perspectives on their work environment, work attitudes, and experience of *burnout*: what really matters? *Front Pediatr* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];10:851001. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fped.2022.851001/full>.
- 12 Liu X, Zheng J, Liu K, Baggs JG, Liu J, et al. Hospital nursing organizational factors, nursing care left undone, and nurse *burnout* as predictors of patient safety: A structural equation modeling analysis. *Int J Nurs Stud* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];86:82-89. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29966828/>.
- 13 Meneghini F, Paz AA, Lautert L. Fatores ocupacionais associados aos componentes da síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm* [internet]. 2011 [cited 10 apr 23];20(2):225-33. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/Gbs37jbpJttGj9T3PpR4BGj/abstract/?lang=pt>.
- 14 Silva SM, Baptista PC, Felli VE, Martins AC, Sarquis LM, et al. Estratégias de intervenção relativas à saúde dos trabalhadores de enfermagem de hospitais universitários no Brasil. *Rev Lat Am Enfermagem* [internet]. 2013 [cited 10 apr 23];21(1):09. Available from: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/JthRwxnWtXfKmNc8CHLRPzf/?lang=pt>.
- 15 Holden RJ, Scanlon MC, Patel NR, Kaushal R, Escoto KM, et al. A human factors framework and study of the effect of nursing workload on patient safety and employee quality of working life. *BMJ Qual Saf* [internet]. 2011 [cited 10 apr 23];20:15-24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21228071/>.
- 16 Silva FJ. A capacidade para o trabalho e a fadiga entre trabalhadores de enfermagem [dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2011 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7140/de-05072011-074244/pt-br.php>.
- 17 Carneiro TM, Fagundes NC. Absenteísmo entre trabalhadoras de enfermagem em unidade de terapia intensiva de hospital universitário. *Rev Enferm UERJ* [internet]. 2012 [cited 10 apr 23];20(1):84-9. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/3999>.

## 2.5 PREVALÊNCIA E FATORES ASSOCIADOS AO ESTRESSE LABORAL DE PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Júlia Grasel<sup>1</sup>, Samuel Spiegelberg Zuge<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Doutoranda do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó). E-mail: [julia\\_grasel@unochapeco.edu.br](mailto:julia_grasel@unochapeco.edu.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6154-7462>

<sup>2</sup> Professor do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó da Unochapecó. E-mail: [samuel.zuge@unochapeco.edu.br](mailto:samuel.zuge@unochapeco.edu.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0420-9122>

### Introdução

Dentre os diferentes níveis de atenção à saúde no Brasil, a Estratégia Saúde da Família (ESF) prioriza a atenção à saúde a nível primário, seguindo os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, desenvolvem estratégias de expansão, qualificação e consolidação da Atenção Primária à Saúde (APS) por favorecer uma reorientação do processo de trabalho, com maior potencial de ampliar a resolutividade e impactar na situação de saúde das pessoas e coletividades.<sup>1</sup>

O processo de trabalho em saúde propõe uma articulação entre saberes técnicos e populares, mobilização de recursos institucionais e comunitários para o enfrentamento dos problemas de saúde. O atual modelo de assistência à saúde no Brasil, apresenta-se em forte expansão e adota uma concepção mais ampla de saúde e de entendimento ao processo saúde-doença.<sup>2</sup>

Devido a essa peculiaridade na Atenção Básica (AB), aliada a própria natureza do trabalho e sua organização, as más condições do ambiente laboral, a sobrecarga física e psicossocial acaba deixando exposto os profissionais a fatores que podem levar ao adoecimento, sofrimento e/ou comorbidades decorrentes do trabalho.<sup>3</sup> Frente a este cenário, percebe-se que este conjunto de fatores tem aumentado diretamente os níveis de estresse ocupacional dos profissionais da APS.<sup>4</sup>

O estresse ocupacional ou laboral está diretamente relacionado a inúmeros fatores, muitas vezes interligados, e que envolvem respostas a estímulos do ambiente laboral, concebendo assim, reações (consideradas não saudáveis) as pessoas expostas a este estímulo.<sup>5</sup> O estresse ocupacional também é definido como um processo no qual o profissional percebe as demandas do trabalho como estressores, e que, ao transpor sua habilidade de enfrentamento, provocam reações negativas.<sup>6</sup>

A Organização Mundial da Saúde (OMS)<sup>7</sup> caracteriza o estresse como epidemia mundial, e aponta que 90% da população é afetada por esta condição em algum momento da vida, seja ela na vida pessoal ou laboral. Desta forma, indica-se que pesquisas desenvolvidas no âmbito laboral têm sido uma importante ferramenta para identificação de fatores associados ao estresse e o desenvolvimento de ações voltadas aos profissionais da saúde.<sup>3</sup>

Dentre os sintomas associados ao estresse laboral dos profissionais da APS, aponta-se o desgaste emocional, descontrole em situações de alta demanda de trabalho, a sensação de cansaço e fadiga e as alterações na saúde física e mental.<sup>8</sup> Além disso, outros fatores potencializam a elevação dos níveis de estresse, como idade avançada, a situação organizacional, relacionado às responsabilidades, a alta exigência e desequilíbrio do fator esforço recompensa, modelo de gestão, falta de valorização e empoderamento.<sup>9</sup>

### Objetivo

O presente capítulo tem como objetivo analisar a prevalência de estresse laboral e fatores associados em profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

### Método

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura de prevalência, desenvolvida a partir das diretrizes do *Joanna Briggs Institute Reviewers*,<sup>10</sup> previamente protocolada na Prospero, sob número ID - CRD42022362173/2022. A pergunta que norteou o desenvolvimento da revisão, seguiu o modelo

PoCoCo (População, Condição e Contexto): Qual a prevalência de estresse (condição) em profissionais (população) da APS.

A busca por estudos elegíveis foi realizada em julho de 2022 nas bases de dados eletrônicas: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS); Web of Science (WOS); ScienceDirect; PubMed; e SCOPUS. Para a busca nas bases de dados, foi elaborada uma estratégia, contendo os seguintes termos, sendo ajustada dependendo das particularidades para cada base de dados: (“Occupational Stress”) AND (“Primary Health Care” OR “Primary Care”) AND (“Health Personnel” OR “Occupational Health”). Foram incluídos na revisão estudos primários que apresentassem o desfecho do estresse em profissionais da APS, do tipo quantitativo transversal.

Após a definição das estratégias de pesquisa e a busca em cada uma das bases de dados foi utilizado o gerenciador de referências (Mendeley), a fim de identificar a duplicidade das produções. Para a avaliação da primeira etapa de elegibilidade dos dados, foi realizada a leitura de títulos e resumos, por meio do software Rayyan, a fim de realizar a triagem dos estudos primários. Esta etapa foi realizada por dois revisores de forma independente e cega.

Após a definição dos estudos incluídos na revisão, foi realizada a busca na íntegra dos estudos primários. Além disso, a fim de realizar uma busca ampla sobre a produção científica nesta temática, foi avaliado a literatura cinzenta (teses e dissertações), e outros meios específicos (Google Acadêmico; revisões sobre a temática; as referências dos estudos incluídos), a fim de identificar potenciais estudos elegíveis que não foram encontrados nas bases de dados.

A extração de dados foi realizada da mesma forma dupla e independente, por meio de um formulário de extração, organizado em planilha Excel. Este formulário abrangia quatro seções: 1) Dados bibliométricos do artigo (autores, título, ano de publicação, revista e objetivos); 2) Método (desenho do estudo, população, local de coleta, critérios de inclusão e exclusão, desfechos primários e secundários do estudo, escalas utilizadas para avaliação do estresse e análise dos dados do estudo); 3) Caracterização da população (sexo, idade, país, tamanho da amostra e área profissional); e 4) Resultados (número de pessoas que apresentaram o desfecho, valor da prevalência, valor dos níveis da estresse, síntese dos resultados e conclusão).

Além disso, foi avaliado a qualidade metodológica dos estudos incluídos, por meio de uma ferramenta da *Joanna Briggs Institute Reviewer<sup>1</sup>*, no qual é avaliada por meio de nove questões: 1) O quadro da amostra foi apropriado para abordar a população-alvo?; 2) Os participantes do estudo foram amostrados de forma adequada?; 3) O tamanho da amostra foi adequado?; 4) Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos detalhadamente?; 5) A análise dos dados foi realizada com cobertura suficiente da amostra identificada?; 6) Foram utilizados métodos válidos para a identificação da afecção?; 7) A condição foi medida de forma padrão e confiável para todos os participantes?; 8) Houve análise estatística apropriada?; 9) A taxa de resposta foi adequada e, se não, a baixa taxa de resposta foi gerenciada de forma adequada?. Cada item foi classificado como “sim”, “não” ou “incerto”, de acordo com as informações fornecidas pelo estudo, atingindo uma pontuação que varia de zero a dez, sendo que quanto maior o valor do score, maior a qualidade do score.<sup>11,12</sup>

A descrição dos achados de cada estudo incluído na revisão foi realizada a partir da mensuração da prevalência de estresse laboral e a descrição dos fatores associados de forma descritiva.

## Resultados e discussão

A partir da estratégia de busca foram identificados 6.898 artigos primários nas bases de dados, e outros 53 artigos primários por outros meios. A partir da avaliação dos artigos duplicados, 71 artigos foram removidos. Mediante a avaliação da elegibilidade dos artigos, realizada pela avaliação do título e resumo, 25 estudos tiveram o texto completo avaliado, porém contemplaram a revisão apenas 12 artigos primários, uma vez que os demais foram excluídos por não apresentarem a avaliação do estresse nos profissionais da APS.

Em relação a avaliação da qualidade metodológica dos artigos primários, foi identificado que dois estudos apresentaram uma mensuração inferior a sete pontos, uma vez que a avaliação do tamanho da amostra ficou comprometida, pois continham um baixo número de participantes. Os demais estudos, apresentaram escores variando de 7 a 9 pontos, o que representa uma boa qualidade metodológica.

Em relação ao método de pesquisa, todos os estudos eram de caráter transversal e para a

avaliação do estresse nos profissionais da APS, a mensuração ocorreu por meio de escalas: Escala de Estresse no Trabalho (33,3%); Escala de Estresse Percebido (25,0%); *Occupational Stress Index* (8,3%); *Community Nurses Stress Scale* (8,3%); *Job Stress Scale* (16,7%); Auto Avaliação do estresse (8,3%).

Aproximadamente 58,3% dos estudos selecionados foram realizados no Brasil e publicados entre o ano de 2013 a 2022, sendo que 83,0% foram realizados entre o ano de 2019 a 2022. Em relação à população dos estudos, somou-se um total 3.336 profissionais, variando de 31 a 969 participantes. Além disso, houve predominância de profissionais do sexo feminino (82,0%) e média de idade de 38,8 anos. Destaca-se que dentre as classes profissionais, foi possível identificar que a maioria dos estudos envolviam de forma geral a equipe da APS (médico, enfermeiro, técnicos, dentistas, agentes comunitários de saúde e outros profissionais da área da saúde) (25,0%), assim como, 25,0% foram realizados somente com os agentes comunitários de saúde.

Em relação à prevalência de estresse laboral, foi possível identificar, entre os estudos, que 47,0% dos profissionais da APS apresentam alto nível de estresse, variando esta mensuração de 29,0% a 75,3% de prevalência.

Devido a descentralização da APS, os profissionais são porta de entrada do sistema único de saúde, sendo o primeiro contato para resolubilidade e tornando-se referência para os usuários, vistos como facilitadores do acesso aos demais profissionais e serviços de saúde. Compreendendo o processo de trabalho dos locais, esse modelo de assistência e coletividade traz barreiras a serem enfrentadas, e que podem comprometer a saúde mental dos profissionais.<sup>11</sup>

As organizações de ações em saúde traduzem o modelo assistencial, que envolve recursos físicos, tecnológicos e humanos para intervir no processo saúde-doença, além de enfrentar e resolver os problemas de saúde dos indivíduos e coletividades. O processo de trabalho da atenção primária exige uma funcionalidade complexa dos profissionais, envolvendo funções técnicas e de cuidado, assim como, a equipe precisa fornecer educação em saúde, desenvolver atividades de cunho individual e/ou coletivo de forma preventiva, curativa ou de reabilitação. Com um grupo tão complexo de responsabilidades e atividades, os profissionais da unidade podem ficar sobrecarregados e aumentarem os níveis de estresse.<sup>12</sup>

Embora tenha apresentado variações, o estresse acomete todas as categorias profissionais e sua percepção está relacionada com aspectos individuais, profissionais e do ambiente do trabalho, dentre eles: sexo, estado civil, categoria profissional, composição das equipes e tempo de atuação na mesma equipe. Dentre os fatores estressores dos trabalhadores da APS, destaca-se também os fatores associados ao trabalho, como sobrecarga, precarização do emprego e das condições de trabalho, pressão por cumprimento dos resultados e falta de autonomia.<sup>13</sup> Além disso, estar em constante contato com o sofrimento humano, limitações da vida e saúde, que são considerados os valores mais altos da existência humana, potencializam um movimento intenso de emoções e compaixão com os usuários, assim como a doença e a vulnerabilidade da população do seu território podem resultar em desgastes emocionais destes profissionais.<sup>14</sup>

Em relação aos fatores que potencializam o estresse laboral dos profissionais da APS, os estudos apontaram aspectos que dificultam o desenvolvimento das atividades laborais, como: à falta de instrumentos e equipamentos adequados; falta de transporte para a realização das visitas domiciliares no território; um número excessivo de tarefas que não são de sua competência profissional; a demanda excessiva de atividades de cunho burocrático; e ausência de proteção legal no trabalho (ameaça de perigo físico).

Outro aspecto que potencializa o estresse laboral envolve, principalmente, a gestão dos serviços e processos de trabalho, sendo que os profissionais da APS relatam: falta de perspectiva de crescimento na carreira; discriminação ou favoritismo por parte da gestão; baixa valorização do profissional pelos superiores; o não compartilhamento das decisões organizacionais; a forma de distribuição das tarefas; e a forma como a gestão controla as atividades realizadas pelos profissionais.

Além disso, os trabalhadores apontam como um estressor no ambiente de trabalho, a deficiência de educação continuada e permanente. Por fim, foi identificado que a sobrecarga de atividades potencializa o estresse dos profissionais, e que devida a demanda de serviço, muitas vezes não dão conta de realizar todas as tarefas por conta do tempo.

Os altos índices de estresse que os trabalhadores da APS estão submetidos têm forte influência na produção dos serviços de saúde. Problemas ou prejuízos à saúde física e mental podem impactar na



situação de saúde das pessoas e coletividades. Nesse contexto, estudos mostram que os profissionais da APS, estão expostos a representações sob cargas físicas, cognitivas e psíquicas intensas, decorrentes da estrutura física inadequada, precariedade de recursos para execução das tarefas, exposição a riscos físicos, químicos, biológicos e ergonômicos, deficiência nos treinamentos profissionais, podendo provocar desgaste físico e sofrimento psíquico, fortalecendo o caráter multifatorial dos riscos laborais presentes na prática profissional.<sup>11,13,14</sup>

O estresse no trabalho de profissionais de saúde obtém alternância de acordo com sua demografia e características relacionadas às funções. Essas demandas de trabalho interagem com o corpo do trabalhador, podendo gerar desgaste, comprometendo a capacidade corporal e psíquica. Assim, o contato constante com usuários e a exposição a outros fatores de risco no ambiente de trabalho podem ser um potencializador do estresse laboral.<sup>14,15</sup>

### **Considerações finais**

A prevalência de estresse laboral em profissionais da APS foi considerada elevada. No entanto, percebe-se que esta temática é ainda pouco explorada no contexto da atenção primária, sendo que as pesquisas têm focado principalmente para a avaliação da Síndrome de *Burnout* (SB), e que por vezes, podem ser confundidas como sinônimos, uma vez que a SB consiste em um distúrbio psicológico, envolvendo tensão emocional e estresse crônico decorrentes do ambiente laboral.

Assim, a avaliação dos níveis de estresse laboral no contexto da APS tem papel fundamental. Primeiramente, o estresse é um dos principais fatores para o surgimento da SB. Segundo, que a prevenção do *Burnout*, por meio da avaliação do estresse, acaba minimizando o risco de afastamento do trabalhador do ambiente laboral, uma vez que, atualmente, as taxas de afastamento na APS têm sido consideradas elevadas. E terceiro, que a partir da identificação do estresse, podem ser estabelecidas intervenções com maior efetividade e com resolutividade em um curto espaço de tempo, e não exigindo o afastamento do trabalhador.

Percebe-se que a produção em relação à temática do estresse laboral começa a ser potencializada a partir do ano de 2019, principalmente por conta da pandemia da Covid-19. A pandemia acabou modificando o processo de trabalho dos profissionais da APS, gerando estresse nos trabalhadores, mas que não chegam ainda a uma condição de esgotamento do trabalhador. Assim, percebe-se que a pandemia tem gerado nos trabalhadores da APS, insegurança, medo de adoecimento, falta de comunicação entre a gestão e entre a equipe, falta de equipamentos de proteção individual, mudanças de condutas nas práticas de cuidado, entre outros aspectos.

Em relação aos fatores associados ao estresse em profissionais da APS, percebe-se que a falta de equipamentos e materiais, na qual dificultam o desenvolvimento das atividades laborais, acabam potencializando o aumento dos níveis de estresse. Assim como, as condutas inapropriadas da gestão ou superiores, a falta de capacitação das equipes e a sobrecarga de atividades são, da mesma forma, consideradas potencializadores do aumento nos níveis de estresse.

Diante do exposto, sugere-se novos estudos que avaliem a prevalência de estresse nos trabalhadores da atenção primária, principalmente com a mudança na forma de avaliação dos indicadores de desempenho da APS, que acabaram envolvendo uma mudança no processo de trabalho dos profissionais, gerando de certa forma, um aumento nas demandas laborais, e por vezes a sobrecarga destes profissionais para atingir as metas estabelecidas. Além disso, torna-se essencial potencializar discussões em torno da gestão e o desenvolvimento de estratégias de promoção à saúde mental do trabalhador, a fim de minimizar as situações estressoras decorrentes do ambiente laboral.

**Palavras-Chave:** Atenção Primária à Saúde; Pessoal de Saúde; Saúde do Trabalhador; Estresse Ocupacional; Revisão Sistemática.

### **Referências**

1 Machado GA, Dias BM, Silva JJ, Bernardes A, Gabriel CS. Avaliação dos recursos da atenção primária à saúde: a perspectiva dos profissionais. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];34:1-8. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00973>.

2 Soratto J, Fernandes SC, Martins CF, Tomasi CD, Zanini MT, et al. Job satisfaction and dissatisfaction among family health strategy professionals in a small city of Southern Brazil. *Rev CEFAC* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];20(1):69-78.

Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0216201820111117>.

3 Ferreira MS, Anderson MI. Sobrecarga de trabalho e estresse: relato sobre um grupo de apoio à saúde do trabalhador em uma Unidade Saúde da Família. Rev Bras Med Fam Comunidade [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];15(42):1-10. Available from: [https://doi.org/10.5712/rbmfc15\(42\)2188](https://doi.org/10.5712/rbmfc15(42)2188).

4 Estellita MC, Pascoal SC, Lima KE, Queiroz EC, Pascoal SC et al. Análise do coronavírus SARS-CoV-2/COVID-19 no cenário atual da pandemia mundial: revisão de literatura. Braz J Hea Rev [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];3(3):7058-72. Available from: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n3-237>.

5 Azevedo AR, Rezende AM, Rezende MA. Estresse ocupacional: lobo em pele de cordeiro. Psique [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];15(1):110-127. Available from: Available from: <https://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/4269/1/110-127%20Alex.%20Rodrigues%20%2B%20Adriana%20Rezende%20%2B%20Matelane%20Rezende.pdf>.

6 Sadir MA, Bignotto MM, Lipp MM. Stress e qualidade de vida: influência de algumas variáveis pessoais. Paideia [internet]. 2010 [cited 10 apr 23];20(45):73-81. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2010000100010>.

7 Organização Mundial de Saúde. Situación de la enfermería en el mundo 2020: invertir en educación, empleo y liderazgo. Organización Mundial de la Salud [internet]. 2020 [cited 29 nov 22]. Available from: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/332164>.

8 Bertussi VC, Junqueira MA, Giuliani CD, Calçado RM, Miranda FJ, et al. Substâncias psicoativas e saúde mental em profissionais de enfermagem da Estratégia Saúde da Família. Rev Eletr Enferm [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];20:1-9. Available from: <https://doi.org/10.5216/ree.v20.47820>.

9 Dejours C. A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho. 6. ed. São Paulo: Cortez; 2021.

10 Aromataris E, Munn Z. JBI Manual for Evidence Synthesis. JBI [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.

11 Suyam EH, Lourenção LG, Cordioli DF, Cordioli JR, Miyazaki MC. Estresse ocupacional e sintomas osteomusculares em agentes comunitários de saúde. Cad Bras Ter Ocup [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];30:1-13. Available from: <https://doi.org/10.1590/2526-8910.ctoAO22692992>.

12 Guo H, Ni C, Liu C, Li J, Liu S. Perceived job stress among community nurses: a multicenter cross-sectional study. Int J Nurs Pract [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];25(1):1-8. Available from: <https://doi.org/10.1111/ijn.12703>.

13 Cordioli DF, Cordioli JR, Gazeta CE, Silva AG, Lourenção LG. Estresse ocupacional e engajamento no trabalho em trabalhadores da atenção primária à saúde. Rev Bras Enferm [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];12(6):1580-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0681>.

14 Stanetić K, Tesanovic G. Influence of age and length of service on the level of stress and *burnout* syndrome. Med Pregl [internet]. 2013 [cited 10 apr 23];66(3-4):153-162. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23653994/>.

15 Santos LT, Souza FO, Freitas PS. Efeitos do trabalho sobre o adoecimento entre agentes comunitários de saúde - Uma revisão de literatura. Revista de Atenção à Saúde [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];17(61):105-13. Available from: <http://dx.doi.org/10.13037/ras.vol17n61.5600>.

## **CAPÍTULO 3 – FELICIDADE NO TRABALHO**

### 3.1 FELICIDADE NO TRABALHO: CONCETUALIZAÇÃO E ESTUDOS EM ENFERMEIROS PORTUGUESES

Sofia Feitor<sup>1</sup>, Teresa Martins<sup>2</sup>, Sofia Loureiro<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Unidade de Saúde da Ilha do Faial. E-mail: [sofia.a.feitor@azores.gov.pt](mailto:sofia.a.feitor@azores.gov.pt) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5017-594X>

<sup>2</sup> Unidade de Saúde Local de Matosinhos EPE, Hospital Pedro Hispano. E-mail: [mt.sevivismartins@gmail.com](mailto:mt.sevivismartins@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7759-8280>

<sup>3</sup> Unidade de Saúde Local de Matosinhos EPE, Hospital Pedro Hispano. E-mail: [sofiaalexandra23@gmail.com](mailto:sofiaalexandra23@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7068-3324>

#### Introdução

A Revolução Industrial no século XVIII levou a uma intensificação e desumanização laboral que conduziu, por sua vez, a um olhar mais negativo face ao trabalho<sup>1,2</sup>. Mais tarde, na década de 80, surgiu a psicodinâmica do trabalho que procurou enaltecer também os aspetos positivos laborais, debruçando-se sobre os efeitos do trabalho na saúde mental dos trabalhadores. A felicidade no trabalho surge aliada à psicologia positiva, que dá os primeiros passos no ano 2000, valorizando a força e resiliência, retirando o foco do dano e da fragilidade, nutrindo o que existe de melhor em cada um<sup>2</sup>.

Ao longo das últimas décadas, vários construtos laborais positivos têm surgido na literatura, como o *engagement*, satisfação com o trabalho, vigor, envolvimento, *flourishing*, entre outros<sup>3</sup>. O conceito de felicidade no trabalho é também um deles, tendo sido definido de variadas formas, por vários autores<sup>2</sup>. Contudo, alguns autores concordam que as experiências laborais positivas devem ser superiores às negativas, de forma a existir felicidade no local de trabalho<sup>3,4</sup>.

A definição mais frequentemente aceite é a de Fisher, que define felicidade no trabalho como o conjunto de fatores organizacionais e individuais (como emoções, humores, disposições e atitudes), englobando os conceitos de *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo<sup>3</sup>. Assim, a autora abrange o fator temporal (englobando aspetos mais transitórios e mais constantes no tempo), envolvimento cognitivo no trabalho (*engagement*), satisfação com as condições de trabalho (satisfação com o trabalho) e sentimento de pertença e relação emocional com a organização (compromisso organizacional afetivo)<sup>3</sup>.

De acordo com os nossos percursos investigativos e a evidência científica, a felicidade no trabalho é um construto que permite avaliar atitudes, emoções e sentimentos de prazer positivo e transitório (hedónicos) e de autorrealização e desenvolvimento que se prolongam no tempo (eudaimónicos), analisando de forma integrada o envolvimento afetivo-cognitivo e o prazer da realização do próprio trabalho (*engagement*), os julgamentos sobre as características do trabalho (satisfação com o trabalho) e os sentimentos de afeição, pertença e valor para com a instituição (compromisso organizacional afetivo), assumindo assim um carácter tridimensional.

Sendo considerada como um aspeto central na vida de todos, alcançar a felicidade no local de trabalho é de extremo interesse, tornando-a numa variável de especial relevância na vida das organizações e trabalhadores<sup>5</sup>. O conceito assume ainda maior importância quando produtividade e competitividade são duas palavras-chave nas organizações de hoje, sendo que ambas dependem fortemente do equilíbrio físico e psicológico que as instituições proporcionam aos trabalhadores<sup>2,5</sup>.

Assim, a felicidade no trabalho, olhada como um eixo estratégico, pode ter um papel fundamental na redução do absentismo e abandono profissional e, por outro lado, poderá aumentar a produtividade e melhorar as condições de trabalho. Além disso, serão também reduzidas as doenças profissionais e os condicionalismos laborais<sup>1,2,5</sup>.

Alguns fatores organizacionais potenciadores de felicidade no trabalho são o espírito de equipa, inovação, tomada de decisão partilhada entre gestores e trabalhadores, confiança, remuneração justa, aprendizagem contínua, variedade, recursos adequados, equilíbrio trabalho-família e reconhecimento<sup>6</sup>.

<sup>8</sup>. Quanto aos fatores individuais, surge a autoestima, estabilidade emocional, capacidade de adaptação, identificação do trabalhador face à organização, entre outros<sup>6-8</sup>.

A felicidade dos enfermeiros está relacionada com a vocação para a profissão, independência no trabalho e valores relacionados com a profissão de enfermagem<sup>1</sup>, sendo que, a literatura mostra que os seus níveis de felicidade no trabalho são moderados a baixos<sup>6-9</sup>.

## Objetivo

Apresentar os resultados principais de três estudos quantitativos e transversais realizados com enfermeiros portugueses e refletir sobre a experiência de investigação.

## Método

Os estudos apresentados foram de carácter quantitativo, descritivo, correlacional e transversal, realizados em enfermeiros portugueses a trabalhar em contexto hospitalar e em cuidados de saúde primários, há pelo menos seis meses. Foi aplicado um questionário sociodemográfico e profissional e a *Shorted Happiness at Work Scale*<sup>5</sup>, uma escala do tipo *Likert*, pontuada de 1 (discordo totalmente) a 7 (concordo totalmente), sendo que quanto maior a pontuação, maior o nível de felicidade no trabalho. A escala tem três dimensões: *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo, indo ao encontro da conceptualização de Fisher<sup>3</sup>. A realização destes estudos obteve pareceres favoráveis das Comissões de Ética para a Saúde, dos Conselhos de Administração das respetivas instituições e os participantes concederam o seu consentimento informado.

## Resultados e Discussão

### Estudo 1: Enfermeiros de uma Unidade Hospitalar e de Cuidados de Saúde Primários de uma ilha dos Açores

A amostra foi de 113 enfermeiros, maioritariamente do sexo feminino, entre os 31 e os 40 anos, com parceiro(a), com filhos, com bacharelato/licenciatura, com 16 ou mais anos de experiência profissional, enfermeiro generalista, com horário fixo e vínculo definitivo com a instituição.

Os níveis de felicidade no trabalho dos enfermeiros açorianos foram moderados (4,25; DP=1,05), indo ao encontro de outros estudos com enfermeiros<sup>7-9</sup>, sendo que estes apresentaram maiores níveis de envolvimento no trabalho e menores de satisfação com as condições de trabalho. Isto pode dever-se, por um lado, à elevada motivação e envolvimento afetivo dos profissionais de enfermagem no decorrer da sua função, e, por outro, às más condições laborais que são transversais a muitos contextos (pressões psicológicas, físicas, contacto com o sofrimento do outro, falta de recursos, entre outros).

Enfermeiros mais velhos (com 61 ou mais anos), sem pessoas dependentes a cargo e que realizavam atividades de lazer fora do horário de trabalho apresentaram níveis mais elevados na dimensão de satisfação com o trabalho. Os enfermeiros mais velhos podem possuir, por um lado, maior flexibilidade horária e posições mais elevadas dentro das instituições, e, por outro, derivado da sua maior experiência profissional, melhores mecanismos de  *coping*  relativamente a situações difíceis. Todos estes fatores podem levar ao aumento da sua satisfação com o trabalho<sup>9</sup>.

Enfermeiros sem pessoas dependentes a cargo e que realizam atividades de lazer nutrem-se mais, dedicam mais tempo a si próprios, gerando mais bem-estar individual e melhor saúde mental e física<sup>9</sup>. Todos estes fatores vão contribuir, direta ou indiretamente, para a sua satisfação com o trabalho, local onde passamos um terço do nosso tempo.

### Estudo 2: Enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde da Região Norte de Portugal

A amostra foi constituída por 105 enfermeiros de um Agrupamento de Centros de Saúde da Região Norte de Portugal. Os participantes eram na sua maioria do sexo feminino, com uma média de 41,2 anos de idade, licenciados ou pós-graduados, com parceiro(a) e filhos e com uma experiência

profissional média de 18,6 anos. Mais de metade era enfermeiro especialista, tinha horário fixo, considerava o trabalho stressante e praticava atividades de lazer.

Os níveis de felicidade no trabalho encontrados foram moderados (4,52; DP=0,94), o que corrobora as evidências obtidas por outros investigadores<sup>6,7,9</sup> e que se podem relacionar com os ambientes de trabalho nos quais estes profissionais exercem funções, uma vez que estes se caracterizam por serem propícios ao desgaste físico e psicológico, pela falta de recursos humanos e materiais e pela sobrecarga de trabalho, características que surgem na literatura como sendo dificultadoras da felicidade no trabalho<sup>1</sup>.

Verificou-se também, uma associação linear negativa entre a idade e o nível de *engagement*, o que vai ao encontro dos resultados obtidos por outros autores<sup>10</sup>, podendo esta relação ser justificada pelo facto dos cuidados de saúde primários terem a prestação de cuidados baseada nas novas tecnologias e no trabalho em rede, associado ao facto da maioria dos profissionais fazer parte da geração *millennials*, que apresenta grandes competências na área das tecnologias de informação e comunicação e com foco na demonstração de resultados, características não tão evidentes na geração que a antecede.

Os enfermeiros especialistas evidenciaram um nível mais elevado de compromisso organizacional afetivo. Um estudo com enfermeiros portugueses<sup>11</sup> obteve resultados similares e relaciona o maior nível de compromisso organizacional afetivo com o exercício de cargos de gestão. Considerando que, atualmente nos centros de saúde as funções de gestão são desempenhadas pelo enfermeiro especialista, estes podem sentir-se mais envolvidos com a organização e mais valorizados por esta.

Por último, os enfermeiros que consideram ter um trabalho stressante apresentaram níveis mais baixos de felicidade no trabalho e em todas as suas dimensões (*engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo), tal como documentado na literatura<sup>10</sup>. Os ambientes de trabalho dos enfermeiros por si só são responsáveis pelo desgaste físico e mental destes profissionais<sup>1</sup>, embora os resultados obtidos neste estudo se possam relacionar eventualmente com as mudanças ocorridas durante o momento da colheita de dados, em que os mesmos tiveram de enfrentar incertezas, alterações rápidas e permanentes e grandes sobrecargas de trabalho devido à vacinação em massa da população portuguesa, de modo a tentar conter a pandemia da Covid-19.

### **Estudo 3: Enfermeiros de uma Unidade Hospitalar da Região Norte de Portugal**

A amostra foi constituída por 363 enfermeiros de uma unidade hospitalar de uma Unidade Local de Saúde da Região Norte de Portugal. Os participantes eram maioritariamente do sexo feminino, com média de idades de 37,9 anos, enfermeiros generalistas, com licenciatura ou pós-graduação, a exercer funções na área médico-cirúrgica, com tempo médio de experiência profissional de 14,8 anos, com horário rotativo, com parceiro(a), com filhos, sem ajuda na prestação de cuidados às pessoas dependentes a cargo, praticavam atividades de lazer e consideravam o seu trabalho stressante.

Neste estudo, os enfermeiros evidenciaram níveis moderados de felicidade no trabalho (4,44; DP=1,15), resultados corroborados por outros autores<sup>6,8,9</sup>, sendo que apresentaram níveis superiores na dimensão *engagement* e níveis inferiores na dimensão satisfação com o trabalho. Tais resultados podem ser justificados pela motivação e ligação dos enfermeiros à instituição e aos utentes<sup>12</sup> e pela insatisfação dos enfermeiros com as condições de trabalho e vivência de sentimentos negativos na prestação de cuidados<sup>1,9</sup>, que são alguns dos principais fatores preditores de felicidade dos enfermeiros<sup>1</sup>.

Observou-se também, que os participantes com parceiro(a) evidenciaram níveis superiores de compromisso organizacional afetivo, o que vai ao encontro dos resultados obtidos noutros estudos<sup>9,13</sup>. Os trabalhadores casados têm mais responsabilidades familiares e encargos económicos pelo que serão mais comprometidos com a organização. Por outro lado, a existência de uma boa relação conjugal é um fator relevante na felicidade dos enfermeiros<sup>1</sup>.

Os enfermeiros que praticavam atividades de lazer demonstraram valores superiores de *engagement*, evidências que são corroboradas por outros investigadores<sup>9</sup>. A prática de atividades de lazer influencia a adoção de comportamentos de autocuidado, promovendo o bem-estar e a saúde

mental, sendo que a existência de uma boa saúde mental é um preditor significativo da felicidade nos enfermeiros<sup>9</sup>.

Os participantes que trabalhavam na área da Mulher, Criança e Jovem apresentaram níveis superiores de felicidade no trabalho, *engagement* e compromisso organizacional afetivo. Vários estudos demonstram a existência de uma relação entre o local de trabalho e os níveis de felicidade<sup>1,9</sup>, não havendo unanimidade sobre os serviços que potenciam ou dificultam esses níveis. Contudo, os resultados encontrados podem ser explicados pelas características destes serviços, dos utentes internados e pela tipologia de cuidados de enfermagem.

Verificou-se ainda que com o aumento do tempo de experiência profissional houve um aumento do compromisso organizacional afetivo, tal como verificaram outros autores<sup>6,9</sup>, podendo dever-se ao facto de que os enfermeiros são mais felizes à medida que envelhecem porque são mais “maduros”, responsáveis, aceitam melhor a realidade dos seus contextos de trabalho<sup>12</sup>, possuem mais experiência laboral<sup>9</sup> e ocupam cargos mais estáveis e com maior probabilidade de progressão para funções de gestão.

Os enfermeiros gestores apresentaram níveis mais elevados de felicidade no trabalho, *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo, à semelhança do que outros investigadores demonstraram<sup>6,14</sup>. Os enfermeiros gestores são mais velhos, com maior experiência profissional, têm horário fixo, salários mais elevados, maior autonomia, maior capacidade e envolvimento na tomada de decisão e um melhor posicionamento na carreira, o que contribui para a satisfação com o trabalho, *engagement*, compromisso organizacional e felicidade no trabalho<sup>9,14</sup>.

Os participantes com horário fixo apresentaram valores superiores de felicidade no trabalho, *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo, indo de encontro aos resultados de outros autores<sup>9,15</sup>, podendo ser justificado pelas características do horário fixo e rotativo, que exige uma adaptação aos diferentes horários de trabalho, com impacto negativo na saúde dos profissionais e repercussões na vida pessoal e familiar<sup>14</sup>.

Os enfermeiros que percecionaram o trabalho como stressante evidenciaram valores mais baixos de felicidade no trabalho, *engagement*, satisfação com o trabalho e compromisso organizacional afetivo, à semelhança dos resultados obtidos em outros estudos<sup>10,15</sup>. Os contextos de trabalho dos enfermeiros tornam estes profissionais mais expostos ao stress, podendo levar ao desgaste físico e mental e comprometer os cuidados prestados<sup>1</sup>. Por outro lado, não podemos dissociar-nos do contexto pandémico que se vivia no momento da colheita de dados, que obrigou a mudanças rápidas e profundas nos contextos de trabalho e contribuiu para o aumento das exigências laborais.

### **Felicidade no trabalho: a nossa experiência de investigação**

Os estudos apresentados obtiveram resultados semelhantes quanto aos níveis de felicidade no trabalho, apesar de terem sido realizados em diferentes contextos profissionais (hospitalar e cuidados de saúde primários) e em de diferentes áreas geográficas (Região Norte de Portugal e ilha dos Açores). Este aspeto comum remete para o facto de os enfermeiros vivenciarem o mesmo tipo de sentimentos e emoções no local de trabalho. De acordo com a revisão sistemática da literatura de Arulappan e colaboradores<sup>1</sup>, os enfermeiros são menos felizes no trabalho devido à constante exposição ao sofrimento e morte do outro, à volatilidade do estado dos utentes, falta de recursos, trabalho de equipa deficiente, falta de apoio por parte dos pares e comunicação ineficaz com a equipa médica e chefias.

Todos estes fatores levam à redução da capacidade laboral, aumento de conflitos, intenção de abandonar a profissão e até à doença mental, como a depressão, culminando na diminuição da qualidade dos cuidados prestados. Mais do que nunca, ser enfermeiro nos dias de hoje, requer resiliência, paixão pela profissão e, principalmente, continuar a nutrir o gosto pelo cuidar.

As condições económicas, de pandemia e de guerra atuais são fatores que têm impactado de forma extrema o setor da saúde e os seus profissionais, pelo que, a investigação e intervenção no campo da saúde ocupacional é imperativo, de modo a identificar estratégias que fomentem ambientes de trabalho positivos, seguros e saudáveis.

No desenvolvimento da investigação sobre a felicidade no trabalho, inicialmente, foi perceptível alguma surpresa por parte dos enfermeiros na temática. Para além do conceito não lhes ser conhecido, estranhavam a conjugação da felicidade com o trabalho, uma vez que o trabalho ainda está associado principalmente aos aspetos negativos, negligenciando os aspetos positivos. Apesar de o conceito de felicidade no trabalho não ser novo, este tem ganho protagonismo na relação entre trabalhadores e organizações, pelo que cada vez mais trabalhadores e instituições começam a “despertar” para a necessidade de promover a felicidade no trabalho, que é indispensável para atrair e reter os profissionais e para o sucesso organizacional.

Para além disso, o estudo da felicidade no trabalho permitiu conhecer a multiplicidade de construtos que existem paralelos à mesma e as suas diferenças e compreender melhor a origem do estudo da felicidade desde os filósofos antigos. Sendo dois aspetos centrais na vida dos indivíduos, mas também extremamente subjetivos, o estudo da felicidade no trabalho torna-se muito interessante e estimulante.

Investigar a felicidade no trabalho, teve também alguns fatores dificultadores. Um deles foi, sem dúvida, a inexistência de um construto capaz de reunir o consenso da academia, surgindo uma multiplicidade de estudos indexados à felicidade, mas que na realidade se reportam a diferentes formas de bem-estar ou à felicidade em geral (e não à felicidade no trabalho) como construto integrativo. O facto de o estudo sobre a felicidade/felicidade no trabalho em enfermeiros ser recente e estar ainda pouco desenvolvido também limitou a possibilidade de comparação com outros trabalhos. Contudo, estudar a felicidade no trabalho foi prazeroso, permitindo desenvolver competências e conhecimentos potenciadores de mudança na cultura das organizações, despoletando atitudes positivas, como a empatia e uma maior preocupação com a saúde mental dos profissionais, contribuindo assim para o desenvolvimento de ambientes de trabalho positivos e saudáveis.

## Conclusões

Os enfermeiros apresentaram níveis moderados de felicidade no trabalho nos três estudos apresentados. No estudo 1, observaram-se relações entre a idade, pessoas dependentes a cargo e atividades de lazer com a dimensão de satisfação com o trabalho. No estudo 2 entre a dimensão de *engagement* e a idade, entre a dimensão de compromisso organizacional afetivo e a categoria profissional e entre a felicidade no trabalho (e todas as suas dimensões) e o facto de considerar o trabalho stressante. No estudo 3 entre a felicidade no trabalho (global e dimensões) e o local de trabalho, categoria profissional, horário de trabalho e o facto de considerar o trabalho stressante. Verificou-se ainda uma relação entre a dimensão *engagement* e a prática de atividades de lazer. Por último, observou-se a existência de relação entre a dimensão compromisso organizacional afetivo e o estado civil e o tempo de experiência profissional.

A realização desta investigação foi enriquecedora, positiva, interessante, surpreendente e desafiante para as três autoras, na medida em que era uma temática pouco conhecida e estudada nos enfermeiros, contudo nutrimos um apreço especial pela área da saúde ocupacional e pela promoção de ambientes de trabalho seguros e saudáveis. Além disso, o contexto pandémico foi um desafio para as investigadoras, mas também uma oportunidade, uma vez que permite no futuro a realização de estudos comparativos num contexto após a pandemia.

Proporcionar trabalho digno e que vá ao encontro das necessidades dos trabalhadores fará aumentar a felicidade no trabalho, a produtividade, o sucesso e a sustentabilidade, pelo que é imperativo que as organizações desenvolvam estratégias que cuidem dos seus trabalhadores, englobando as esferas física, psicológica, espiritual e emocional.

O tema da felicidade no trabalho é ainda um tema complexo, pelo que a existência de mais investigação permite aumentar o conhecimento científico nesta área, identificando os preditores organizacionais e pessoais que são responsáveis pela felicidade no trabalho, de modo que estes dados possam ser utilizados pelas instituições e pelos enfermeiros gestores para a criação e implementação de estratégias que melhorem os níveis de felicidade no trabalho dos enfermeiros. Neste sentido, a investigação nesta área deve ter continuidade, em diversos contextos laborais e culturais, considerar a análise de outras variáveis, tais como o clima organizacional, os estilos de liderança, algumas variáveis de caracterização de personalidade dos enfermeiros, a motivação e o suporte social.



**Palavras-Chave:** Felicidade no trabalho; Saúde ocupacional; Investigação; Enfermeiros.

## Referências

- 1 Arulappan J, Pandarakutty S, Valsaraj BP. Predictors of nurse's happiness: a systematic review. *Frontiers of Nursing*[internet]. 2021 [cited 10 apr 23];8:313-26. Available from: <https://doi.org/10.2478/fo-2021-0032>.
- 2 Elpo PS, Lemos DC. Felicidade no trabalho: Conceitos, elementos antecessores e temas transversais. *Perspectivas Contemporâneas* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];17:1-19. Available from: <https://doi.org/10.54372/pc.2022.v17.3253>.
- 3 Fisher CD. Happiness at work. *Int J of Manag Rev* [internet]. 2010 [cited 10 apr 23];12(4):384-412. Available from: <https://doi.org/10.1111/j.1468-2370.2009.00270.x>.
- 4 Singh S, Aggarwal Y. Happiness at work scale: Construction and psychometric validation of a measure using mixed method approach. *J Happiness Stud* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];19(5):1439-63. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10902-017-9882-x>.
- 5 Salas-Vallina A, Alegre J. Happiness at work: developing a shorter measure. *J Manag Organ* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];27(3):460-80. Available from: <https://doi.org/10.1017/jmo.2018.24>.
- 6 Feitor S. Felicidade no trabalho e eventos potencialmente traumáticos: um estudo com enfermeiros açorianos [tese]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto [internet]. 2021 [cited 10 apr 23] Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/36080>.
- 7 Loureiro S. Felicidade no trabalho e interação familiar: um estudo com enfermeiros em contexto hospitalar [tese]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/38950>.
- 8 Martins T. Felicidade no trabalho e interação familiar: um estudo com enfermeiros de um agrupamento de centros de saúde [tese]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.26/38949>.
- 9 Khosrojerd Z, Tagharrobi Z, Sooki Z, Sharifi K. Predictors of happiness among Iranian nurses. *Int J Nurs Sci* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];5(3):281-6. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.06.008>.
- 10 Silva M, Borges E, Baptista P, Queirós C. Engagement e satisfação dos Enfermeiros do pré-hospitalar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]:25-30. Available from: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0243>.
- 11 Urco CF, Saá MJ, Murillo DE, Salinas JM. Felicidade no trabalho na geração dos Millennials, novos desafios para os administradores. *Brazilian Journal of Development* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];5(9):14571-82. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv5n9-063>.
- 12 Buaklee P, Fongkaew W, Turale S, Akkadechanunt T, Sansiriphun N. Unveiling the experiences of happiness at work through narrative inquiry: advance practice nurses' perspectives. *Pac Rim Int J Nurs Res Thail* [internet]. 2017 [cited 10 apr 23]; 21(3):206-19. Available from: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/PRIJNR/article/view/76287/72322>.
- 13 Cruz JB. As relações entre o comprometimento/compromisso organizacional e a percepção sobre as condições de trabalho: um estudo comparativo entre profissionais enfermeiros de hospitais públicos de Portugal versus Brasil [tese]. Instituto Politécnico de Bragança, Bragança [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10198/22687>.
- 14 Almeida DM. Satisfação profissional e engagement: percepção dos enfermeiros [tese]. Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Coimbra [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10316/94655>.
- 15 Lobo V. Presentismo e engagement em enfermeiros [dissertação]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]. Available from: [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33059/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_%20Victor%20Lobo.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/33059/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_%20Victor%20Lobo.pdf).

## 3.2 PRAZER NO TRABALHO: PERSPECTIVAS A PARTIR DA PSICODINÂMICA DO TRABALHO

Chancarlyne Vivian<sup>1</sup>, Letícia de Lima Trindade<sup>Z</sup>

<sup>1</sup>Professora da Universidade do Oeste de Santa Catarina. Doutoranda em Ciências da Saúde pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó. E-mail: [chancarlyne.vivian@unoesc.edu.br](mailto:chancarlyne.vivian@unoesc.edu.br)  
ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-3697-4109>

<sup>Z</sup>Professora Doutora do Departamento de Enfermagem e Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da Universidade do Estado de Santa Catarina e do Programa de Pós-graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó. E-mail: [leticia.trindade@unochapeco.edu.br](mailto:leticia.trindade@unochapeco.edu.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>

### Introdução

A palavra prazer origina-se do latim e provém do verbo *placere*, que remete agradar, parecer bem. Do mesmo modo, está relacionado a *placare* que remete acalmar, aquietar<sup>1</sup>. Outrossim é compreendida como emoção ou sensação induzida pelo gozo ou antecipação do que é sentido ou visto como bom ou desejável <sup>Z</sup>. O conceito de prazer também é refletido pela psicanálise e se distancia das construções de hedonismo <sup>10</sup> pelo caráter de experiência subjetiva conferida ao prazer<sup>1</sup>.

As reflexões de Epicuro <sup>11</sup> sinalizam que o prazer concerne na ausência de sofrimento no corpo e de perturbações na alma, além de definir que o propósito da vida humana consiste e se resume em viver bem e ser feliz<sup>3,4</sup>. Afirma que a vida virtuosa é a realização do prazer (*hedoné*<sup>12</sup>) e que o prazer é pressuposto como bem primeiro e não requer demonstração. A título de um bem, é imediatamente confirmado pelas evidências sensíveis, às quais, como sugere Epicuro, são sempre verdadeiras<sup>4</sup>. Dessa maneira, as formas adotadas pelos seres humanos para definir as suas ações favorecem a busca pelas situações que suscitam prazer<sup>3</sup>.

Doravante, a expressão prazer no trabalho é central para Psicodinâmica do Trabalho (PDT)<sup>13</sup>, uma vez que entende o trabalho como um meio passível de gerar prazer, coesão social e desenvolvimento<sup>5</sup>. Logo, se há prazer no trabalho este prazer só pode advir do ganho obtido no

---

<sup>10</sup>Termo que indica tanto a procura indiscriminada do prazer, quanto a doutrina filosófica que considera o prazer como o único bem possível, portanto como o fundamento de vida moral. Essa doutrina foi sustentada por uma das escolas socráticas, a Cirenaica, fundada por Aristipo; foi retomada por Epicuro, segundo o qual "o prazer é o princípio e o fim da vida feliz". O hedonismo distingue-se do utilitarismo do século XVIII porque, para este último, o bem não está no prazer individual, mas no prazer do "maior número possível de pessoas", ou seja, na utilidade social (Abbagnano, 2007).

<sup>11</sup>Epicuro de Samos um filósofo grego que entendeu que o bem reside no prazer. O prazer de que fala Epicuro é o prazer do sábio, entendido como quietude da mente e o domínio sobre as emoções e, portanto, sobre si mesmo. É o prazer da justa medida e não dos excessos. É a própria natureza que nos informa que o prazer é um bem. Este prazer, no entanto, apenas satisfaz uma necessidade ou aquietar a dor. O único prazer é o prazer do corpo e o que se chama de prazer do espírito é apenas lembrança dos prazeres do corpo. O mais alto prazer reside no que chamamos de saúde (Epicuro, 1980).

<sup>12</sup>Na mitologia grega, é a deusa do prazer (Epicuro, 1980).

<sup>13</sup>A Psicodinâmica do Trabalho é uma proposta teórica metodológica que busca estudar e intervir nos espaços de trabalho, dando ênfase à saúde psíquica dos trabalhadores. Seu precursor Christophe Dejours introduziu em 1992 o nome Psicodinâmica do Trabalho para designar o campo da investigação que é mais amplo do que o da psicopatologia do trabalho, na medida em que envolve o estudo não só do sofrimento e da patologia em relação ao trabalho, mas também do prazer e mesmo da saúde através do trabalho (DEJOURS et al., 2018). Assim, a Psicodinâmica do Trabalho procura dar conta não somente do sofrimento no trabalho e das patologias mentais a ele relacionadas, bem como das condições em que o trabalho é fonte de prazer, podendo desempenhar um papel na construção da saúde (Dejours, 2017).

trabalho justamente no registro da construção da identidade e da realização de si mesmo<sup>6</sup>. O prazer extraído do sucesso do trabalho está ligado ao crescimento da subjetividade, assim, trabalhar não é apenas produzir, é também transformar-se a si mesmo<sup>7</sup>.

Aos olhos da Psicodinâmica do Trabalho, o trabalho pode ser tanto fonte de prazer quanto de sofrimento<sup>5,8-10</sup>. Tanto o prazer quanto o sofrimento são o resultado da combinação da história da pessoa com a organização do trabalho, ao passo que, o trabalho deve oportunizar ao trabalhador uma mobilização subjetiva, uma atividade psíquica capaz de evitar o sofrimento e ressignificar a sua relação com o trabalho<sup>1</sup>. Dito isso, esse estudo tem como objetivo refletir sobre os elementos constituintes na Psicodinâmica do Trabalho como suporte para compreender o prazer no trabalho.

Acredita-se que as evidências alinhavadas pela Psicodinâmica do Trabalho durante essas décadas sejam congruentes para compreender o prazer no trabalho. Além disso, este tema é indiscutivelmente importante na atualidade, dada a multifatorialidade de consequências tanto positivas, quanto negativas que o trabalho pode provocar. Todavia, é preciso compreender o trabalho como uma produção conceitual e prática em movimento que necessita de possibilidades humanas de diálogo com o intuito de pensar a forma como organizamos o trabalho, para que este seja uma práxis que, verdadeiramente, pode ser fonte de prazer.

## **Psicodinâmica do Trabalho**

A Psicodinâmica do Trabalho é uma proposta teórico prática que busca compreender e intervir na organização do trabalho, dando ênfase à saúde psíquica dos trabalhadores e privilegia a clínica como modo de construção do conhecimento, de interpretação e de análise do trabalho, colocando-se como instrumento capaz de compreender tanto os processos de saúde quanto as patologias do trabalho<sup>10,11</sup>. Desenvolvida pelo médico do trabalho, psiquiatra e psicanalista francês, Christophe Dejours, tem seu foco na verbalização dos trabalhadores, com o objetivo de ressignificar o sofrimento vivenciado nos processos de trabalho, fazendo com que o resgate do sentido do trabalho fortaleça e potencialize o sujeito, de modo que ele enfrente o trabalho com um novo olhar<sup>10,12</sup>.

Dialogar sobre a Psicodinâmica do Trabalho sugere uma visão do trabalho como estruturante psíquico, além de oportunizar reflexões sobre novos horizontes da representatividade do sofrimento, do prazer e da saúde<sup>5,9,12,13</sup>. A passagem do sofrimento ao prazer é, na Psicodinâmica do Trabalho, mediatizada pelo trabalho<sup>10</sup>. Tendo por objeto de estudo, os processos intersubjetivos que tornam possível a gestão social das interpretações do trabalho pelos indivíduos e completa a análise dinâmica do sofrimento e das estratégias defensivas mediante a análise dinâmica do sofrimento e de sua transformação em prazer pelo reconhecimento<sup>6</sup>.

A literatura sinaliza que a Psicodinâmica tem por objetivo o estudo das relações entre condutas, comportamentos, experiências de sofrimentos e de prazeres vividos, por um lado, e organização do trabalho e relações sociais de trabalho, por outro<sup>14</sup> estudando as condições de articulação das inteligências singulares, na coordenação de atividades, no nível da organização do trabalho como um todo ou de um segmento dessa organização<sup>14-16</sup>. Esta área de estudo considera o trabalho como constituinte do sujeito e central nos processos de subjetivação, fazendo esta análise sociopsíquica do trabalho a partir de sua organização<sup>17</sup>.

Estudos nacionais<sup>18-23</sup> e internacionais<sup>10, 24-26</sup> que discorrem sobre a Psicodinâmica do Trabalho, frequentemente trazem os conceitos de prazer e sofrimento sobrepostos e estritamente indissociáveis do trabalho.

Contudo, poucos são os estudos<sup>1,17,27</sup> que inspirados na Psicodinâmica do Trabalho dialogam sobre o prazer. Tais estudos sugerem que o trabalho deve propiciar prazer para quem o exerce, pois deve conferir realização pessoal e profissional. Entendem a dinâmica do prazer no trabalho como constituinte da saúde mental e, para se obter essa sensação, é importante que a organização do trabalho permita ao trabalhador exercer e potencializar suas habilidades psicossensoriais, psicomotoras e psíquicas. Nesse sentido, os indivíduos que executam seu trabalho com prazer, apresentarão maior positividade relacionada à vida em geral.

## **Prazer no trabalho**

Nos estudos psicodinâmicos o prazer é identificado como um princípio mobilizador que coloca as pessoas em ação para a busca de gratificação e realização de si<sup>1,5</sup>. Entende-se a dinâmica do trazer no trabalho como parte da saúde mental dos trabalhadores, além de estar associado a satisfação, alegria e bem-estar no ambiente de trabalho<sup>27</sup> e a sensação de dever cumprido, conforto, alívio e reconhecimento<sup>25</sup>. O reconhecimento tem um impacto considerável sobre a identidade é graças a ele que uma parte essencial do sofrimento é transformada em prazer no trabalho<sup>7</sup>.

O prazer do trabalhador resulta da descarga de energia psíquica que a tarefa autoriza, o que corresponde a uma diminuição da carga psíquica do trabalho<sup>14</sup>. Trabalhar não é tão só produzir, é colocar seu corpo a prova, com possibilidade que ele volte mais sensível se comparado consigo mesmo antes dessa prova. Assim, trata-se de aumentar suas capacidades de experimentar prazer<sup>7</sup>. Contudo, o prazer não é visível, ele é um estado afetivo não mensurável, mas vivenciado “de olhos fechados”, ao passo que só se vivencia integralmente na intimidade da experiência interior<sup>28</sup>.

Apesar de não ser visível, o prazer no trabalho pode ser sentido<sup>25</sup> e isso é possível quando o trabalhador é capaz de se mobilizar para a mudança das situações desencadeadoras de desconforto e enfrentar as adversidades<sup>27</sup>. Perceber os sentimentos de prazer no trabalho pode contribuir para se criar um espaço que oportunize saúde física e mental e um trabalho saudável<sup>9, 10,14</sup>. O prazer começa quando graças ao zelo, o trabalhador consegue inventar soluções convenientes<sup>7</sup>.

Assim, o prazer no trabalho permite considerar que o trabalho não é uma desgraça socialmente determinada, mas pode, de fato, ser um edificador das identidades individuais e coletivas<sup>6</sup>. Na perspectiva psicodinâmica, reencontramos sempre num momento ou noutro, a identidade e sua estabilização como questão da luta para a saúde mental<sup>7</sup>.

O reconhecimento do trabalho ou mesmo da obra, pode depois ser reconduzido pelo trabalhador ao plano da construção de sua identidade e isso se traduz afetivamente por um sentimento de alívio, de prazer, às vezes de leveza da alma<sup>28</sup>. Quando se é beneficiado por esse reconhecimento, o trabalho se torna um mediador decisivo para a construção da identidade e, por conseguinte, da saúde mental e física<sup>16</sup>. Deste modo, o trabalho é ainda um mediador essencial da construção da identidade psicológica e pode desempenhar um papel de primeiro plano na realização de si<sup>6</sup>.

A discussão sobre o prazer no trabalho é uma das ponderações centrais na Psicodinâmica do Trabalho que perpassa estudos, pesquisas e publicações. Os resultados de alguns estudos referem-se ao prazer como vivência<sup>14, 27</sup>, outros buscam conhecer as fontes de prazer suscitadas no trabalho que podem desempenhar um papel na construção da saúde<sup>9,10</sup>. Enfim, o prazer no trabalho é usado como tema transversal na PDT que perpassa suas pesquisas e análises e está ligado ao reconhecimento do trabalho, havendo necessidade de valorizá-lo, pois o prazer no trabalho colabora para a saúde psíquica do trabalhador.

Em adendo, é importante refletir sobre os desdobramentos do conceito de prazer, uma vez que o arcabouço teórico que sustentou teoricamente a pesquisa foi a Psicodinâmica do Trabalho. Assim sendo, entende-se que o conceito de prazer a luz de outras propostas teórico metodológicas pode destoar dos constructos definidos pela PDT até o momento.

**Palavras-chave:** Saúde do Trabalhador; Saúde Mental; Prazer.

## Referências

1. Vieira FO, Mendes AM. Dicionário Crítico de Gestão e Psicodinâmica do Trabalho. Curitiba: Juruá; 2013.
2. American Psychological Association. Dicionário de Psicologia. Porto Alegre: Artmed; 2010.
3. Epicuro. Antologia de Textos. In: Epicuro, Lucrecio, Sêneca e Marco Aurélio (Os Pensadores). São Paulo: Abril Cultural; 1980.
4. Zmijewski MA. Notas sobre o conceito de prazer em Epicuro. Griot: Revista de Filosofia. 2022; 22(2):98-107. Disponível em: <https://www3.ufrb.edu.br/seer/index.php/griot/article/view/2803>
5. Arosa J. Ensaio sobre psicodinâmica do trabalho. Revista Katálysis. 2021;24(2):321-30. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rk/a/JdZkgTRMT3sdTcLwL9M8Bsh/>

6. Lancman S, Sznelwar LI (orgs). Christophe D: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho. Tradução: Franck Soudant. 3ª Edição Revista e Ampliada. Rio de Janeiro: Editora Fio Cruz; 2011.
7. Dejours C. Psicodinâmica do trabalho e teoria da sedução. *Psicologia em Estudo*. 2012;17(3):363-71. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/ZCgmnvttLdFqdzFb3tdZ3zt/abstract/?lang=pt>
8. Dejours C. *A Loucura do Trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez; 2015.
9. Dejours C. *Psicodinâmica do Trabalho: Casos Clínicos*. Porto Alegre: Dublinense; 2017.
10. Dejours C, Deranty JP, Renault E, Smith NH. *The Return of Work in Critical Theory: self, society, politics*. New York: Columbia University Press; 2018.
11. Giongo CR, Monteiro JK, Sobrosa GM. Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: revisão sistemática de literatura. *Temas em Psicologia*. 2015;23(4):803-14. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2015000400002&script=sci\\_abstract](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2015000400002&script=sci_abstract)
12. Sousa-Duarte F, Silva S, Martinez MJ, Mendes AM. Da Psicodinâmica à Psicopatologia do Trabalho no Brasil: (in)definições e possibilidade. *Psicologia em Estudo*. 2022;27(e48172):1-15. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/CqtHPgYkvZ4mN9JWVn9dYqF/abstract/?lang=pt>
13. Dejours C. A sublimação entre o sofrimento e o prazer no trabalho. *Revista Portuguesa de Psicanálise*. 2013; 33(2): 9-28. Disponível em: <https://docplayer.com.br/24920304-A-sublimacao-entre-sofrimento-e-prazer-no-trabalho-1.html>
14. Dejours C, Abdoucheli E, Jayet C. *Psicodinâmica do Trabalho: Contribuições da Escola Dejouriana à Análise da Relação Prazer, Sofrimento e Trabalho*. São Paulo: Editora Atlas S.A.; 2015.
15. Dejours C. *O Fator Humano*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2005.
16. Dejours C. *Trabalho, Tecnologia e Organização. Avaliação do trabalho submetido à prova do real*. São Paulo: Blucher; 2008.
17. Garcia AB, Dellaroza MS, Haddad MC, Pachemshy LR. Prazer no trabalho de técnicos de enfermagem do pronto-socorro de um hospital universitário público. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 2012;33(2):153-9. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/Lw4ZKfgKrn4X4f6wWMVMLBw/?lang=pt>
18. Mendes AM, Ferreira MC. Inventário de Trabalho e Riscos de Adoecimento – ITRA: instrumento auxiliar de diagnóstico de indicadores críticos no trabalho. In: Mendes AM. (Org.). *Psicodinâmica do Trabalho: teoria, método e pesquisa*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2007.
19. Glanzner CH, Olschowsky A, Pai DD, Tavares JP, Hoffman DA. Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da Psicodinâmica do Trabalho. *Rev Gaucha Enferm*. 2017;38(4):1-9 Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/LDTNfhK56yLtwm6tSdb8dXM/?lang=pt>
20. Hoffmann C, Zanini RR, Moura GL, Costa VM, Comoretto E. Psicodinâmica do trabalho e riscos de adoecimento no magistério superior. *Estudos Avançados*. 2017;31(91):257-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ea/a/GPrGfxy69Xj5YHrSKLVSWHJ/abstract/?lang=pt>
21. Macedo KB, Heloani R. Introdução e Expansão da Psicodinâmica do Trabalho no Brasil: entrevista com Dejours. *Psicologia em Estudo*. 2017;22(3):497-502. Disponível em: <https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/37405>
22. Nascimento M, Dellagnelo EH. Entre a obrigação e o prazer de criar: uma análise Psicodinâmica do prazer-sofrimento no trabalho artístico. *Revista Eletrônica de Administração*. 2018;24(2):135-66. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/read/a/nGhs5HMs6YWF7DtMTdYftmk/?lang=pt>
23. Lancman S, Bruni MT, Giannini R, Sales VB, Barros JO. O trabalhar nas intervenções em saúde e segurança no trabalho: reflexões sobre a construção de uma política integrada. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2022;27(11):4265-76. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mQwVCd7CcBWsZTVBn7K8x4s/abstract/?format=html&lang=pt>
24. Wlosko M, Ross C. El trabajo del cuidado en el sector salud desde la psicodinámica del trabajo y la perspectiva del care: Entrevista a Pascale Molinier. *Salud Colectiva*. 2015;11(3):445-54. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/scol/2015.v11n3/445-454/>
25. Santos JL, Corral-Mulato S, Villela-Bueno SM, Robazzi ML. Sentimentos de enfermeiras diante da morte: prazer e sofrimento na perspectiva da psicodinâmica de Dejours. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2016;34(3):511-7. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-954347>

26. Dashtipour P, vidaillet B. Introducing the French psychodynamics of work perspective to critical management education: why do the work task and the organization of work matter? *Academy of Management Learning & Education*. 2020;19(2):131-46. Disponível em: <https://eprints.mdx.ac.uk/26725/>
27. Rocha GS, Andrade MS, Silva DM, Terra MG, Medeiros SE, Aquino JM. Sentimentos de prazer no trabalho das enfermeiras da atenção básica. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019;72(4):1093-100. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/xCwj9D6Z6phdT4zWvKpjPdc/?lang=pt>
28. Dejours C. *A Banalização da Injustiça Social*. 5ª edição. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas; 2003.
29. Abbagnano N. *Dicionário de Filosofia*. 5ª. ed. São Paulo: Martins Fontes; 2007.

**CAPÍTULO 4 – VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SERVIÇOS  
DE SAÚDE**

## 4.1 BULLYING NO TRABALHO

Gildo Castro<sup>1</sup>, Margarida Ferreira<sup>2</sup>, Letícia de Lima Trindade<sup>3</sup>, Elisabete Borges<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Centro Hospitalar Universitário de São João. E-mail: [gildocastro1@gmail.com](mailto:gildocastro1@gmail.com), ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5609-9220>

<sup>2</sup>Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia, CINTESIS@RISE. E-mail: [margarida.v.ferreira@ipiaget.pt](mailto:margarida.v.ferreira@ipiaget.pt). ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2232-7314>

<sup>3</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina, Universidade Comunitária da Região de Chapecó. E-mail: [letrindade@hotmail.com](mailto:letrindade@hotmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7119-0230>

<sup>4</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto, CINTESIS@RISE. E-mail: [elisabete@esenf.pt](mailto:elisabete@esenf.pt) ORCID: <https://orcid.org/0000-ORCID:0002-6478-1008>

### Introdução

O fenómeno do *bullying* é um tipo de violência que evidencia características próprias, sendo conceituado num primeiro artigo publicado em 1989<sup>1</sup>. Em 1990 surge o primeiro artigo em inglês sobre o fenómeno do *bullying* no local de trabalho<sup>2</sup>, evidenciando-se um aumento significativo do interesse no tema e o *bullying* no trabalho, atualmente é reconhecido como um fenómeno universal<sup>3,4</sup>.

Ainda que o interesse científico e social pelo fenómeno *bullying* no trabalho tenha aumentado de forma considerável e, conseqüentemente, a compreensão deste fenómeno e dos seus efeitos seja hoje um assunto mais exposto, a incidência deste tipo de violência é crescente e identifica o *bullying* no mundo do trabalho ainda é um desafio da sociedade atual<sup>5</sup>.

A Organização Internacional do Trabalho<sup>5</sup> alega que a violência e o *bullying* no local de trabalho constituem uma grande ameaça para a segurança e para a saúde dos trabalhadores, apresentando-se como uma violação dos direitos humanos, incompatível com um trabalho seguro e digno.

A Convenção n.º 190 sobre Violência e Assédio contextualiza a violência no trabalho como um conjunto de comportamentos inaceitáveis, de práticas ou ameaças originadas por uma ocorrência única ou de forma recorrente, que resultam ou são suscetíveis de causar danos físicos, psicológicos, sexuais ou económicos<sup>6</sup>. Define o fenómeno do *bullying* no trabalho como maus-tratos repetidos, ameaças, humilhação ou intimidação, sabotagem laboral ou abuso verbal<sup>5</sup>.

O *bullying* no trabalho caracteriza-se por ações repetidas, dirigidas contra um ou mais trabalhadores, indesejadas pela vítima, realizadas de forma deliberada, que causam humilhação, constrangimento, hostilidade, ofensa e angústia e, conseqüentemente, originam um ambiente de trabalho desagradável<sup>4,7</sup>. Para outros autores corresponde a uma exposição a atos negativos de forma repetida (pelos menos uma vez por semana) e ao longo de, no mínimo, de seis meses<sup>8</sup>. Este comportamento negativo ofende a dignidade e a integridade do trabalhador e desestabilizam a relação com o processo de trabalho<sup>9</sup>.

Os comportamentos ou atos ofensivos são fundamentalmente de âmbito psicológico. Hirigoyen apresenta alguns exemplos: violência verbal, injúrias, circulação de boatos, retirar autonomia à vítima, não lhe facultar informações, contestar todas as suas decisões, criticar o seu trabalho injustamente, não lhe entregar o trabalho habitual, entregar-lhe constantemente novas tarefas, atribuir-lhe tarefas inferiores às suas competências, encarregá-la deliberadamente de tarefas impossíveis e os superiores hierárquicos e os colegas não lhe falarem<sup>10</sup>.

Tal como já referido anteriormente, o *bullying* no trabalho é um problema real e a sua incidência continuamente investigada, apesar de não se conhecer o tamanho real do fenómeno devido



à subnotificação<sup>11</sup>. É presumível encontrá-lo em vários ambientes laborais, nomeadamente no setor da saúde<sup>12</sup>.

A conjuntura dos cuidados de saúde pode gerar ambientes vulneráveis e propensos à violência<sup>13</sup>. Nesse contexto, a literatura alerta para o trabalho por turnos; a escassez de recursos humanos; os objetivos institucionais; as hierarquias muito rígidas; a exposição a agentes biológicos e químicos e, a presença de stress laboral<sup>14,15</sup>. Dados portugueses apontam para que cerca de 50% dos profissionais de saúde já sofreu pelo menos um episódio de violência física ou *bullying* em contexto laboral<sup>13</sup>.

Diferentes investigadores têm construído instrumentos que permitem a identificação da prevalência e tipos de comportamentos de *bullying*, os quais podem ser aplicados em diferentes contextos, nomeadamente o *Leymann Inventory of Psychological Terrorization* e o *Negative Acts Questionnaire*, sendo este último um dos mais utilizados, nomeadamente por grupos de pesquisa em Portugal, Espanha e Brasil<sup>2,4,16</sup>.

O *Negative Acts Questionnaire Revised* adaptado para a população portuguesa<sup>17</sup> possibilita a identificação da prevalência destes comportamentos negativos de acordo com três critérios<sup>18,19</sup>:

- 1) Quando o participante se situa em pelo menos um dos 22 itens no valor quatro (semanalmente) ou cinco (diariamente);
- 2) Quando o participante se autorrotula como vítima de *bullying* através do item 23, situando-se na resposta três (sim, de vez em quando), quatro (sim, várias vezes por semana) ou cinco (sim, quase todos os dias);
- 3) Quando participante deu resposta positiva, simultaneamente, no primeiro e segundo critérios.

Estudos que envolveram enfermeiros portugueses utilizando o NAQ-R demonstram a prevalência deste fenómeno entre os participantes, por exemplo, Sá<sup>20</sup> num estudo pioneiro com 416 enfermeiros provenientes das áreas da oncologia, da saúde mental e da psiquiatria de um hospital geral e enfermeiros de cursos de especialização em enfermagem, verificou uma prevalência de 21,2%, 8,4% e 4,1%, aplicando respetivamente os critérios 1, 2 e 3 do NAQ-R e Borges<sup>19</sup> num estudo com 151 enfermeiros de cursos de pós-licenciatura de especialização em enfermagem, encontrou uma prevalência de 26,4%, 9,4% e 5,9%, respetivamente. Também em 2016, um estudo, envolvendo enfermeiros Açorianos, com prevalências de *bullying* entre os participantes de 22%, 9,2% e 6,9% segundo os mesmos critérios do NAQ-R<sup>21</sup>. Numa investigação com enfermeiros de Portugal Continental e Enfermeiros da região Autónoma dos Açores os resultados evidenciaram uma prevalência de *bullying* de 28,2 %, 11,8% e 8,6%<sup>22</sup>. Mais recentemente um estudo com enfermeiros gestores, do Norte de Portugal, permitiu identificar a prevalência de *bullying* nos Enfermeiros gestores estudados, 28,6 % no 1º critério, 11,1% no 2º critério e, 7,9 % no 3º critério<sup>16</sup>. A tabela 1 apresenta e compara os resultados encontrados nos estudos anteriormente mencionados.

**Tabela 1.** Comparação entre a prevalência de *bullying* em pesquisas realizadas em Portugal segundo os três critérios do NAQ-R

Critérios NAQ-R	Sá (2008)	Borges (2012)	Maio (2016)	Borges et al. (2018)	Castro (2022)
Critério 1	21,2 %	26,4 %	22%	28,2%	28,6%
Critério 2	8,4 %	9,4%	9,2%	11,8%	11,1%
Critério 3	4,1 %	5,9%	6,9%	8,6%	7,9%

### Etiologia do *bullying*

A etiologia do fenómeno do *bullying* no trabalho é multifatorial. Fatores culturais, sociais, económicos, organizacionais, ambientais e individuais desempenham um papel transversal, podendo conduzir ao aparecimento de *bullying*<sup>13</sup>.

Embora as características pessoais desempenhem um papel importante, o *bullying* no trabalho é principalmente facilitado pelo ambiente do trabalho e por fatores organizacionais<sup>23,24</sup>. Assim, são

fatores potenciadores de um clima propício à ocorrência de *bullying* o estilo de liderança (autocrática ou arbitrária), a cultura organizacional (por exemplo, culturas onde o consumo álcool é tolerado), as mudanças organizacionais, a justiça organizacional (por exemplo, aplicação inconsistente de políticas), a organização do trabalho, o conflito e a ambiguidade de papéis, a sobrecarga de trabalho, o *déficit* de recursos humanos e oportunidade de participação, o abuso do poder, o incentivo da competitividade agressiva entre colegas, a precariedade laboral, o trabalho por turnos, a exposição a eventos traumáticos e a clientes agressivos e ansiosos (por exemplo, os profissionais de saúde e as forças policiais), a deficiente comunicação e a deficiente gestão de conflitos, o ambiente de trabalho onde existe crítica constante e gestores com competências reduzidas<sup>23</sup>. Entre as causas organizacionais de *bullying* no trabalho, destacam-se, também, os riscos psicossociais<sup>5</sup>.

Fatores pessoais como o sexo, a idade, o tempo de exercício no serviço, o nível de qualificação e o tipo de ocupação laboral associam-se ao fenómeno do *bullying* no trabalho<sup>15</sup>. Igualmente, indivíduos com problemas na infância, uso de substâncias como o álcool e drogas, saúde mental comprometida, trabalhadores com níveis de satisfação no trabalho diminuída são mais propensos a fenómenos de *bullying*<sup>23</sup>.

Usualmente, o *bullying* no trabalho atinge pessoas de um determinado perfil. Nomeadamente, trabalhadores com virtudes pessoais e profissionais, com valores éticos, que se sacrificam pelos outros, que gostam do seu trabalho, com elevado sentido de responsabilidade, de perfeição e capacidade de resistência, pessoas empáticas e autênticas, com estilo não confrontativo e com aparência de ingenuidade, sendo muitas vezes populares entre os diversos membros da organização<sup>25</sup>. A Organização Internacional do Trabalho defende ainda que os trabalhadores mais jovens assim como, trabalhadoras do sexo feminino têm risco acrescido de exposição à violência e *bullying*<sup>5</sup>.

Diferentes estudos apontam como preditores mais comuns de *bullying* no trabalho entre os profissionais de saúde: a idade (mais jovens), o sexo (feminino), tempo de exercício (menos de 5 anos), o trabalho em horas extras, o nível de qualificação, o local de trabalho (maior incidência em Unidades de Cuidados Intensivos), a hierarquia (vítima num plano inferior)<sup>15,26,27</sup>.

### **Consequências do *bullying***

O *bullying* no trabalho está associado a um conjunto de eventos negativos que se podem manifestar a nível individual, organizacional, social, económico e na qualidade dos cuidados prestados<sup>4,28,29</sup>.

As consequências no bem-estar físico e na saúde mental dos trabalhadores prejudica, não apenas os alvos imediatos, mas todas as pessoas e organizações envolvidas, por exemplo, colegas de trabalho, pessoas amigas, familiares, pacientes e clientes. Tanto as organizações, como as empresas e os trabalhadores, assim como as economias nacionais e internacionais evidenciam impacto, podendo este ser de carácter económico, imagem, prestígio e redução da produtividade<sup>5,25</sup>.

Na dimensão organizacional, social e económica, o *bullying* favorece ambientes de trabalho hostis, com mau ambiente, favorece a mobilidade laboral, a falta de compromisso com a organização e a insatisfação no trabalho. Promove problemas relacionais com familiares e com colegas de trabalho e está ligado ao absentismo e à diminuição de produtividade<sup>14,26</sup>.

### **Considerações finais**

Reconhecido como problema global, de saúde pública, com impacto na saúde e bem-estar dos trabalhadores, comunidade e sociedade, a prevenção do *bullying* no trabalho deve ser abordada como parte de uma estratégia global, asseverando tolerância zero para a violência no local de trabalho. O reconhecimento da etiologia e das consequências pode promover medidas mais assertivas para enfrentamento e abordagem do fenómeno. Urge a necessidade de consciencialização de todos os intervenientes no processo, no sentido de serem implementadas estratégias promotoras de saúde no trabalho, que minimizem a ocorrência deste tipo de comportamentos.

**Palavras-chave:** Bullying; Enfermeiros; Gestão de pessoas; Hospital

## Referências

- 1 Matthiesen S, Raknes B, Rökkum O. Mobbing på arbeidsplassen (Workplace bullying). Tidsskrift for NorskPsykologforening. 1989; 26: 761-774.
- 2 Leymann H. Mobbing and psychological terror at workplaces. Violence and Victims [internet]. 1990 [cited 10 apr 23]; 5(2):119-126. Available from: <https://doi.org/10.1891/0886-6708.5.2.119>.
- 3 Goh HS, Hosier S, Zhang H. Prevalence, antecedents, and consequences of workplace bullying among nurses-A summary of reviews. International Journal of Environmental Research and Public Health [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];19(14): 8256. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph19148256>.
- 4 Borges E, Queirós C. Cargas psíquicas: A influência do bullying e *burnout* na saúde dos trabalhadores. In: Pires DE, Trindade LL. Cargas de trabalho: um referencial para compreender a relação entre saúde e trabalho. Editora Moriá; 2022.
- 5 Organização Internacional do Trabalho. Ambientes de trabalho seguros e saudáveis livres de violência e de assédio [internet]. 2021. [cited 10 apr 23]. Available from: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms\\_783092.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_783092.pdf).
- 6 Organização Internacional do Trabalho. Violência e assédio no mundo do trabalho: Um guia sobre a Convenção n.º 190 e a Recomendação n.º 206 Escritório Internacional do Trabalho [Internet]. 2021 [cited 10 apr 23]. Available from: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilvia/documents/publication/wcms\\_832010.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---americas/---ro-lima/---ilo-brasilvia/documents/publication/wcms_832010.pdf).
- 7 Trindade LL, Schoeninger MD, Borges EM, Bordignon M, Bauermann K, et al. Assédio moral entre trabalhadores brasileiros da atenção primária e hospitalar em saúde. Acta Paulista de Enfermagem [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];35(eAPE039015):1-8. Available from: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO015134>.
- 8 Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. The concept of bullying and harassment at work: The European tradition. In: Einarsen S, Hoel H, Zapf D, Cooper CL. Bullying and harassment in the workplace: Developments in theory, research, and practice. 2ª ed. Boca Raton: CRC Press; 2011.
- 9 Schoeninger M, Trindade L, Borges E, Arcaro L, Zocche D, et al. Guia de assédio moral no trabalho - Instrumentalização dos profissionais de saúde frente ao fenómeno. Chapecó; 2021.
- 10 Hirigoyen, M. O assédio no trabalho: Como distinguir a verdade. Editora Pergaminho; 2002.
- 11 Salvador JT, Alqahtani FM, Al Madani MM, Jarrar MK, Dorgham SR, et al. Workplace violence among registered nurses in Saudi Arabia: A qualitative study. Nursing Open [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]; 8(2):766-75. Available from: <https://doi.org/10.1002/nop2.679>.
- 12 Rajabi F, Jahangiri M, Bagherifard F, Banaee S, Farhadi P. Strategies for controlling violence against health care workers: Application of fuzzy analytical hierarchy process and fuzzy additive ratio assessment. Journal of Nursing Management [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]; 28(4):777-86. Available from: <https://doi.org/10.1111/jonm.12989>.
- 13 Direção Geral da Saúde. Plano Nacional Prevenção da Violência no Ciclo de Vida. Plano de ação para prevenção da violência da saúde. Lisboa: DGS [internet]. 2020. [cited 28 dez 22]. Available from: [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/02/DGS\\_Planos\\_AP\\_Violencia\\_S\\_Saude\\_2020-02-29-FINAL.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2020/02/DGS_Planos_AP_Violencia_S_Saude_2020-02-29-FINAL.pdf).
- 14 Reknes I, Visockaite G, Liefoghe A, Lovakov A, Einarsen SV. Locus of control moderates the relationship between exposure to bullying behaviors and psychological strain. Front. Psychol [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];10:13-23. Available from: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00044>.
- 15 Serafin LI, Czarkowska-Pączek B. Prevalence of bullying in the nursing workplace and determinant factors: a nationwide cross-sectional Polish study survey. BMJ Open [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 9(12):e033819. Available from: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-033819>.
- 16 Castro G. Bullying e *Burnout*: estudo com enfermeiros gestores [tese]. Escola Superior de Enfermagem do Porto. Porto [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/43413>.
- 17 Borges E, Ferreira T. Bullying no trabalho: adaptação do Negative Acts Questionnaire-Revised (NAQ-R) em Enfermeiros. Rev Port Enferm de Saúde Ment . 2015; (13):25-33.
- 18 Einarsen S, Hoel H, Notelaers G. Measuring exposure to bullying and harassment at work: Validity, factor structure and psychometric properties of the Negative Acts Questionnaire-Revised. Work & Stress [internet]. 2009 [cited 10 apr 23];

23(1):24-44. Available from: <https://doi.org/10.1080/02678370902815673>.

19 Borges E. Qualidade de vida relacionada com o trabalho: Stresse e violência psicológica nos enfermeiros [tese]. Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa. Lisboa [internet]. 2012 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://hdl.handle.net/10400.14/18553>.

20 Sá L. O assédio moral e o *burnout* na saúde mental dos enfermeiros [tese]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto [internet]. 2016 [cited 10 apr 23];18(14):7228. Available from: <https://hdl.handle.net/10216/7223>.

21 Maio T. Bullying e Engagement em Enfermeiros [dissertação]. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto [internet]. 2016 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/17531/1/T%C3%A9rcio%20Maio.pdf>.

22 Borges E, Abreu M, Queirós C, Maio T, Teixeira A. Bullying em enfermeiros: estudo comparativo Portugal continental e Açores. Atas do 12º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde; 2018.

23 Karatuna I, Jonsson S, Muhonen T. Workplace bullying in the nursing profession: a cross-cultural scoping review. *International Journal of Nursing Studies* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]; 111:1-35. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2020.103628>.

24 Nielsen MB, Einarsen SV. What we know, what we do not know, and what we should and could have known about workplace bullying: An overview of the literature and agenda for future research. *Aggression and Violent Behavior* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 42:71-83. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.avb.2018.06.007>.

25 Al-Ghabeesh SH, Qattom H. Workplace bullying and its preventive measures and productivity among emergency department nurses. *BMC Health Services Research*[internet]. 2019[cited 10 apr 23];19(1). Available from: <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4268-x>.

26 León-Pérez J, Sanchez-Iglesias I, Rodríguez-Munoz A, Notelaers G. Cutoff scores for workplace bullying: The Spanish Short-Negative Acts Questionnaire (S-NAQ). *Psicothema* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 31:482-90. Available from: <https://doi.org/10.7334/psicothema2019.137>.

27 Bambi S, Guazzini A, Piredda M, Lucchini A, Marinis MGet al. Negative interactions among nurses: An explorative study on lateral violence and bullying in nursing work settings. *J Nurs Manag* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];27(4):749-57. Available from: <https://doi.org/10.1111/jonm.12738>.

28 Hartin P, Birks M, Lindsay D. Bullying and the nursing profession in Australia: An integrative review of the literature. *Collegian* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23]; 25(6):613-9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2018.06.004>.

29 Crawford CL, Chu F, Judson LH, Cuenca E, Jadalla AA, et al. An Integrative review of nurse-to-nurse incivility, hostility, and workplace violence. *Nurs Adm Q* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 43(2):138-56. Available from: <https://doi.org/10.1097/NAQ.0000000000000338>.

## 4.2 VIOLÊNCIA NO TRABALHO DA ENFERMAGEM: IMPLICAÇÕES SOBRE A PERCEPÇÃO DE CULTURA DE SEGURANÇA DO PACIENTE

Daiane Dal Pai<sup>1</sup>, Cibele Santos<sup>2</sup>, Letícia de Lima Trindade<sup>3</sup>, Juliana Petri Tavares<sup>4</sup>, Maiara Daís Schoeninger<sup>5</sup>

<sup>1</sup> Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). *E-mail:* [daiane.dalpai@gmail.com](mailto:daiane.dalpai@gmail.com) ORCID: 0000-0002-6761-0415

<sup>2</sup> Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). *E-mail:* [enf.cibelesantos@gmail.com](mailto:enf.cibelesantos@gmail.com) ORCID: 000-0002-2209-7865

<sup>3</sup> Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). *E-mail:* [letrindade@hotmail.com](mailto:letrindade@hotmail.com) ORCID:0000-0002-7119-0230

<sup>4</sup> Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). *E-mail:* [jupetritavares@gmail.com](mailto:jupetritavares@gmail.com) ORCID: 0000-0003-4121-645X

<sup>5</sup> Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). *E-mail:* [maia\\_schoeninger@hotmail.com](mailto:maia_schoeninger@hotmail.com) ORCID:0000-0002-0095-1485

### Introdução

Os serviços de saúde nem sempre são ambientes seguros como se gostaria, tanto para o paciente quanto para o trabalhador<sup>1</sup>. A segurança do trabalhador e a segurança do paciente devem ser considerados fenômenos interligados, sendo a violência no trabalho em saúde uma das dimensões intervenientes desta relação<sup>2</sup>.

A violência em ambientes de cuidado de saúde tem se tornado uma preocupação mundial, independentemente das características econômicas e culturais de cada país. Por representar um problema de saúde pública, a violência ocupacional tem sido foco de estudos na comunidade científica em todo o mundo<sup>3</sup>. Além disso, independente da causa, a violência sofrida pelos profissionais no campo da saúde tem grande potencial para prejudicar a segurança dos processos de atendimento ao paciente<sup>3</sup>.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) a segurança do paciente é definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde<sup>4</sup>. Já a Cultura de Segurança é definida como o produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança<sup>5</sup>.

Nesse contexto a violência emerge como elemento potencializador das fragilidades. Ambientes que cultivam interações violentas não fomentam a comunicação efetiva e o trabalho coletivo comprometendo a segurança dos pacientes. Assim, relatamos achados de um estudo que teve com objetivo de analisar a relação entre violência no trabalho da enfermagem e a cultura de segurança do paciente em hospitais da região Sul do Brasil.

### Método

Estudo multicêntrico, de métodos mistos, do tipo explanatório sequencial. Na primeira etapa fez-se uma pesquisa de abordagem quantitativa transversal e na segunda, a pesquisa é classificada como exploratória e descritiva.

O campo de estudo consistiu em dois hospitais do Sul do país. O Hospital A é um hospital universitário, localizado no Estado do Rio Grande do Sul e o Hospital B é um hospital de ensino, localizado no Estado de Santa Catarina.

Como critérios de inclusão utilizou-se: ser enfermeiros e técnicos/auxiliares de enfermagem, em atividade nos hospitais há mais de 12 meses. Foram excluídos os trabalhadores afastados por licença ou em férias no período da coleta dos dados. Para primeira etapa do estudo, a amostra probabilística foi definida em 391 participantes do Hospital A, que possuía uma população de 2.092 trabalhadores de enfermagem; e 198 participantes do Hospital B, com 532 trabalhadores. O cálculo amostral considerou 95% de confiança, erro de 5% e assumiu prevalência de 50%, sendo realizado com auxílio do WINPEPI versão 11.32. Os participantes foram selecionados por sorteio, estratificado por setores e pelas categorias profissionais, com base na listagem de trabalhadores ativos no período da coleta de dados, buscando contemplar proporcionalmente os trabalhadores das diversas áreas dos dois hospitais.

Utilizou-se o *Survey Questionnaire Workplace Violence in the Health Sector*, utilizado para avaliar a violência no trabalho em saúde, incluindo a física e a psicológica (agressão verbal, moral, sexual ou racial), nos últimos 12 meses, bem como perpetrados e consequências, mediante escalas tipo likert.

Para avaliação da cultura de segurança do paciente foi utilizado o *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, desenvolvido pela *Agency for Healthcare Research and Quality*. Este instrumento avalia 12 dimensões da cultura de segurança do paciente. São consideradas “áreas fortes da segurança do paciente” aquelas cujos itens escritos positivamente obtiverem 75% de respostas positivas ou aquelas cujos itens escritos negativamente obtiverem 75% das respostas negativas. As “áreas frágeis da segurança do paciente” são aquelas cujos itens obtiverem 50% ou menos de respostas positivas. Das dimensões, três são relacionadas ao hospital, sete à unidade de trabalho dentro do hospital e duas, medidas de resultado<sup>5</sup>.

A partir da análise dos dados quantitativos, foram identificados os trabalhadores que sofreram violência e, dentre estes, foram selecionados intencionalmente os trabalhadores que se mostraram dispostos a relatar suas experiências e seus sentimentos sobre o ocorrido. O número de participantes desta etapa (n=33) foi definido por saturação das informações, os quais responderam à entrevista semiestruturada gravada em áudio.

A coleta de dados foi realizada de 2015 a 2017 nos cenários de trabalho dos participantes, pela equipe de pesquisadores envolvida no estudo multicêntrico e foi aprovado por Comitê de Ética e Pesquisa (nº 32263014.5.0000.5327), atendendo a todas as prerrogativas éticas da pesquisa envolvendo seres humanos.

Os dados quantitativos passaram por análise estatística descritiva e inferencial, com auxílio do *software SPSS* e os qualitativos foram submetido a análise do tipo temática, assim realizou-se a pré-análise, exploração do material, tratamento dos resultados e as interpretações, sendo apresentados nesse manuscrito a categoria “Repercussões da violência para o cuidado”, sustentada por três subcategorias “distanciamento interpessoal do perpetrador”, “desmotivação no ambiente profissional” e “potencialidades para falhas na assistência”.

Por fim, realizou-se a interpretação dos achados da etapa quantitativa e qualitativa, dissonância e consonância, confrontando-se os resultados de ambas as abordagens.

## Resultados

A amostra (n= 589) foi composta em sua maioria por mulheres (83,3%), com média de idade de 44 anos ( $\pm 9,5$ ), com companheiro (67,1%), de etnia branca (79%), não fumantes (93,2%) e que não fazem uso de bebida alcoólica nenhum dia da semana (65,9%). A maioria não faz uso de medicação de uso contínuo (55,9%), não possui algum tipo de doença crônica (69,2%) e registrou uma média de seis horas de sono por dia ( $\pm 1,4$ ).

A distribuição dos profissionais quanto à categoria profissional foi em sua maioria constituída por técnicos e auxiliares de enfermagem (74,5%), com experiência profissional média de 15 anos ( $\pm 9,2$ ), que trabalhavam no turno diurno (65,1%), com mediana de 36 horas de carga horária semanal (IIQ: 36 – 42), em atuação com uma mediana de oito profissionais em seu setor/unidade (IIQ: 4 – 12), sem cargo de chefia (91%), com contato físico frequente com seus pacientes (91,2%) e sem duplo vínculo (86,9%).

Encontrou-se que 51,8% (n=305) dos trabalhadores de enfermagem sofreram algum tipo de violência nos últimos 12 meses. Foi verificada prevalência de 11,5% (n=68) de violência física. No que tange a violência psicológica, 40,8% (n=240) sofreu violência verbal, 21,1% (n=124) assédio moral, 2,7% (n=16) assédio sexual e 2,9% (n=17) de discriminação racial. Pacientes e acompanhantes somaram os maiores percentuais como praticantes da violência no trabalho (97,1% dos casos de violência física, 40,9% dos casos de agressão verbal, 56,3% dos casos de assédio sexual e 50,1% dos casos de discriminação racial), exceto para o assédio moral, o qual perpetrador de maior percentual foi chefia (36,6%) e colegas (33%).

Na análise das 12 dimensões sobre a percepção da cultura de segurança do paciente, apenas uma, “aprendizagem organizacional e melhoria contínua” (75%), foi considerada forte para segurança do paciente e quatro, áreas frágeis: “trabalho em equipe entre as unidades” (49,7%), “passagem de plantão ou turno e transferências” (44,5%), “adequação de profissionais” (37,8%) e “respostas não punitivas aos erros” (23,6%). As demais, obtiveram índices entre 51 e 74% de respostas positivas (respostas neutras): “expectativa sobre seu líder e ações promotoras de segurança do paciente” (68,4%), “retorno da informação e retorno sobre o erro” (62%), “frequência do relato de eventos” (61,3%), “trabalho em equipe dentro da unidade” (60,7%) e “apoio da gestão para segurança do paciente” (60,7%). Quatro dimensões foram consideradas como áreas frágeis para cultura de segurança do paciente: “trabalho em equipe entre as unidades” (49,7%), “passagem de plantão ou turno e transferências” (44,5%), “adequação de profissionais” (37,8%) e “respostas não punitivas aos erros” (23,6%).

Para a distribuição dos trabalhadores expostos e não expostos à violência no trabalho, segundo as 12 dimensões avaliadas para a cultura de segurança do paciente, pode-se constatar que quem não sofreu violência teve média de respostas positivas maior nas 12 dimensões da cultura de segurança do paciente, sendo estatisticamente significativas as dimensões: “trabalho em equipe” (p<0,001), “expectativa sobre o líder” (p<0,001), “aprendizado organizacional” (p=0,009), “apoio da gestão” (p<0,001), “percepção geral da segurança” (p= 0,000), “retorno da informação” (p= 0,001), “abertura da comunicação” (p=0,001), “frequência do relato de eventos” (p=0,006), “trabalho em equipe entre as unidades do hospital” (p=0,010), “adequação de profissionais” (p=0,020) e “passagem de plantão” (p=0,001).

Cada uma das 12 dimensões da percepção da cultura de segurança do paciente foi submetida a análise de regressão múltipla verificar a relação entre violência no trabalho da enfermagem e a percepção de cultura de segurança do paciente:

**Tabela 1 – Modelo de Regressão Linear Múltipla para as dimensões relacionadas a organização hospitalar (n=589). Brasil, 2015-2017**

Variáveis	B	P	r <sup>2</sup>
<b>Apoio da gestão</b>			0,159
Tabagismo	-20,407	0,001	
Sofreu algum tipo de violência	-6,503	0,038	
Idade	0,520	0,002	
Carga horária semanal	-1,071	0,014	
Satisfação com o local de trabalho	9,192	<0,001	
Reconhecimento no trabalho	3,910	0,021	
<b>Trabalho em equipe entre as unidades do hospital</b>			<b>0,57</b>
Sofreu algum tipo de violência	-4,873	0,083	
Horas de sono	1,760	0,073	
Reconhecimento no trabalho	4,818	<0,001	
Relacionamento no trabalho	3,360	0,038	
<b>Passagem de plantão e/ou turnos</b>			<b>0,064</b>

<b>Doenças Crônicas</b>	-5,907	0,049	
<b>Turno</b>	-6,347	0,030	
<b>Sofreu algum tipo de violência</b>	-8,036	0,005	
<b>Satisfação com o local de trabalho</b>	5,328	0,002	

Legenda:  $B$  – Coeficiente angular de regressão;  $r^2$  – coeficiente de determinação.

Diante dos achados quantitativos apresentados, é possível articular esses achados a subcategoria “distanciamento interpessoal do perpetrador”, segundo a percepção dos entrevistados.

*[...] dependendo do profissional médico a gente não vai ter tanta liberdade de chegar, se aproximar pra ele e pedir algumas coisas, então com isso vai acarretar na assistência prestada para o paciente. O que poderia ser resolvido em poucos dias, vai se prolongar por essa falta de informação, e dependendo, se for o familiar também vai ter essa restrição, vai ser uma coisa mais afastada, isolada, fazer a sua parte e deu... (E24).*

Os achados remetem também relação com a subcategoria “desmotivação no ambiente profissional”, segundo a percepção dos entrevistados.

*[...] não tinha mais aquele cuidado, eu não tinha mais vontade, mais ânimo de conversar com eles, essa que era a verdade. Eu chegava nos quartos e fazia a coisa no piloto automático, realmente mudou muito aquele amor, aquela vontade que tu tem de fazer a diferença, porque mais que tu fazia nunca estava bom, então repercutia muito. Foi bem difícil, porque quando tu tem um ambiente de trabalho leve, com a equipe leve, que tu vê que é uma equipe, tu vê às coisas de uma outra perspectiva, agora tu pensa assim, tu faz e a tua chefia só te desmorona, os teus colega só tentam te puxar o tapete... (E6).*

Por fim, a partir das falas dos entrevistados, articulou-se aos resultados dos dados quantitativos à subcategoria “potencialidades para falhas na assistência”.

*[...] eu acho que interfere sim, às vezes até para vir trabalhar, tua cabeça não tá focada e tu até acaba deixando passar certas coisas que são referentes ao cuidado (E16).*

*[...] dificuldade de raciocínio lógico, porque se você é a líder daquele grupo, você vai ter que gerenciar essas situações, psicologicamente abala bastante, tem que encontrar medidas e soluções, muitas vezes a própria líder do grupo vai precisar ajuda extra de algum outro colega, ela não vai dar conta sozinha, ela vai precisar que algum outro colega diferente entre naquele quarto e atenda aquele paciente, porque ela não vai ter mais condição naquele momento (E21).*

*[...] E no dia que aconteceu, eu nem queria e nem conseguia mais nem ver minhas anotações, eu fiquei atordoada coisa assim que não tem como explicar... (E27)*

## Discussão

A violência psicológica foi o tipo de violência com maior prevalência no presente estudo, dado que corrobora com outras investigações<sup>3,6</sup>. Essa predominância na autoria do abuso verbal pode influenciar na retribuição simbólica do reconhecimento da competência do trabalhador pelos colegas de trabalho, chefes e supervisores.

Na análise geral sobre a percepção dos profissionais acerca da cultura de segurança do paciente, apenas uma dimensão foi considerada fortalecida e quatro dimensões foram consideradas como áreas frágeis. Estudo realizado com 215 profissionais do Rio Grande do Norte, analisou a percepção da cultura de segurança do paciente, em três hospitais com diferentes tipos de gestão, demonstrou que os resultados estão em consonância, reforçam que “Respostas não punitivas aos



erros”, “Adequação de profissionais”, “Passagem de plantão ou turno e transferências” e “Trabalho em equipe entre as unidades” são áreas de destaque para ações de melhoria da cultura de segurança do paciente<sup>7</sup>.

A violência no local de trabalho afeta os profissionais na sua capacidade de tomar decisões e desempenhar suas tarefas cotidianas<sup>2,3</sup>. Também reduz o comprometimento com as boas práticas de cuidados e prejudica a confiança em suas próprias capacidades profissionais e leva a um aumento de erros<sup>8</sup>. Ainda é possível afirmar que a violência contribui para uma queda na qualidade e eficiência de todo sistema de saúde<sup>8</sup>.

Nas falas que emergiram na categoria “repercussões da violência para o cuidado” destaca-se distanciamento relatado dos profissionais com os seus pacientes após a vivência da violência. Estudos identificaram que, trabalhadores que foram agredidos fisicamente pelo usuário do serviço de saúde, interpretam e atribuem significados à relação estabelecida com o paciente atendido e, como consequência, esses profissionais desenvolveram mecanismos de defesa como o distanciamento afetivo do labor e com implicações no acesso aos serviços<sup>6,9</sup>.

Os achados fazem refletir sobre o impacto do tipo de contrato e do tempo de serviço prestado da equipe de enfermagem nas suas atitudes em relação à comunicação, inteligência emocional e empatia, estes aspectos parecem ter uma relação estabelecida, quando positivo influenciam nas habilidades emocionais adquiridas no relacionamento paciente-enfermeiro<sup>2,10</sup>.

Estudo brasileiro, sobre violência e seus fatores relacionados, tem como resultado que o relacionamento interpessoal ruim no trabalho associado significativamente à violência física<sup>8</sup>.

Também o reconhecimento do trabalho é crucial para a construção e estabilidade identitária e mental das pessoas, bem como para a saúde e prazer no trabalho. A falta de reconhecimento, manifestada pela falta de respeito e abuso verbal, além de sofrimento, desencadeia os processos de despersonalização e adoecimento dos trabalhadores<sup>3,6</sup>.

Satisfação no trabalho está negativamente relacionada ao vínculo<sup>11</sup>. Profissionais de saúde mais satisfeitos têm pacientes mais satisfeitos e baixa satisfação está associada a maiores taxas de atrito no local de trabalho<sup>11</sup>, como também pode ser verificado na Tabela 4, satisfação no trabalho, como variável de maior influência para percepção de segurança do paciente e não ter sofrido violência no local de trabalho. Quando a violência e a baixa satisfação no trabalho interagem, seus efeitos negativos se acumulam rapidamente e dão origem a um ciclo vicioso<sup>3</sup>.

## Conclusão

O estudo evidenciou relação entre violência no trabalho da enfermagem e cultura de segurança do paciente. Ainda, alta prevalência de violência laboral, sendo a maioria psicológica. Pacientes e acompanhantes somam os maiores percentuais como praticantes da violência no trabalho, exceto, para o assédio moral.

A percepção da cultura de segurança é influenciada diretamente pela experiência de violência no local de trabalho, podendo-se concluir que esta é um fenômeno capaz de desencadear diversas situações negativas ao local de trabalho, ambientes de trabalho violentos podem resultar em uma percepção fragilizada de cultura.

Sugere-se então, a realização de estudo futuro com abordagem longitudinal para acompanhamento dos efeitos da violência para a segurança do paciente.

Ações de prevenção da violência no espaço laboral são imperativas, assim como, fornecer treinamento à equipe para melhorar as habilidades de comunicação e adotar estratégias de resolução de conflitos, acompanhados de esforços para implementação de um ambiente de prática segura e livre de danos, no qual a população seja a principal beneficiada, obtendo serviços de saúde mais qualificados.

**Palavras-Chave:** Violência; Saúde do Trabalhador; Enfermagem; Gestão de Segurança; Segurança do Paciente; Cultura.

## Referências

- 1 Yang BX, Stone T, Petrini M, Morris D. Incidence, type, related factors, and effect of workplace violence on mental health nurses: A cross-sectional survey. *Archives of Psychiatric Nursing* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];32(3):31-8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2017.09.013>.
- 2 Dal Pai D, Sturbelle IC, Santos C, Tavares JP, Lautert L. Psychological violence in the workplace of healthcare professionals. *Texto contexto – enferm* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];27(1):e2420016. Available from: <https://doi.org/10.1590/0104-07072018002420016>.
- 3 Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occupe Environ Med* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];76 (12):927-37. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>.
- 4 World Health Organization. Guidelines on hand hygiene in health care: first global patient safety challenge clean care is a safer care. Geneva [internet]. 2009 [cited 10 apr 23]. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906\\_eng.pdf;jsessionid=0DA347A1B6FC956D311EB6AE50C42841?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf;jsessionid=0DA347A1B6FC956D311EB6AE50C42841?sequence=1).
- 5 Sorra JS, Nieva VF. Hospital survey on patient safety culture. MD: AHRQ, Rockville [internet]. 2004 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/professionals/quality-patient-safety/patientsafetyculture/hospital/userguide/hospcult.pdf>.
- 6 Sturbelle IC, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Riquinho DL, et al. Workplace violence in family health units: a study of mixed methods. *Acta Paulista de Enfermagem* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];32(6): 632-641. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900088>.
- 7 Andrade LE, Lopes JM, Souza MC, Vieira RF, Farias LPC, et al. Cultura de segurança do paciente em três hospitais brasileiros com diferentes tipos de gestão. *Ciênc Saúde Coletiva* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23]; 23(1):161-172. Available from: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018231.24392015>.
- 8 Tsukamoto SA, Galdino MJ, Carmo RC, Ribeiro RP, Soares MH. Occupational violence in the nursing team: prevalence and associated factors. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 32(4):425-432. Available from: <https://doi.org/10.1590/1982-0194201900058>.
- 9 Busnelo GF, Trindade LL, Dal Pai D, Beck CL, Ribeiro OMP, et al. Violence against nursing workers: repercussions on patient access and safety. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];75(4):e20210765. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0765>.
- 10 Giménez-Espert MC, Prado-Gascó VJ, Valero-Moreno S. Efeito dos aspectos trabalhistas na comunicação, inteligência emocional e empatia em enfermagem. *Rev Latino-Am Enfermagem* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];27(1):e3118. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2933.3118>.
- 11 Berlanda S, Pedrazza M, Fraizzoli M, Cordova F. Addressing risks of violence against healthcare staff in emergency departments: the effects of job satisfaction and attachment style. *Biomed Res Int* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];28(1):e5430870. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31275976/>.

#### 4.3 VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ESTRATÉGIAS DE PREVENÇÃO E ENFRENTAMENTO

Maiara Daís Schoeninger<sup>1</sup>, Grasiela Fátima Busnello<sup>2</sup>, Kaciane Boff Bauermann<sup>3</sup>, Elisabete Borges<sup>4</sup>,  
Letícia de Lima Trindade<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ). E-mail: [maia\\_schoeninger@hotmail.com](mailto:maia_schoeninger@hotmail.com), ORCID:0000-0002-0095-1485

<sup>2</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: [grasibusnello@gmail.com](mailto:grasibusnello@gmail.com) ORCID: 0000-0002-2027-0089

<sup>3</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: [kacianebb@hotmail.com](mailto:kacianebb@hotmail.com) ORCID:0000-0003-1897-1203

<sup>4</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). E-mail: [elisabete@esenf.pt](mailto:elisabete@esenf.pt) ORCID:0000-0002-6478-1008

<sup>5</sup>Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC e Unochapecó. E-mail: [letrindade@hotmail.com](mailto:letrindade@hotmail.com), ORCID:0000-0002-7119-0230

## Introdução

A violência no trabalho não é um fenômeno recente<sup>1</sup> e nos serviços de saúde é considerada um grande risco ocupacional<sup>2</sup>. A Organização Internacional do Trabalho (OIT) descreve a violência laboral como uma série de comportamentos e práticas inaceitáveis, que ocorrem de modo repetido ou não, ameaçando o trabalhador, podendo resultar em danos físicos, psicológicos, sexuais ou econômicos<sup>3</sup>.

Um estudo realizado no ano de 2019 mostrou que 61,9% dos profissionais atuantes nos serviços de saúde foram expostos à violência física e psicológica em seu ambiente de trabalho<sup>4</sup>. Entretanto, a violência notificada é apenas a ponta do iceberg, sendo a totalidade dos casos de difícil identificação<sup>5</sup>. As consequências negativas deste fenômeno complexo impactam diretamente na saúde dos indivíduos, no bem estar dos colegas que testemunham o evento, na família, nas instituições, na sociedade e na assistência prestada aos usuários<sup>6</sup>, que quando insatisfeitos, podem reproduzir a violência<sup>2,4,7</sup>.

Diante disso, é fundamental admitir que a violência não é um fenômeno natural e inevitável, reconhecendo-a como um problema grave de saúde pública, que pode e deve ser prevenido<sup>8</sup>, requerendo ações institucionais para seu manejo. Neste sentido, emergem as estratégias educativas de sensibilização e de visibilidade do fenômeno, as quais podem se tornar uma tecnologia social, capazes de transformar a realidade dos serviços de saúde, proporcionando informação, empoderamento, reflexão e sensibilização acerca da violência.

## Objetivo

Relatar a experiência do desenvolvimento de estratégias de prevenção e enfrentamento da violência nos serviços de saúde.

## Metodologia

Trata-se de um relato de experiência de uma das etapas de um estudo de método misto e multifásico, intitulado “Violência no processo de trabalho da enfermagem na Atenção Primária à Saúde (APS)”, conduzido por pesquisadores do Grupo de Estudos sobre Saúde e Trabalho (GESTRA) da Universidade do Estado de Santa Catarina, o qual contou com apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação de Santa Catarina (FAPESC). A Pesquisa seguiu todos os cuidados éticos preconizados (Pareceres de nº 713.728/2014; nº 2.835.706 2018; nº 3.414.195 2019).

A pesquisa de campo contou com uma etapa quantitativa realizada com 647 trabalhadores dos serviços de saúde de 23 municípios da região Oeste e Extremo Oeste de Santa Catarina (Brasil) e uma etapa qualitativa, na qual profissionais participantes da primeira etapa responderam a uma entrevista

sobre o fenômeno da violência, seu enfrentamento e implicações na assistência. Ambas as etapas serviram para o diagnóstico situacional e para a notoriedade da necessidade de desenvolvimento de estratégias de enfrentamento da violência, sendo nesse momento idealizada pela equipe uma campanha publicitária.

A campanha foi desenvolvida com base no referencial teórico de Marketing e Administração<sup>9</sup>, e seguiu, os três passos de desenvolvimento da estratégia de mensagem, sendo: 1- Criação e avaliação da mensagem; 2 - Desenvolvimento criativo e execução e 3 - Revisão da responsabilidade Social. Na sequência, utilizando o mesmo referencial teórico<sup>10</sup>, foram realizadas oito etapas para uma comunicação eficaz, descritas como: 1 - Identificar Público-Alvo; 2 – Determinar os Objetivos; 3 – Planejar as comunicações; 4 – Selecionar os canais de comunicação; 5 – Determinar o orçamento; 6 – Escolher o *mix* de mídias; 7 – Mensurar os resultados; e 8 – Gerenciar o processo integrado de comunicação e marketing.

Todos os materiais foram desenvolvidos por meio de um roteiro prévio e estruturados pelos achados da macropesquisa. Os elementos centrais incluíram: conceitos da violência, perfil dos perpetradores, formas de prevenção e enfrentamento, desenvolvimento de fluxograma e cartilha informativa. Todas as estratégias objetivaram provocar reflexões e sensibilização acerca da Cultura de Paz.

## Resultados

As ações da campanha foram iniciadas no dia 18 de dezembro, pela Enfermeira e Doutora, Letícia de Lima Trindade. A palestra foi realizada em parceria com a Plataforma Telessaúde – Santa Catarina e está disponível para acesso no link: <https://www.youtube.com/watch?v=FqBvdA1jPIw&t=124s>.

Figura 1 – Webpalestra – Violência no Trabalho.



Fonte: Banco de dados das Autoras.

Na sequência, foram gravados cinco *podcast* relacionados à violência no trabalho em saúde, além do desenvolvimento da logomarca de divulgação desses materiais, intitulada como “FronteiraCast Saúde”. Este material se encontra disponível no link: <https://www.udesc.br/ceo/contraviolencianasaude/podcasts> e serviu para alcance rápido dos profissionais mediante envio dos episódios via celulares.





Figura 4 - Flyer para sala de Espera - Profissionais Figura 5 – Flyer para sala de Espera - Usuários

**A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE COMO UM BOM LUGAR PARA TRABALHAR**  
ENFRENTAMENTO DA VIOLÊNCIA NO TRABALHO EM SAÚDE

**Existe violência no trabalho em saúde?**

No contexto da ESF, os trabalhadores sofrem atos violentos, os quais são motivados por situações críticas, que favorecem a ocorrência do evento, quais sejam, pela infraestrutura local, pelo perfil dos usuários, pelas peculiaridades do processo de trabalho.

**CONCEITOS E CLASSIFICAÇÕES**

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define violência como "uso intencional ou ameaça de uso da força física contra outra pessoa ou si próprio, que resulta, ou tem a probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico" (OMS, 2002).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT) reconhece a violência no trabalho como qualquer ação, incidente ou comportamento fundamentado em uma atitude voluntária do agressor, em discriminação da qual um profissional é agredido, ameaçado ou sofre algum dano ou lesão durante a realização, ou como resultado direto, do seu trabalho (OIT et al., 2002).

Pode ser classificada em Violência Física ou Violência Psicológica (Agressão Verbal, Assédio Moral, Assédio Sexual e Discriminação Racial).

**A maior taxa de violência está relacionada aos trabalhadores que ficam responsáveis pela primeira comunicação direta com pacientes e seus familiares, ou seja, os profissionais de enfermagem, os tornando mais vulneráveis.**

Os danos provocados pela violência podem ser de difícil identificação, principalmente quando não se constituem em repercussões físicas.

As consequências advindas da exposição à violência no trabalho são muitas, podendo refletir na saúde física, pessoal, profissional, psicológica e emocional.

Além disso, a violência ocupacional no setor saúde pode ocasionar danos à saúde dos seus trabalhadores e interferir na qualidade de assistência prestada aos usuários.

Responsável pela elaboração: Ms. Karline Ruff Bassostrass; Ms. Márcia Schwaninger; Orientadora Profa. Dra. Letícia de Lima Trindade; Contato: karacian@huteaui.com

**Prevenção da Violência no Trabalho em Saúde**  
INFORMAÇÕES AOS USUÁRIOS

**O QUE É**  
Violência é "o uso intencional ou ameaça de uso da força física contra outra pessoa ou si próprio, que resulta ou tem a probabilidade de resultar em lesão, morte, dano psicológico".

A Violência no trabalho pode ser classificada como violência física e psicológica, esta abrange agressão verbal, assédio moral, assédio sexual e discriminação racial.

**O QUE PODE SER CONSIDERADO UM ATO VIOLENTO**  
O ato violento pode ser caracterizado pelo emprego de força na agressão física até a agressão verbal, a ameaça, o que os usuários falam para o profissional.

As pesquisas indicam que a agressão verbal é a forma mais comum de violência contra o profissional de saúde.

**FORMAS DE ENFRENTAMENTO**  
Educação e informação são fundamentais: O tema da violência deve ser amplamente discutido e divulgado de diferentes formas e meios.

Incentivar e estimular o diálogo e o respeito, facilitando o relacionamento interpessoal;

Resolver os conflitos através da mediação, viabilizar a comunicação e harmonizar interesses;

Reforçar a importância da CULTURA DE PAZ.

**CULTURA DE PAZ segundo a UNESCO é:**

A Cultura baseada em tolerância e solidariedade, uma cultura que respeita todos os direitos individuais, que assegura e sustenta a liberdade de opinião e que se empenha em prevenir conflitos, resolvendo-os em suas fontes. Está relacionada à prevenção e à resolução não violenta dos conflitos.

**É importante:**  
Construir Relações Sociais baseadas na justiça, igualdade e respeito.

Responsável pela elaboração: Ms. Karline Ruff Bassostrass; Ms. Márcia Schwaninger; Orientadora Profa. Dra. Letícia de Lima Trindade; Contato: karacian@huteaui.com

Logos: UDESC, PPGENF, FAPESC, GESTAR

Fonte: Banco de dados das Autoras.

Ainda, foram desenvolvidos cinco vídeos para divulgação nas redes sociais, bem como, para utilização nas salas de espera dos serviços de saúde. O conteúdo dos vídeos aborda os conceitos de violência, formas de prevenção e enfrentamento e ênfase na cultura de paz. Os materiais estão disponíveis para visualização e downloads por meio do link: <https://www.udesc.br/ceo/contraviolencianasaude/videos>.

Figura 6 - Vídeo - Campanha de Prevenção e Enfrentamento da Violência contra os Profissionais nos Serviços de Saúde

**A Violência causa danos à saúde dos trabalhadores e pode interferir na assistência prestada aos usuários!**

Logos: UDESC, PPGENF, FAPESC, GESTAR, POWTOON

Campanha Contra a Violência nos Serviços de Saúde

Campanha de Prevenção e Enfrentamento da Violência contra os Profissionais nos Serviços de Saúde

Fonte: Banco de dados das Autoras.

Ainda como forma de maior interação com o público-alvo, foi realizada, uma *Live* intitulada como: “Vamos Conversar Sobre o Assédio Moral nos Serviços de Saúde?”. O diálogo contou com a experiência de duas pesquisadoras, Elisabete Borges e Daiane Dal Pai, da área de saúde do trabalhador e está disponível no seguinte *link* de acesso: [https://www.youtube.com/watch?v=bcH\\_LldI04](https://www.youtube.com/watch?v=bcH_LldI04).

Figura 7 - Live - Vamos Conversar sobre o Assédio Moral nos Serviços de Saúde?

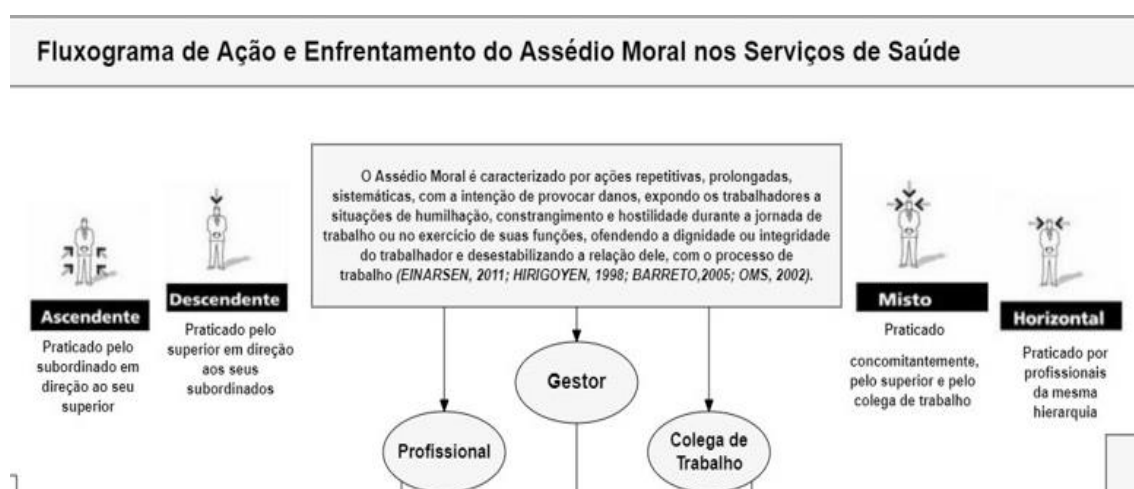


Vamos conversar sobre o Assédio Moral nos Serviços de Saúde?

Fonte: Banco de dados das Autoras.

A pesquisa de campo evidenciou ausência de materiais instrucionais de manejo da violência. Deste modo, foi desenvolvido um Fluxograma de Ação e Enfrentamento do Assédio Moral nos Serviços de Saúde, conforme figura 8. Esta ferramenta está disponível por meio do link: <https://www.udesc.br/ceo/contraviolencianasaude/fluxogramas> nas versões Português e Inglês e na legislação Brasileira e Estrangeira, podendo ser adaptada de acordo com cada país.

Figura 8 – Etapas iniciais do Fluxograma de Ação e Enfrentamento do Assédio Moral



Fonte: Banco de dados das Autoras.

\*O fluxograma completo está disponível no link acima.

Visto que o assédio moral nos serviços de saúde é um fenômeno complexo, desenvolveu-se ainda um Guia Complementar ao Fluxograma, intitulado como: “Assédio moral no Trabalho, e agora? Instrumentaliza (ação) dos profissionais dos serviços de saúde frente ao fenômeno”, disponível no link:

[https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id\\_cpmenu/3761/Guia\\_Assedio\\_Moral\\_vers\\_o\\_final\\_registro\\_16262614082793\\_3761.pdf](https://www.udesc.br/arquivos/ceo/id_cpmenu/3761/Guia_Assedio_Moral_vers_o_final_registro_16262614082793_3761.pdf), conforme figura 9.

Figura 9 – Guia Complementar: Assédio Moral no Trabalho, e agora?

Sumário	
Pg. 8	Conceito, tipos e situações que caracterizam ou não o Assédio Moral
Pg. 18	Acolhimento à Vítima
Pg. 20	Primeiros passos para o Enfrentamento
Pg. 22	Mediação de Conflitos
Pg. 24	Comunicação Não-Violenta e Comunicação Assertiva
Pg. 27	Ouvidoria
Pg. 29	Por que devemos denunciar o Assédio Moral?
Pg. 31	Estratégias de Enfrentamento Individuais, Coletivas e Organizacionais
Pg. 37	Aspectos Jurídicos (esfera Criminal, Administrativa, Civil e Trabalhista)
Pg. 46	Níveis de Prevenção do Assédio Moral ( Primária, Secundária e Terciária)
Pg. 48	Considerações Finais
Pg. 50	Referências

Fonte: Banco de dados das Autoras.

Todos os materiais estão disponíveis para amplo acesso e divulgação, conforme figura 10, por meio do link: <https://www.udesc.br/ceo/contraviolencianasaude>.

## CAMPANHA CONTRA VIOLÊNCIA NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

olência nos Serviços de Saúde

### MENU

- > Quem somos nós?
- > Cartaz - Produto Técnico
- > Folder - Produto Técnico
- > Vídeos - Produtos Técnicos
- > Podcast - Produtos Técnicos
- > WebPalestra
- > Live
- > Fluxogramas - Produtos Técnicos
- > Guia Assédio Moral - Produto Técnico
- > Parceiros Nacionais
- > Parceiros Internacionais
- > Indicação de Leitura
- > **Premiações**

- o MAPA DE INOVAÇÕES NUSING NOW BRASIL
- o MENÇÃO HONROSA - FIGEPS
- o MENÇÃO HONROSA - 3º ICOHN - Portugal
- o MENÇÃO HONROSA - 82ª Semana Brasileira de Enfermagem
- o MENÇÃO HONROSA - 2º EPG e 9º SEPE



Fonte: Banco de dados das Autoras

A campanha ocorreu entre dezembro de 2019 e maio de 2021, mas os materiais continuam ativos na página criada da Campanha, a qual reúne todos os dispositivos apresentados.

Cabe destaque, que para divulgação e alcance dos profissionais, contou-se com a parceria das Agências de Desenvolvimento Regional de Saúde de referência das equipes participantes do estudo, o apoio da ferramenta do Telessaúde – SC, o Conselho Regional de Enfermagem do Estado de Santa Catarina, a Universidade Federal da Fronteira Sul e a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP – Portugal).

Dados atuais apontam para que as visualizações dos materiais instrucionais na página oficial ultrapassaram os 2.022 acessos. Além disso, os materiais no *Youtube* totalizaram mais 2.202 visualizações. Ainda, os materiais foram enviados por meio físico aos municípios participantes da pesquisa, totalizando 120 *folders*, 120 boletins informativos e 60 cartazes. Todos os direitos autorais foram registrados.

A campanha contou com o *feedback* positivo dos participantes e incentivo à continuidade e importância de iniciativas e ações dessa natureza. Ela foi divulgada e premiada nacionalmente e internacionalmente e passou a fazer parte do mapa de inovações do *Nursing Now* Brasil.

### Considerações Finais

A violência requer uma ampla abordagem nas instituições, sendo necessário idealizar estratégias que demonstrem sua presença, forma de manejo e de prevenção contínua nos ambientes de trabalho. O acesso a informações, a institucionalização de recursos gerenciais de enfrentamento do problema, menos direcionados às vítimas, que requerem uma assistência humanizada personalizada e cuidadosa, e mais direcionadas aos perpetradores e ao aprendizado a partir do fenômeno podem conduzir para uma assistência mais primária do problema.

Ainda, nessa direção, é preciso partilhar experiências institucionais que exemplifiquem e que possam ser replicadas para melhor enfrentamento e prevenção da violência no trabalho.

**Palavras-Chave:** Violência no Trabalho; Serviços de Saúde; Pessoal de Saúde.

### Referências

- 1 Alves JC, Carvalho AR, Santos CF, Gomes TM, Santos TR, et al. Violência contra os profissionais de saúde no contexto atual brasileiro: Uma abordagem histórica. *Brazilian Journal of Development* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]; 8(1):3699–725. Available from: <https://doi.org/10.34117/bjdv8n1-243>.
- 2 Nyberg A, Kecklund G, Hanson LM, Rajaleid K. Workplace violence and health in human service industries: a systematic review of prospective and longitudinal studies. *Occupational & Environmental Medicine* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]; 78(2):69-81. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2020-106450>.
- 3 Organização Internacional do Trabalho. Conferência Internacional do Trabalho. Convenção (nº 190) sobre Violência e Assédio. Genebra: 108 seções CIT [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]. Available from: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/genericdocument/wcms\\_729459.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/genericdocument/wcms_729459.pdf).
- 4 Liu J, Gan Y, Jiang H, Li L, Dwyer R, et al. Prevalence of workplace violence against healthcare workers: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 76(12):927-37. Available from: <https://doi.org/10.1136/oemed-2019-105849>.
- 5 Hasan I, Hassan Z, Bulbul MI, Joarder T, Chisti MJ. Iceberg of workplace violence in health sector of Bangladesh. *BMC Res Notes* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];11(702):1-6. Available from: <https://doi.org/10.1186/s13104-018-3795-6>.
- 6 Busnelo GF, Trindade LL, Dal Pai D, Beck CL, Ribeiro OM, et al. et al. Violence against nursing workers: repercussions on patient access and safety. *Revista Brasileira de Enfermagem* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];75(4):e20210765. Available from: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0765>.

7 Trindade LL, Schoeninger MD, Borges EM, Bordignon M, Bauermann KB, et al. Moral harassment among Brazilian primary health care and hospital workers. *Acta Paul Enferm* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]; 35:eAPE039015134. Available from: <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0151349>.

8 Sturbelle IC, Dal Pai D, Tavares JP, Trindade LL, Riquinho DL, et al. Workplace violence in family health units: a study of mixed methods. *Acta Paulista de Enfermagem* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 32(6):632-41. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201900088>.

9 Kotler P, Shalowitz J, Stevens RJ. *Marketing estratégico para a área da saúde*. Porto Alegre: Grupo A-Bookman; 2010.

10 Toaldo MM, Machado MB. A longevidade de uma campanha publicitária: uma sistematização teórica sobre o tema a partir do seu estado da arte. *Revista Ação Midiática - Estudos em Comunicação, Sociedade e Cultura* [internet]. 2013 [cited 10 apr 23];6(1):1-15. Available from: <http://dx.doi.org/10.5380/am.v0i6.34744>.

## **CAPÍTULO 5 – PROGRAMAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE DO TRABALHADOR**

## 5.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE DOS TRABALHADORES

Assunção Nogueira<sup>1</sup>, Margarida Abreu<sup>2</sup>, Helena Loureiro<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Enfermagem Tâmega e Sousa, IPSN, CESPU. E-mail: [assuncao.nogueira@ipsn.cespu.pt](mailto:assuncao.nogueira@ipsn.cespu.pt) ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5693-242X>

<sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto. E-mail: [mabreu@esenf.pt](mailto:mabreu@esenf.pt) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0136-6816>

<sup>3</sup>Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro. E-mail: [hloureiro@ua.pt](mailto:hloureiro@ua.pt) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1826-5923>.

### Introdução

O trabalho é uma das dimensões essenciais para caracterizar o ser humano<sup>1</sup>. Segundo este autor o trabalhador é uma pessoa que pretende desenvolver-se através da sua atividade e aceita os desafios utilizando a sua inteligência prática e a sua capacidade de inovar, se o contexto lhe proporcionar autonomia. Nesta situação, o trabalho permite-lhe descobrir as suas capacidades e potencialidades, mobilizar os seus conhecimentos e experiências, constituindo uma ferramenta para construir um sentido e uma identidade<sup>1</sup>.

Mas, o trabalho é também um importante recurso para o desenvolvimento social e económico da sociedade, daí a importância de os empregadores enfatizarem a saúde dos trabalhadores, nomeadamente a promoção da sua saúde. Ao assegurar boas condições de segurança e saúde no trabalho, nomeadamente, a promoção da saúde os empregadores reduzem as possibilidades dos seus trabalhadores sofrerem acidentes, ausentarem-se do trabalho devido a problemas psicossociais ou cometer erros devido a lesões músculo-esqueléticas<sup>2</sup>.

Assim, o local de trabalho oferece condições privilegiadas para a implantação de programas e ações de promoção da saúde, pois possibilita o acesso a um grupo de indivíduos relativamente saudáveis e dispõe de infraestrutura para a sua organização e implantação<sup>3</sup>.

Desde há longa data que a Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho advoga que promoção da saúde no local de trabalho deve ser um esforço conjunto de todos os envolvidos (empregadores, trabalhadores e sociedade)<sup>4</sup>, significando que, mais do que cumprir os requisitos legais a nível de segurança e saúde, todos serão chamados a colaborar e a contribuir para a saúde do ambiente em que laboram<sup>5</sup>. Cardoso e Morgado<sup>6</sup> acrescentam ainda que se a sociedade pretender resolver o problema do sofrimento, das doenças e dos acidentes ligados ao trabalho, não é possível manter o foco apenas nas consequências destes, sendo necessário também atuar nas suas causas. Como tal, é necessário dar prioridade à continuação da investigação e da recolha de dados, bem como à promoção da saúde no trabalho, tanto a nível da União Europeia como à escala nacional<sup>4</sup>.

### Promoção da Saúde

Desde os primórdios da humanidade que o homem tentou preservar a sua saúde, ao procurar alimento e abrigo, ao conviver com outros seres e ao procurar satisfazer as suas necessidades básicas. Falar de saúde, atendendo ao modelo tradicional, é sinónimo de não ter doença. Mas, atendendo a uma visão humanista e holística do ser humano, uma forma de estar na vida, tentando entender o outro como um ser único, com inúmeras dimensões que envolvem a sua saúde, leva-nos à compreensão de que saúde é algo subjetivo e a olhar as pessoas de uma forma atenta e abrangente, observando como se adaptam às adversidades, ou seja, ter saúde é muito mais do que a inexistência de doença<sup>7</sup>. O saber gerir a situação de saúde, apesar da presença de doença, torna-se então primordial para o bem-estar da pessoa.

Para [Laverack](#)<sup>8</sup> a promoção da saúde tem um papel primordial na preservação e melhoria do estado da saúde. Esta autora define promoção da saúde como um conjunto de princípios que incluem a equidade e o empoderamento através de uma prática que abrange a comunicação, a capacitação e atividades politicamente orientadas. Fundamentando o seu discurso nas Cartas de Otava<sup>7</sup> e de

Banguescoque<sup>9</sup>, mas particularmente na primeira, a autora afirma ainda que a promoção da saúde pode ser realizada num qualquer *setting* no qual as pessoas se envolvem diariamente em atividades e em que fatores ambientais, organizacionais e pessoais interagem para afetar a saúde e o bem-estar. Acrescenta ainda que na idade adulta um dos *settings* privilegiados para a promoção da saúde é o local de trabalho<sup>8</sup>.

### Promoção da Saúde no Trabalho

O homem passa uma grande parte do seu tempo no trabalho, daí que a saúde e o bem-estar da população trabalhadora tenham merecido uma atenção especial pelas organizações e pelos poderes públicos.

Muitos estudos apontam para que o absentismo por doença física tenha diminuído, mas por doença mental tem aumentado<sup>10</sup>. A pressão de realizar tarefas, o stress que se vive em quase todos os trabalhos, parecem estar na causa deste problema. Nos Estados Unidos, 50% dos trabalhadores dizem estar frequentemente ou sempre exaustos devido ao trabalho<sup>11</sup>. Porém, nem todos os problemas de saúde mental são devidos às condições do trabalho, pelo que compete aos empregadores e responsáveis garantir que as condições de trabalho não agravem este problema.

Na atualidade, fruto dos emergentes modelos de emprego e da evolução dos contextos em que decorrem, a linha que separa a vida laboral da vida pessoal/familiar é cada vez mais ténue<sup>12</sup>. As novas tecnologias têm uma quota parte desta responsabilização, pois somos constantemente abordados com e-mails e mensagens de trabalho a serem respondidos fora do horário de trabalho. Para além do trabalho as pessoas têm de conciliar várias tarefas, algumas bastante desgastantes, com o cuidar das crianças, gerir a logística doméstica e ainda prestar apoio aos familiares idosos<sup>10</sup>.

Dados sobre as condições do trabalho, no geral, são preocupantes. Segundo o relatório *Working conditions in a global perspective*, principalmente no que diz respeito às diferenças de género, horas de trabalho, insegurança no emprego e exposição a diversos riscos. As mulheres continuam a trabalhar mais horas e a ganhar menos do que os homens, 30% dos trabalhadores refere que tem um emprego sem perspectivas de carreira o que causa muita insegurança e os riscos físicos, entre outros, continuam a ser uma ameaça à saúde dos trabalhadores<sup>13</sup>. Também as repercussões que a Covid19 deixou no que diz respeito à segurança financeira, habitação, desemprego e isolamento social dos indivíduos levou a um aumento dos desafios emocionais e psicológicos, nas pessoas, em todo o mundo<sup>14</sup>.

A Rede Europeia de Promoção da Saúde no Local de Trabalho define a promoção da saúde no local de trabalho como os esforços combinados de empregadores, trabalhadores e sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho<sup>4</sup>. Esta definição é baseada na Declaração do Luxemburgo (1997) que descreve a promoção da saúde no local de trabalho como uma estratégia multidisciplinar para potenciar a prevenção de problemas relacionados com o trabalho (todo o tipo de lesões e doenças) e reforçar ações que promovam a saúde e o bem-estar dos trabalhadores<sup>15</sup>. Ainda de acordo com Declaração do Luxemburgo, a promoção da saúde pode ser alcançada com a conjugação dos seguintes fatores: I) Melhoria da organização do trabalho e do ambiente do trabalho; II) Incentivo dos trabalhadores a participar ativamente em atividades saudáveis; III) Motivação para o desenvolvimento pessoal<sup>15</sup>.

Diversos modelos teóricos têm estado subjacentes à implementação de programas de promoção da saúde no local de trabalho, entre os quais se destacam:

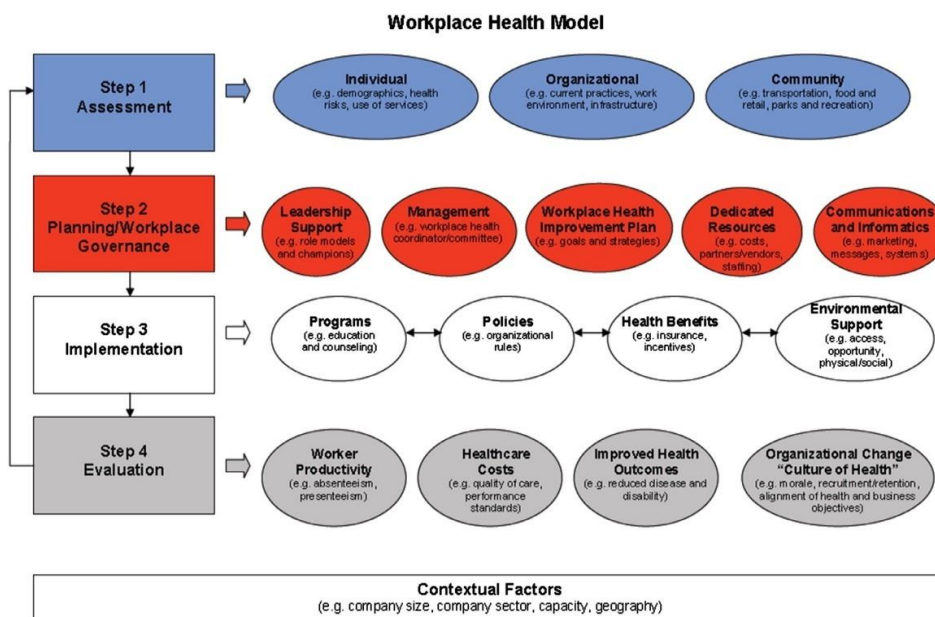
- *Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender* que assume o comportamento do trabalhador como fator central na adoção de medidas promotoras do seu estado de saúde<sup>16</sup>.
- *Modelo do Comportamento Planeado* que, baseado nos determinantes da saúde, assume que a intenção para a ação dos trabalhadores é determinada pelas atitudes, normas sociais, percepção de competência e, autocontrole comportamental<sup>17</sup>.

- *Modelo de Crenças em Saúde* que assume que o comportamento preventivo adotado pelo trabalhador depende da percepção de suscetibilidade, severidade, benefícios e barreiras, pelo que preconiza a existência de estímulos que facultem a percepção das primeiras, com conseqüente mobilização de forças internas/motivação para a ação<sup>18</sup>.
- *Modelo de Green & Kreuter* que se define pela combinação de intervenções educativas e ambientais que, uma vez conjugadas com as condições e comportamentos em saúde, são conducentes à promoção da saúde e qualidade de vida dos trabalhadores<sup>19</sup>.
- *Modelo de Adaptação de Roy* que entende o trabalhador como um sistema em constante exposição a estímulos (internos e externos), perante os quais se preconiza promover a sua adaptação a nível das dimensões fisiológica, identidade no grupo, função do papel e interdependência<sup>20</sup>.
- *Modelo Epidemiológico de Blum* que admite que o ambiente social assume um papel determinante na saúde do trabalhador, pelo que os serviços de saúde ocupacional devem exercer uma função essencialmente preventiva<sup>21</sup>.

Mais recentemente, e em certa medida fundamentado nos anteriores, Guazzia et al.<sup>22</sup> propõem um modelo de promoção da saúde no local de trabalho baseado num perfil ambiental, onde são incluídos o indivíduo, a organização e a comunidade, num processo sistemático a ser desenvolvido nas seguintes quatro etapas (Figura 1):

- Etapa 1. A avaliação para definir os riscos e preocupações de saúde e segurança dos colaboradores e descrever as atuais atividades de promoção da saúde, capacidade, necessidades e barreiras;
- Etapa 2. O processo de planeamento para desenvolver os componentes de programas de saúde no local de trabalho, incluindo a determinação dos objetivos, seleção de intervenções prioritárias e construção de uma infraestrutura organizacional;
- Etapa 3. A implementação do programa envolvendo todas as medidas necessárias para colocar em prática estratégias e intervenções de promoção da saúde e disponibilizá-las aos colaboradores;
- Etapa 4. A avaliação dos esforços para investigar sistematicamente o mérito (ex. qualidade), valor (ex. eficácia) e a importância (ex. relevância) de uma ação e/ou atividade organizada de promoção da saúde.

Figura 1 - Modelo de promoção da saúde em local de trabalho de Guazzia et al.<sup>22</sup>



Fonte: Guazzi M, et al. Worksite Health and Wellness in the European Union. Progress in Cardiovascular Disases, 56(5):508-14. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2013.11.003><sup>22</sup>

Deste modelo se depreende que a aplicação eficaz de programas de promoção da saúde no local de trabalho deve ter um empenho continuado de todas as partes envolvidas. Para tal, torna-se fundamental que todos sintam que são parte integrante no processo e sejam incluídos em todas as etapas do programa de promoção da saúde, desde a avaliação das necessidades, ao planeamento, execução e avaliação final.

Se os programas de promoção da saúde no local de trabalho forem bem planeados, decerto irão ao encontro das necessidades da organização, mas também das necessidades dos trabalhadores. Assim, ao melhorar o bem-estar e a saúde dos trabalhadores, a promoção da saúde no local de trabalho contribui para: a redução do absentismo; o reforço da motivação e o aumento da produtividade; uma maior facilidade de recrutamento; uma reduzida rotação do pessoal e uma imagem positiva e incentivadora<sup>4</sup>.

## Notas Finais

Trabalhadores saudáveis e motivados no trabalho, em ambientes de trabalho incentivadores, conduzem as empresas ao sucesso. A promoção da saúde no local de trabalho deverá ser um procedimento resultante do esforço conjunto de empregadores, trabalhadores e da sociedade em geral, de modo a melhorar a saúde e o bem-estar de todos os envolvidos. Neste âmbito, podem ser utilizados vários modelos. A seleção do modelo deve ter em consideração a finalidade e os objetivos do programa de promoção da saúde, as características do ambiente de trabalho e, principalmente, as características dos trabalhadores.

**Palavras-Chave:** Saúde do Trabalhador; Saúde Ocupacional; Modelos de assistência à Saúde; Promoção da saúde

## Referências

1 Neffa, JC. O trabalho humano e a sua centralidade. R Ci Trab [internet]. 20215 [cited 10 apr 23];4:7-26. Available from: [https://repositorio.unne.edu.ar/bitstream/handle/123456789/9189/RIUNNE\\_AR\\_Neffa\\_JC.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unne.edu.ar/bitstream/handle/123456789/9189/RIUNNE_AR_Neffa_JC.pdf?sequence=1&isAllowed=y).

2 União Europeia. A segurança e saúde no trabalho diz respeito a todos: Orientações práticas para os empregadores. Serviço das Publicações da União Europeia [internet]. 2016 [cited 10 apr 23]. Available from: : <https://doi.org/10.2767/723076>.

3 Carvalho AF, Dias EC. Promoção da saúde no local de trabalho: Revisão sistemática da literatura. Rev Bras Promoç Saúde [internet]. 2012 [cited 10 apr 23]; 25(1):116-26. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40823228017>.

- 4 Associação Internacional de Segurança Social. Promoção da saúde no local de trabalho [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://ww1.issa.int/pt/guidelines/whp/174864>.
- 5 Comissão Europeia. Quadro estratégico da UE para a saúde e segurança no trabalho 2021-2027: Saúde e segurança no trabalho num mundo do trabalho em evolução [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/EN/TXT/?uri=CELEX%3A52021DC0323&qid=1626089672913#PP1Contents>.
- 6 Cardoso AC, Morgado L. Trabalho e saúde do trabalhador no contexto atual: Ensinamentos da enquete europeia sobre condições de trabalho. Saúde e Soc [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];28(1):169-81. Available from: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902019170507>.
- 7 Organização Mundial de Saúde. Carta de Ottawa para a promoção da saúde, 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde Ottawa, Canadá [internet]. 1986 [cited 10 apr 23]. Available from: [https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta\\_de\\_Otawa\\_Nov\\_1986.pdf](https://www.iasaude.pt/attachments/article/152/Carta_de_Otawa_Nov_1986.pdf).
- 8 Laverack G. Guia de bolso para a promoção da saúde. UCE; 2022.
- 9 World Health Organization. The Bangkok charter for health promotion in a globalized world. World Health Organization [internet]. 2005 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.who.int/teams/health-promotion/enhanced-wellbeing/sixth-global-conference/the-bangkok-charter>.
- 10 Sadio R. Percepção de qualidade de vida no trabalho: Um estudo aplicado a trabalhadores de empresas intensivas em tecnologia [dissertação]. Políticas de Desenvolvimento dos Recursos Humanos ISCTE-IUL; 2021.
- 11 Seppala E, King M. *Burnout* at work isn't just about exhaustion. It's also about loneliness. Harv Bus Rev. 2017; 29:2-4.
- 12 Borges EM, Sequeira CA, Queirós CM, Mosteiro-Díaz MP. Workaholism and family interaction among nurses. Cien Saúde Colet [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];26(12):5945-53. Available from: online: <https://doi.org/10.1590/1413-812320212612.13842021>.
- 13 Eurofound and International Labour Organization. Working conditions in a global perspective. Publications office of the european union and international labour organization [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://policycommons.net/artifacts/1845233/working-conditions-in-a-global-perspective/2589830/>.
- 14 Statista. COVID-19 impact on mental health - statistics & facts. Statista Research Department [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.statista.com/topics/7106/Covid-19-and-mental-health/>.
- 15 Comissão Europeia. Conselho europeu extraordinário sobre emprego, Luxemburgo [internet]. 1997 [cited 10 apr 23]. Available from: [https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pt/PRES\\_97\\_300](https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/pt/PRES_97_300).
- 16 Pender NJ, Murdaugh CL, Parsons MA. Health promotion in nursing practice. 4ª ed. Englewood Cliffs: Prentice Hall; 2002.
- 17 Ajzen I. The theory of planned behavior. Organ Behav Hum Deci Process [internet]. 1991 [cited 10 apr 23]; 50(2):179-211. Available from: [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T).
- 18 Coleta MF. O modelo de crenças em saúde (HBM): Uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. Temas em Psicologia [internet]. 1999 [cited 10 apr 23]; 7(2):175-82. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-389X1999000200007&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X1999000200007&lng=pt&tlng=pt).
- 19 Green LW, Kreuter MW. Health promotion planning and educational and environmental approach. 2ª ed. Mayfield Publishing Company; 1991.
- 20 Roy C. O Modelo de adaptação de Roy na investigação da enfermagem. In: Roy C, Andrews HA. Teoria da enfermagem: o Modelo de Adaptação de Roy. Instituto Piaget; 2001.
- 21 Blum HL. Planning for health, development and application of social change theory. Human Science. 2ª ed. Human Sciences Press; 1981.
- 22 Guazzi M, et al. Worksite Health and Wellness in the European Union. Progress in Cardiovascular Disases, 56(5):508-14. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.pcad.2013.11.003>





## 5.2 – PROMOÇÃO DE SAÚDE DO TRABALHADOR: PROGRAMAS IMPLEMENTADOS EM INSTITUIÇÕES DE ENSINO SUPERIOR

Margarida Abreu<sup>1</sup>, Maria José Peixoto<sup>2</sup>, Elisabete Borges<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto. E-mail: [mabreu@esenf.pt](mailto:mabreu@esenf.pt) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0136-6816>

<sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto. E-mail: [mariajose@esenf.pt](mailto:mariajose@esenf.pt) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4131-4279>

<sup>3</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto. E-mail: [elisabete@esenf.pt](mailto:elisabete@esenf.pt) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6478-1008>

### Introdução

Nas últimas décadas, o local de trabalho tem sido considerado um importante contexto para a Promoção da Saúde (PS), pois permite ter como alvo grupos de grande dimensão, com diferentes níveis de educação<sup>1</sup>.

As instituições de ensino superior são conhecidas como produtoras de conhecimento, de habilidades e de competências necessárias para a formação profissional, mas também, são contexto de vivências sociais que permitem experienciar os mais diversos aspectos da vida diária da comunidade escolar<sup>2</sup>.

No entanto, nas últimas duas décadas, um número crescente de instituições de ensino superior de todo o mundo, nomeadamente, as portuguesas associaram-se a entidades promotoras de saúde, um dos projetos de ambientes favoráveis à saúde proposto pela Organização Mundial de Saúde (OMS), inspirados na Carta de Ottawa<sup>1,3</sup>.

Segundo Ferreira e colaboradores<sup>4</sup> as Universidades Promotoras de Saúde (UPS) são espaços privilegiados para a criação de um contexto promotor de saúde para a comunidade educativa, pois melhoram o perfil de saúde por meio do desenvolvimento do ensino, da investigação e da partilha de conhecimentos, o que potencia o bem-estar e a sustentabilidade da comunidade em geral e, ainda, a avaliação da eficácia dos programas de intervenção.

Ferreira e colaboradores<sup>4</sup> referem ainda que os espaços promotores de saúde são contextos de intervenção onde se dinamizam estratégias de multiníveis e se mobilizam conhecimentos para a promoção de comportamentos e ambientes saudáveis. Estes contextos integram um conjunto de dinâmicas sociais em que diferentes atores aprendem, trabalham, socializam e aproveitam o tempo de trabalho, lazer e serviços disponíveis em prol da saúde individual e coletiva, tornando-se, assim, ambientes favoráveis à saúde e ao desenvolvimento sustentável.

Evangelista e colaboradores<sup>1</sup>, defendem que as instituições de ensino superior constituem um ótimo local para a implementação de Programas de Promoção da Saúde (PPS), pois proporcionam a oportunidade para alcançar muitas pessoas, envolver a comunidade na criação de ambientes favoráveis à saúde, ao desenvolvimento de atitudes pessoais e na reorientação dos serviços a partir de três estratégias - *advocacy*, mediação e capacitação, o que contribui para a motivação para o trabalho, produtividade, saúde e melhor qualidade de vida dos trabalhadores e da sociedade.

Face à importância do anteriormente mencionado pretendemos abordar o conceito e a perspetiva histórica da PS e identificar PPS no trabalho que contribuam para o bem-estar da comunidade educativa e para o funcionamento mais humano e mais produtivo das instituições de ensino superior.

### Promoção da saúde

O conceito de Promoção da Saúde (OS) está associado a alguma complexidade que se deve não só à difícil definição do termo saúde, mas também, à própria amplitude do conceito, à alteração a que este tem sido sujeito e pelo incremento no conhecimento acerca dos determinantes de saúde ao longo dos anos.

O debate intersetorial para a saúde, desenvolvido pela Assembleia Mundial de Saúde, que se tem vindo a fazer a partir da década de 40 (1940) a par da evidência científica, impulsionou, nas últimas décadas, diferentes entendimentos e interpretações sobre a saúde pública, nomeadamente sobre a PS<sup>5,6</sup>.

A expressão PS surgiu na década de quarenta quando Sigerist considerou que a medicina devia ter como foco de atenção quatro áreas: a PS, a prevenção da doença, a recuperação da pessoa e a reabilitação. Sigerist já nessa altura percebeu que para existir saúde não só eram necessários os cuidados de saúde, mas, também eram de primordial relevância a educação, as condições de vida e o lazer.

Mais tarde, na década de sessenta, o modelo de história natural de doença desenvolvido por Leavel e Clark explicitou que a PS fazia parte da prevenção primária cujo objetivo era melhorar o bem estar do indivíduo<sup>6</sup>. Em 1974, Lalonde percebeu que os fatores que conduziam ao desenvolvimento de doença eram a biologia da pessoa, o ambiente, o estilo de vida e os serviços de saúde, concebendo assim uma nova visão sobre PS.

Lalonde trouxe uma conceção mais ampla sobre saúde pública e sobre a PS, a qual se revestiu de extrema relevância, pois, constatou-se que os comportamentos dos indivíduos podiam ser os fatores de risco para a saúde, mas, que estes eram modificáveis perante possíveis intervenções. Assim, se percebeu a importância das intervenções face aos determinantes de saúde. Nas décadas de setenta e oitenta a evidência científica demonstrou efetivamente a associação entre condições de vida e nível de educação, surgindo a perspectiva socioambiental<sup>5,7</sup>.

Assim, em 1978, ocorreu a I Conferência sobre os Cuidados de Saúde Primários de onde foi emanada a Declaração de Alma-Ata, que preconizava que através dos cuidados de saúde primários se atingisse a Saúde para Todos no ano 2000, através da PS, de forma a diminuir as diferenças sociais e económicas<sup>7</sup>. A Declaração de Alma-Ata foi considerada um marco não só pelo reconhecimento da responsabilização dos cidadãos face à sua saúde, mas, também pelo reconhecimento da responsabilização dos governos para a saúde das populações. Desta conferência resultaram as bases para a PS.

Mais tarde, em 1986, realizou-se em Ottawa (Canadá) a primeira Conferência Internacional sobre PS, apoiada pela OMS, Ministério da Saúde e Bem Estar do Canadá e Associação Canadense de Saúde Pública<sup>8</sup>. Desta emergiu a Carta de Ottawa considerada um modelo para as novas estratégias para a PS a nível mundial<sup>6</sup>. A Carta de Ottawa definiu PS como o processo que objetiva aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, para a melhorarem<sup>8</sup>. Nesta Carta a PS não só foi vista numa perspectiva de cuidados de saúde, mas também de políticas saudáveis em todos os outros setores da sociedade, ou seja, surgiu uma visão intersetorial para a saúde e novamente se reforçou a responsabilidade dos indivíduos na sua saúde. Deste modo, a Carta foi um marco relevante por proporcionar um novo olhar para a saúde, enfatizando a equidade e a justiça social para que a PS seja uma realidade<sup>6,9,10</sup>.

No decorrer dos anos realizaram-se periodicamente conferências, a nível mundial, de onde têm emergido cartas internacionais a focar a PS e a importância do papel dos governos, a relembrem os compromissos e os objetivos que foram estipulados desde a primeira carta, a descrever conceitos, princípios e a definirem em cada uma delas uma área central de maior realce sempre tendo por base a PS. Em 2013, a conferência de Helsinquia, na Finlândia e em 2016 a de Xangai, na China já tiveram como finalidade debater a saúde na perspectiva das políticas de saúde<sup>11</sup>.

Neste sentido, a PS tem como foco a qualidade de vida e a diminuição de fatores de risco, tendo sempre presente a importância da conjugação intersetorial e nunca descurando um dos princípios subjacentes ao conceito, ou seja, à capacitação do indivíduo para a sua tomada de decisão<sup>12</sup>. Ao conceito de capacitação está inerente o empoderamento dos indivíduos no sentido de estes terem uma atitude proativa no que se refere ao seu comportamento relacionado com a saúde não só pelo incremento do conhecimento, mas também pelo saber-fazer. Neste sentido, estamos a olhar a PS no âmbito da mudança de comportamentos e desta forma estamos a empoderar os indivíduos e a ir mais além da estratégia com ênfase essencialmente na doença a qual se assistiu ao longo de muitos anos<sup>13,14</sup>.

O contexto onde as pessoas se desenvolvem, trabalham e envelhecem são considerados determinantes sociais da saúde, condições essenciais para a extinção das iniquidades no sentido da PS<sup>15</sup>. Os locais de trabalho receberam um papel especial quando a União Europeia adotou o programa de ação sobre “PS, Educação, Informação e Treino”, para melhorar os padrões de saúde pública na

Europa. Este programa levou à criação da *European Network for Workplace Health Promotion* (ENWHP), em 1996, cuja visão era ter trabalhadores saudáveis em organizações saudáveis<sup>16</sup>.

Assim, na Declaração de Luxemburgo, em 1997, a Promoção da Saúde no Local de Trabalho (PST) foi definida como o esforço combinado de empregadores, trabalhadores e sociedade para melhorar a saúde e o bem-estar das pessoas no trabalho. Tal pode ser alcançado através de uma combinação da melhoria da organização do trabalho e do ambiente de trabalho, da promoção da participação ativa e do incentivo ao desenvolvimento pessoal<sup>16</sup>.

Segundo a ENWHP<sup>16</sup> a PST não é apenas teórica. Realiza-se em empresas e organizações com programas práticos em execução no local. Mas, para que as medidas de PST tragam melhorias reais e de longo prazo para os trabalhadores e se tornem um modelo de sucesso, a sua qualidade deve ser garantida. A ENWHP<sup>16</sup> refere ainda que as empresas precisam de exemplos de boas práticas que possam usar como diretrizes.

Neste âmbito, seguidamente apresentamos alguns exemplos de PS em instituições de ensino superior.

### Programas de Promoção de Saúde

Tal como foi referido anteriormente, as instituições de ensino superior, além de ocuparem uma posição privilegiada na sociedade do ponto de vista pedagógico, científico e tecnológico, nas últimas duas décadas também têm assumido um importante papel na área da promoção da saúde da sua comunidade educativa.

De fato, diferentes programas de PS têm-se desenvolvido neste contexto, nos últimos anos. Destacamos aqui o programa implementado por Carter e colaboradores<sup>17</sup> numa universidade americana com a parceria de uma escola de enfermagem, no Alabama, em que os estudantes de enfermagem, no âmbito do programa de bem-estar desenvolvido pelo serviço de promoção da saúde e bem-estar da universidade, realizaram atividades de promoção de saúde aos trabalhadores. Estas atividades incluíam avaliação de dados biométricos, tais como, peso, perímetro abdominal, tensão arterial e testes rápidos para avaliação de colesterol e glicose no sangue; aconselhamento, de acordo com os resultados da avaliação anterior; monitorização e apoio, também de acordo com os achados anteriores. Ainda, segundo os mesmos autores, esta parceria constitui-se uma oportunidade única para que os estudantes desenvolvessem as suas competências clínicas e comunicacionais.

Já Wierenga e colaboradores<sup>18</sup> implementaram um programa multicomponente no âmbito do estilo de vida, numa Universidade de Ciências Aplicadas, na Holanda, que incluía intervenções: i) educativas (organização de uma reunião com todos os gestores de departamento para debaterem a importância de discutir assuntos relacionados com a vitalidade e saúde nas entrevistas anuais de avaliação de desempenho; os gestores de equipe tiveram a oportunidade de convidar um especialista externo para nas reuniões abordarem a temática do estilo de vida e realizar uma autoanálise sobre o stresse no trabalho; elaboração de um folheto para trabalhadores com filhos com suporte informativo sobre a importância de uma alimentação variada em frutas e legumes com toda a família); ii) ambientais (disponibilização de uma sala onde os trabalhadores podiam sentar-se em silêncio; colocação de fruta grátis uma vez por semana na sala dos professores; análise do menu oferecido no refeitório; política anti fumo mais rígida; incentivos para o uso da bicicleta) e iii) individuais (após a cerimónia de abertura do ano letivo, foi organizada uma semana da saúde, na qual atividades, oficinas e informações sobre os temas de estilo de vida foram disponibilizadas, tais como, um concerto de almoço, workshops de *Yoga* e dança, caminhada na hora de almoço, debate sobre tabagismo, competição *Nintendo Wii*, e pequeno almoço; workshops relacionados com o estilo de vida, tais como, zumba, *mindfulness*, alimentação; participação num projeto de *coaching* intensivo de 15 semanas, com quatro sessões de *coaching* e três *workshops* sobre metas e gestão de stresse, um extenso exame de saúde e sessões de treino de uma hora, duas vezes por semana, com um treinador num centro de fitness local).

Também nos Estados Unidos, em Pittsburgh, em 2015, Lang e Stitt-Fischer<sup>19</sup> apresentaram o programa educacional de vacinação obrigatório, na Universidade. Os materiais foram apresentados a grupos informais de trabalhadores por uma equipe de educadores incluindo o diretor de saúde e segurança ambiental, o médico diretor do serviço de saúde ocupacional e a enfermeira do trabalho. A equipe de gestão esteve presente para responder a perguntas relacionadas com o ambiente de trabalho.

Estiveram ainda presentes representantes do Conselho Geral da Universidade e do Departamento de Recursos Humanos para responder a questões relacionadas com o emprego e demonstrar o apoio da administração da universidade para a obrigatoriedade do programa de vacinação. Os educadores eram conhecidos dos trabalhadores em risco, ou seja, aqueles que trabalhavam na pesquisa e desenvolvimento de vacinas e interagiram com a maioria deles em diferentes momentos. Todos os participantes foram encorajados a colocar questões e expressar as suas opiniões sobre o novo programa de vacinação obrigatório. Cada trabalhador recebeu materiais escritos de fácil compreensão sobre as vacinas obrigatórias, incluindo efeitos, dose de reforço (se aplicável) e duração da ação. Reif e colaboradores<sup>20</sup> implementaram e avaliaram um programa abrangente de bem-estar na Universidade de Illinois, que teve a duração de 2 anos e incluiu incentivos financeiros e folga remunerada para exames biométricos anuais no local, avaliações anuais de risco à saúde e atividades de bem-estar contínuas, tais como, atividade física, cessação tabágica e gestão da doença.

No Brasil, em 2022, a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), através do seu Núcleo de Promoção de Saúde do Trabalho, disponibiliza aos seus trabalhadores ativos e aposentados ações de promoção à saúde, tais como: programa de preparação para a reforma, constituído por um seminário; um curso e um encontro de aposentados; um programa de capacitação para gestores; um curso de promoção à saúde do trabalhador; exercício físico e qualidade de vida; visita técnica a aposentados e pensionistas da UFSM; atendimento, orientação e acompanhamento de trabalhadores no âmbito da psicologia organizacional e do trabalho e saúde oral<sup>21</sup>. O núcleo, através dos projetos e do serviço de psicologia, recebe estudantes dos cursos de Educação Física, Fisioterapia, Terapia Ocupacional e Psicologia, contribuindo para a sua formação.

### Nota Final

Nas últimas décadas, o local de trabalho tem sido identificado como um cenário importante para a promoção da saúde. Embora a PS não seja o *core business* das instituições do ensino superior, estas ao procurarem integrar um compromisso de PS realizam um investimento no bem-estar, podendo contribuir para a prossecução da sua missão.

Mais, pesquisas realizadas com docentes e não docentes mostram que as doenças relacionadas com o trabalho têm aumentado, devido ao aumento das pressões no trabalho, às longas horas de trabalho, às lacunas na prática da gestão de pessoas, às perspetivas reduzidas de desenvolvimento de carreira e ao reconhecimento ineficiente. Este motivo também torna fundamental a promoção da saúde nas instituições do ensino superior.

### Referências

1 Evangelista RA, Loureiro HM, Silva LA, Bueno AA, Mendes AM. Programas de promoção da saúde no ensino superior: Uma revisão de escopo. *Enferme Actual Costa Rica* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];39:202-19. Available from: [https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39\\_40962](https://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i39_40962).

2 Lourinho LA, Ferreira HS, Campos AS, Moreira HL, Catrib AM. O papel das universidades sob a égide da promoção o da saúde na formação académica. In Lima PC, Sousa IC, Catrib AM. *Promoção da saúde na universidade: Desafios e perspectivas*. Fortaleza: Editora da UECE; 2022.

3 Soares AM, Pereira AM, Canavarro JM. Promoção da saúde nas instituições de ensino superior portuguesas: Reflexões e desafios. *Rev Port Pedagogia* [internet]. 2015 [cited 10 apr 23]; 49(2):115-37. Available from: [http://dx.doi.org/10.14195/1647-8614\\_49-2\\_6](http://dx.doi.org/10.14195/1647-8614_49-2_6).

4 Ferreira FM, Brito IS, Santos MR. Health promotion programs in higher education: Integrative review of the literature. *Rev Bras Enferm* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23]; 71(4):1714-23. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0693>.

5 Terris M. *Conceptos sobre Promocion de la Salud - Dualidades en la Teoria de la Salud Publica*. Washington: OPAS/OMS; 1992.

6 Hartmann C, Lopes GC, Vieira FS, Samuel BV. História da promoção da saúde e a “carta de Ottawa descrita na integra”. *Rev Cien Cognitionis* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://unilogos.org/revista/2020/07/25/10-38087-2595-8801-45/>.

7 Santos L, Parente C, Ribeiro J, Pontes A. Promoção da saúde. Da investigação à prática. Vol 1. Lisboa: SPSS, Editora LDA; 2015.

8 [World Health Organization](#). The Ottawa charter of health promotion. First international conference on health promotion. Geneva: World Health Organization [internet]. 1986 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/print.html>.

9 Xavier AB. As cartas das conferências internacionais sobre promoção da saúde: Uma análise das tendências ídeo-políticas. 7º Seminário da Frente Nacional Contra a Privatização da Saúde: Saúde em tempos de retrocesso e retirada de direitos. Maceió; 2017.

10 Carvalho AI. Da saúde pública às políticas saudáveis: Saúde e cidadania na pós-modernidade. Ciênc. Saúde Colet [internet]. 1996 [cited 10 apr 23];1(14):104-21. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-812319961101572014>.

11 Sonaglio RG, Lumertz J, Melo RC, Rocha CM. Promoção da saúde: Revisão integrativa sobre conceitos e experiências no Brasil J Nurs Health [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]; 9(3):e199301. Available from: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/11122>.

12 Silva KL, Sena RR, Akerman M, Belga SM, Rodrigues AT. Intersetorialidade, determinantes socioambientais e promoção da saúde. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2014 [cited 10 apr 23];19(11):4361-70. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n11/1413-8123-csc-19-11-4361.pdf>.

13 Carvalho SR, Gastaldo D. Promoção à saúde e empoderamento: Uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciênc Saúde Colet [internet]. 2008 [cited 10 apr 23];13(2):2029-20. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v13s2/v13s2a07.pdf>.

14 Salci MA, Maceno P, Rozza SG, Silva DM, Boehs AG, et al. Educação em saúde e suas perspectivas teóricas: Algumas reflexões. Texto & Contexto Enferm [internet]. 2013[cited 10 apr 23]; 22(1):224-30. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt\\_27.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/pt_27.pdf).

15 Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Doenças não Transmissíveis. Promoção da saúde: Aproximações ao tema. Brasília, Caderno 1 [internet]. 2021 [cited 10 apr 23]. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao\\_saude\\_aproximacoes\\_tema.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/promocao_saude_aproximacoes_tema.pdf). ISBN 978-65-5993-008-1.

16 European Network for Workplace Health Promotion. Promoting health at work. Brussels: European Network for Workplace Health Promotion [internet]. 2012 [cited 10 apr 23]. Available from: [https://oshwiki.eu/wiki/Workplace\\_Health\\_Promotion](https://oshwiki.eu/wiki/Workplace_Health_Promotion).

17 [Carter MR](#), [Kelly RK](#), [Montgomery M](#), Cheshire M. An innovative approach to health promotion experiences in community health nursing: A university collaborative partnership. J Nurs Educ [internet]. 2013 [cited 10 apr 23];52(2):108-11. Available from: <https://doi.org/10.3928/01484834-20130121-04>.

18 Wierenga D, Engbers LH, Empelen PV, Moes KJ, Wittink H, et al. The implementation of multiple lifestyle interventions in two organizations: A process evaluation. JOEM [internet]. 2014 [cited 10 apr 23];56(11):1195-206. Available from <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25376415/>.

19 Lang YC, Stitt-Fischer M. Evaluation of a university-based mandatory vaccine program. Workplace Health Safe. 2015; 63(4):179-88.

20 Reif J, Chan D, Jones D, Payne L, Molitor D. Effects of a work place wellness program on employee health, health beliefs, and medical use a randomized clinical trial. JAMA Intern Med [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];180(7):952-60. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32453346/>.

21 Coordenadoria de Saúde e Qualidade de Vida do Servidor. Núcleo de promoção de saúde do trabalho [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.ufsm.br/pro-reitorias/progep/servicos/nucleo-de-promocao-de-saude-do-trabalho-npsat/>.

### 5.3 LIDERANÇA E PROMOÇÃO DE AMBIENTES SAUDÁVEIS NOS SERVIÇOS DE SAÚDE

Patrícia Campos Pavan Baptista<sup>1</sup>, Chennyfe Dobbins Abi Rached<sup>2</sup>, Juliana Pereira Tavares de Melo<sup>3</sup>,  
Vinicius Gomes Barros<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo. E-mail: [pavanpati@usp.br](mailto:pavanpati@usp.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1433-6456>

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo. E-mail: [chennyfer@usp.br](mailto:chennyfer@usp.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4499-3716>

<sup>3</sup>Universidade de São Paulo. E-mail: [julianap.tm@usp.br](mailto:julianap.tm@usp.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-9824-7196>

<sup>4</sup>Universidade de São Paulo. E-mail: [viniciusvgb@usp.br](mailto:viniciusvgb@usp.br) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1954-1387>

#### **Introdução**

A promoção de ambientes saudáveis para execução das atividades laborais não é uma preocupação recente, tendo em vista a necessidade de manutenção da força de trabalho na cadeia produtiva. Nesse aspecto, nos serviços de saúde, por mais paradoxal que seja, diferente de outras naturezas de serviços, a atenção à saúde dos trabalhadores (excetuando-se as exposições biológicas), vêm adotando esta questão como necessária, mais recentemente.

Nessa tônica, destaca-se o chamado universal por meio dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, que por meio de suas 17 frentes de ação, contempla aspectos como o financiamento da saúde e o recrutamento, desenvolvimento e formação, e retenção do pessoal de saúde nos países em desenvolvimento, especialmente nos países menos desenvolvidos<sup>1</sup>.

Portanto, torna-se imperativo não somente o investimento financeiro como a formulação de políticas globais e estratégias de cunho institucional para a manutenção da saúde dos trabalhadores de saúde, assegurando por sua vez, qualidade nos serviços ofertados aos usuários. Nesse contexto, descortina-se o papel das lideranças como essencial na promoção de ambientes saudáveis e prevenção de agravos à saúde nos serviços de saúde, considerando a articulação política e interface com os liderados.

#### **Objetivo**

Discutir a importância das lideranças na promoção de ambientes saudáveis nos serviços de saúde.

#### **Desenvolvimento**

##### ***O processo de trabalho gerencial na prática do enfermeiro***

O processo de trabalho do enfermeiro tem sido caracterizado por duas dimensões: a assistencial, ou seja, o cuidado direto aos indivíduos, da concepção à morte; e a dimensão gerencial, de coordenação e organização do trabalho de enfermagem. Desse modo, o gerenciamento encena-se como uma das dimensões do processo de trabalho do enfermeiro, na qual se inserem os recursos humanos e recursos materiais, com vistas à excelência da assistência prestada.

Ao considerarmos que o cuidado representa o núcleo do processo de trabalho de enfermagem, entende-se que as atividades gerenciais do enfermeiro devem ter como finalidade a qualidade do cuidado de enfermagem. Sendo assim, é fundamental destacar que existe articulação entre as duas dimensões, e esta articulação pode ser observada por meio de ações que permitem intervenções tanto no cuidado como no gerenciamento<sup>2</sup>.

Nessa perspectiva, cada vez mais evidencia-se que o processo de trabalho gerencial deve ser permeado por competências técnicas, atitudinais e políticas, as quais respaldam o agir cotidiano do

enfermeiro na gestão dos serviços. Para tanto, há instrumentos/ ferramentas empregadas que balizam as ações e permitem melhores resultados.

Estudos nacionais e internacionais da última década sinalizam para a dimensão gerencial como crucial para a liderança de equipes de enfermagem potentes, capazes de dar respostas às necessidades de saúde da população<sup>3</sup>.

Pesquisa realizada com enfermeiros sobre as competências para a gestão, aponta que dentre os aspectos considerados mais importantes no trabalho gerencial, destacam-se a garantia de condições de trabalho, por meio de dimensionamento compatível com a carga de trabalho, supervisão da equipe de Enfermagem e organização das ações assistenciais, entre outros<sup>4</sup>.

Fatores como coesão do grupo de trabalho, a liderança, o crescimento na carreira e a satisfação no trabalho foram preditores significativos em um estudo recente com 480 enfermeiros na China que teve como objetivo examinar o nível de intenção de permanecer na profissão. Nesse aspecto, os resultados apontam pistas para administradores de enfermagem e formuladores de políticas para desenvolver estratégias ou intervenções apropriadas para possibilitar a retenção na profissão<sup>5</sup>. Além disso, cada vez mais, é nesse cenário que surge a liderança de enfermagem como constructo fundamental para gestão dos recursos humanos e manutenção de um ambiente salutar para os trabalhadores e, conseqüentemente, o desejo de permanecer na profissão, bem como a redução do adoecimento no trabalho.

Cada vez mais, a liderança de enfermagem precisa implementar linguagem *antibullying* nas políticas, instituir treinamentos de comunicação e autoliderança, modelar liderança autêntica e promover climas éticos para apoiar a retenção dos trabalhadores<sup>6</sup>.

### **A Liderança como uma ferramenta gerencial e de promoção à saúde dos trabalhadores**

A Liderança de Enfermagem tem um papel essencial na promoção à saúde dos trabalhadores, e a influência do líder pode impactar positivamente ou negativamente no clima do ambiente de trabalho e na saúde. O compromisso e o apoio da liderança criam uma cultura de saúde e bem-estar físico, psicológico e social no trabalho, facilitando a implementação e adesão às práticas de gestão de saúde como os programas de saúde do trabalhador, contribuindo com resultados tanto no nível individual (atitudes no trabalho, saúde e bem-estar) como no nível organizacional (cultura e as práticas de gestão de saúde)<sup>7,8</sup>.

Os tipos de liderança exercem influência no desenvolvimento de doenças ocupacionais, pois o estresse, ansiedade, cefaleia, inapetência e distúrbios do sono, estão relacionados ao comportamento de liderança exigente e climas organizacionais tensos<sup>9,10</sup>. Estudos apontam que a liderança transformacional traz um impacto negativo sob a saúde dos funcionários como a ansiedade, estresse e altas taxas de absenteísmo<sup>11,12</sup>. Esse estilo de liderança tem como filosofia encorajar e inspirar os funcionários a inovar e desenvolver novas formas de crescer e direcionar suas ações para o cumprimento dos objetivos e metas organizacionais; como esse estilo de liderança propicia independência ao trabalhador para que ele possa tomar decisões, se o comportamento é exacerbado, o indivíduo pode desencadear emoções negativas.

A liderança envolvente, um estilo emergente na literatura, busca aumentar o engajamento no trabalho, nesse aspecto, o alto engajamento no trabalho pode trazer uma alta carga de trabalho e por consequência fortalecer a relação entre sobrecarga de trabalho e desordens de saúde como doenças gastrointestinais, diabetes e doenças cardiovasculares, como o infarto agudo do miocárdio<sup>7,13,14</sup>.

A literatura abarca o conceito de liderança promotora de saúde como um estilo de liderança que promove o desenvolvimento organizacional sustentável, a satisfação, o engajamento no trabalho e o comprometimento afetivo, trazendo benefícios à saúde física e mental da equipe. Nesse estilo de liderança observa-se que o comportamento do líder. Neste sentido, a forma de se comunicar com a equipe traz impactos positivos na qualidade de vida no trabalho, entretanto, autores descrevem alguns aspectos negativos do líder promotor de saúde, que estão relacionados ao esgotamento profissional, instabilidade emocional e conflito interpessoal, podendo a exaustão ser considerada uma variável para medir o bem-estar psicológico. Os trabalhadores possuem três necessidades psicológicas básicas: a necessidade de pertencer, a necessidade de ser visto como competente e a necessidade de autonomia, que promovem seu bem-estar psicológico<sup>9,15,16</sup>.

A liderança promotora de saúde reconhece as conquistas dos trabalhadores, bem como



incentiva-os a participar de projetos de promoção do ambiente saudável. Sabe-se que a liderança promotora da saúde pode desenvolver o ambiente de trabalho saudável por meio da implementação de intervenções voltadas para a saúde, como por exemplo, o cuidado com a higiene ocupacional e a ergonomia no processo de trabalho<sup>17,18</sup>.

De acordo com a literatura, existem cinco caminhos pelos quais o comportamento da liderança pode afetar a saúde dos trabalhadores<sup>19</sup>:

- (1) promover diretamente (ou prejudicar) a saúde;
- (2) promover (ou prejudicar) a saúde dos trabalhadores ao projetar sistemas de trabalho que propiciam ou reduzem a pressão de processos, objetivos e metas;
- (3) desempenhar um papel moderador na relação entre os fatores ambientais e a saúde do trabalhador;
- (4) cultivar um clima saudável e construir uma identidade comum; e
- (5) agir como modelo.

Líderes promotores de saúde têm o poder de mudar a consciência e os valores de saúde, a motivação em se ter saúde e os comportamentos relacionados aos estilos, hábitos saudáveis, autonomia, recursos e controle dos processos de trabalho adequados. A conscientização dos trabalhadores sobre a saúde refere-se à extensão da sensibilidade do líder aos fatores que afetam a saúde (como o estresse, ansiedade, depressão), frases como “meu supervisor percebe imediatamente quando algo está errado com minha saúde”, “meu supervisor se preocupa com o que está acontecendo comigo e como eu me sinto” são comuns nos estudos que investigam como o liderado sente quando os líderes se preocupam com ele.

Quando se trata de valores de saúde, o líder é capaz de influenciar no grau em que os indivíduos se preocupam com seus hábitos e comportamento de saúde. Sobre os comportamentos de saúde, o líder consegue fornecer condições de trabalho saudáveis, satisfazendo as necessidades psicológicas dos trabalhadores e diminuindo a exaustão. Obter informações sobre a saúde dos trabalhadores e incentivá-los a praticar comportamentos saudáveis refletem-se em sentimentos como: “meu supervisor me convida a informá-lo sobre os riscos à saúde em meu local de trabalho”; “tenho uma visão clara do que meu chefe espera de mim”. O fato de o líder fornecer informações e feedback: “meu chefe me dá as informações de que preciso”, são descritos na literatura como propiciadores de redução da exaustão, esgotamento, irritação e doenças físicas como o risco de infarto agudo do miocárdio<sup>13,14,17,18</sup>.

Utilizar a Liderança de enfermagem como ferramenta para a criação de uma cultura em que a promoção da saúde seja uma parte valorizada do ambiente de trabalho demonstra a preocupação da organização para com os trabalhadores. A presença de uma cultura de valorização da saúde organizacional permite que os líderes estimulem comportamentos que promovam a saúde. O controle comportamental de promoção da saúde organizacional refere-se à percepção dos líderes de como a organização permite e apoia o processo de valorização da saúde da equipe propiciando um ambiente de trabalho saudável e seguro para trabalhador e paciente<sup>7,8</sup>.

## Conclusões

O estilo de liderança em enfermagem é imperativo na criação de ambientes de trabalho favoráveis e promotores da saúde na busca de garantir a produtividade da força de trabalho e culturas de cuidado eticamente sustentáveis. É necessário mais conhecimento sobre como os líderes podem promover saúde e carreiras sustentáveis entre os enfermeiros. Num momento de escassez de enfermagem atual e projetada, é importante entender as razões pelas quais os enfermeiros pretendem permanecer em seus empregos.

É preciso refletir e estar atento ao perfil da equipe, quem são os membros que a compõe, quais suas características de personalidade e peculiaridades. O bom líder é o que conhece a equipe, o que irá propiciar o direcionamento de qual o estilo de liderança deve ser praticado.

Evidências sugerem que a liderança em enfermagem tem um papel importante em vários resultados relacionados à saúde dos trabalhadores como o comportamento de conformidade com a segurança, estresse somático, queixas de saúde, direcionamento da liderança para o cuidado da equipe (ou seja, demonstrando preocupação com a saúde do trabalhador).

Reforça-se a importância de buscar o bem-estar do trabalhador, por meio de comunicação efetiva, escuta, responsabilidade, acolhimento, bem como, atenção especial à valorização e reconhecimento de cada um.

**Palavras-Chave:** Liderança; Promoção da saúde; Gerenciamento; Enfermagem

## Referências

- 1 Organização das Nações Unidas. Objetivos de desenvolvimento sustentável- ODS [internet] 2022. [cited 13 dec 22]. Available from: <https://brasil.un.org/pt-br/sdgs>.
- 2 Hausmann M, Peduzzi M. Articulação entre as dimensões gerencial e assistencial do processo de trabalho do enfermeiro. *Texto & Contexto - Enfermagem* [internet]. 2009 [cited 10 apr 23];18(2):258-65. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/dbP73tQnG84YvsjS943pW9r/?lang=pt>.
- 3 Organização Pan-Americana da Saúde. Diretriz estratégica para a enfermagem na Região das Américas. Washington [internet]. 2019 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://doi.org/10.37774/9789275320723>.
- 4 Damasceno CK, Campelo TP, Cavalcante IB, Sousa PS, Moreira WC, et al. O trabalho gerencial da enfermagem: conhecimento dos profissionais enfermeiros sobre suas competências gerenciais. *Rev enferm* [internet]. 2016 [cited 10 apr 23];10(4):1216-22. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11106>.
- 5 Lyu X, Akkadechanunt T, Soivong P, Juntasopeepun P. Factors influencing intention to stay of male nurses: A descriptive predictive study. *Nursing & Health Sciences* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];24(1):322-29. Available from: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/nhs.12928>.
- 6 Filipova AA. Leadership Implications Related to Bullying and Intent to Leave Among Licensed Practical Nurses. *J Nurs Adm* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23];52(5):266-72. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35420564/>.
- 7 Rahmadani VG, Schaufeli WB, Stouten J, Zhang Z, Zulkarnain Z. Engaging leadership and its implication for work engagement and job outcomes at the individual and team level: a multi-level longitudinal study. *Int J Environ Res Public Health* [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];17(3):776. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31991897/>.
- 8 Mabona JF, Rooyen DV, Ham-Baloyi WT. Best practice recommendations for healthy work environments for nurses: An integrative literature review. *Health SA* [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]; 25(27):1788. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35548062/>.
- 9 Jiménez P, Winkler B, Bregenzer A. Developing sustainable workplaces with leadership: feedback about organizational working conditions to support leaders in health-promoting behavior. *Sustain* [internet]. 2017 [cited 10 apr 23];9(11):1944. Available from: <https://www.mdpi.com/2071-1050/9/11/1944>.
- 10 Vincent-Höper S, Stein M. The role of leaders in designing employees' work characteristics: validation of the health- and development-promoting leadership behavior questionnaire. *Front. Psychol* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];10:1049. Available from: <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2019.01049/full>.
- 11 Nielsen K, Daniels K. The relationship between transformational leadership and follower sickness absence: the role of presenteeism. *Work Stress* [internet]. 2016 [cited 10 apr 23];30(2):193-208. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678373.2016.1170736?journalCode=twst20>.
- 12 Nielsen K, Daniels K, Nayani R, Donaldson-Feilder E, Lewis R. Out of mind, out of sight? Leading distributed workers to ensure health and safety. *Work Stress* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];33(2):173-91. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678373.2018.1509402?journalCode=twst20>.
- 13 Nyberg A, Alfredsson L, Theorell T, Westerlund H, Vahtera J, et al. Managerial leadership and ischaemic heart disease among employees: the Swedish WOLF study. *Occup Environ Med* [internet]. 2009 [cited 10 apr 23];66:51-5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19039097/>.
- 14 Köppe C, Kammerhoff J, Schütz A. Leader–follower crossover: exhaustion predicts somatic complaints via staffcare behavior. *J. Manag. Psychol* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23]; 33(3):297-310. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2018-34184-004>.
- 15 Bregenzer A, Felfe J, Bergner S, Jiménez P. How followers'emotional stability and cultural value orientations moderate the impact of health-promoting leadership and abusive supervision on health-related resources. *Ger J Hum Resour Manag* [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];33(4): 307-36. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/2397002218823300>.

16 Liu L, Jia Y. Guanxi HRM and employee well-being in China. *Empl. Relations* [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];43(4): 892-910. Available from: <https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/ER-09-2019-0379/full/html>.

17 Horstmann D. Enhancing employee self-care: the moderating effect of personal initiative on health-specific leadership. *Eur. J. Heal. Psychol* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];25(3): 96-106. Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/10.1027/2512-8442/a000014>.

18 Kaluza AJ, Schuh SC, Kern M, Xin K, Van Dick R. The importance of organizational health climate for employee health: a multilevel cascading model. *Proceedings* [internet]. 2018 [cited 10 apr 23](1). Available from: <https://journals.aom.org/doi/10.5465/AMBPP.2018.157>.

19 Wegge J, Shemla M, Haslam SA. Leader behavior as a determinant of health at work: Specification and evidence of five key pathways. *Zeitschrift Pers* [internet]. 2014 [cited 10 apr 23]; 28(1-2):6-23. Available from: <https://ideas.repec.org/a/rai/zfpers/doi10.1688-zfp-2014-01-wegge.html>.

#### 5.4 PREVENÇÃO E PROMOÇÃO EM SAÚDE MENTAL E TRABALHO: REFLEXÕES A PARTIR DE UMA EXPERIÊNCIA DA PSICOLOGIA NO CONTEXTO HOSPITALAR

Letícia de Arruda Correa<sup>1</sup>, Márcia Luíza Pit Dal MagroZ

<sup>1</sup>Graduanda em Psicologia pela Unochapecó. E-mail: [leticia.correa@unochapeco.edu.br](mailto:leticia.correa@unochapeco.edu.br). ORCID: <https://orcid.0000-0003-3386-3665>

ZDoutora em Psicologia pela UFSC, professora do Programa de Pós-Graduação em Educação e do curso de Psicologia da Unochapecó. E-mail: [mapit@unochapeco.edu.br](mailto:mapit@unochapeco.edu.br). ORCID: <https://orcid.0000-0002-2127-9261>

### Introdução

Há uma intrínseca relação entre as noções de risco e prevenção. O risco laboral pode ser compreendido como “[...] toda e qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo e ambiente de trabalho possa causar danos à saúde, seja através de acidentes, doenças ou sofrimento dos trabalhadores”<sup>1,8</sup>. Tradicionalmente as abordagens sobre os riscos ocupacionais valorizam apenas os aspectos objetivos do trabalho (químicos, físicos, biológicos), desconsiderando os aspectos psicossociais<sup>2</sup>, dos quais são exemplo a sobrecarga de trabalho, a insegurança do vínculo, a falta de apoio social no contexto laboral, entre outros<sup>3</sup>. Nesse contexto “por ser naturalizado socialmente e ocorrer de forma insidiosa, progressiva e silenciosa, raramente, o desgaste e o adoecimento mental do trabalhador são relacionados com as situações de trabalho vivenciadas coletivamente”<sup>4,3</sup>.

Esta visão sobre os riscos nos contextos de trabalho reflete em atuações preventivas bastante limitadas, geralmente centradas em um conhecimento somente técnico e de grupos específicos de técnicos. Como contraponto a esta perspectiva, Porto<sup>1</sup>, em consonância com a perspectiva do campo da saúde do trabalhador, destaca o protagonismo dos próprios trabalhadores apontando que a análise e a atuação sobre os riscos nos locais de trabalho devem “[...] incorporar a vivência, o conhecimento e a participação dos trabalhadores, já que eles realizam o trabalho cotidiano e sofrem seus efeitos e, portanto, possuem um papel fundamental na identificação e controle dos riscos”<sup>1:5</sup>.

A visibilização dos riscos psicossociais no trabalho, bem como do protagonismo dos trabalhadores para as ações de prevenção a estes riscos são questões importantes para a perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho (PDT), a qual foi adotada para realizar as atividades ora apresentadas neste capítulo. Gomez e Chatelard<sup>5</sup> vão definir a Psicodinâmica do Trabalho enquanto uma “[...] clínica que se sustenta na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental”<sup>5:2</sup>. Dessa forma, a abordagem parte de uma articulação entre as relações com o trabalho com uma teoria do sujeito que tem como base a psicanálise e a teoria social<sup>5</sup>.

Para prevenir processos de adoecimento nos contextos laborais, a Psicodinâmica do Trabalho valoriza a constituição de espaços para a fala e a “[...] escuta do sofrimento originado pela organização do trabalho, propiciando aos trabalhadores a criação de estratégias eficazes para afrontarem situações que provoquem sofrimento”<sup>5:3</sup>. Esses espaços podem contribuir para “[...] politizar os sujeitos expressarem o que sentem, assim como permite tirar a banalidade da violência nas relações sociais no trabalho”<sup>5:6</sup>.

Assim, o relato de experiência aqui apresentado tece análises sobre ações desenvolvidas durante um estágio em Psicologia do Trabalho realizado em um hospital do sul do Brasil, que teve como objetivo desenvolver ações voltadas a prevenção e promoção da saúde mental neste contexto.

O hospital é um espaço no qual os colaboradores estão expostos aos mais diversos riscos laborais, o que foi acentuado com a pandemia e a centralidade destes equipamentos no atendimento de pessoas acometidas pelo Covid-19<sup>6</sup>. O hospital em que foi realizado o estágio tem caráter filantrópico, atendendo principalmente pacientes do Sistema Único de Saúde, e contava na ocasião do estágio com mais de mil funcionários. O estágio ocorreu no período de março a novembro de 2022, por meio de idas semanais à instituição. Dentre as ações realizadas durante o estágio, se destacam duas principais,

que serão objeto de análise neste trabalho, sendo elas: 1) acolhimento a trabalhadores em sofrimento psíquico; 2) grupo de saúde mental relacionado ao trabalho.

### **Primeira ação: Os acolhimentos aos trabalhadores e trabalhadoras em sofrimento psíquico**

A primeira ação realizada no contexto hospitalar com foco na prevenção dos processos de adoecimento foi constituir um espaço para acolhimento individual daqueles que se encontravam em sofrimento. Estes ocorriam no sentido de realizar uma primeira escuta e, quando necessário, fazer encaminhamentos para que fosse dada continuidade no atendimento em saúde mental, ou realizadas intervenções no setor correspondente.

Eram realizados de três a cinco encontros com a/o estagiária/o de Psicologia para a realização dos acolhimentos. Em geral, esses profissionais que vinham para os atendimentos eram encaminhados pelo setor de Recursos Humanos, após ser identificada alguma demanda de saúde mental. Contudo, o profissional também podia procurar o atendimento por conta própria, se sentissem necessidade.

Sandy<sup>7</sup> relata que os acolhimentos realizados no ambiente hospitalar são de suma importância pois contribuem para pensar que “[...] a relação que o sujeito estabelece com o trabalho é um importante indicador de saúde física, psíquica e social, a intervenção psicossocial nas organizações/instituições de trabalho se configura como um caminho eficaz para análise da relação homem-trabalho visando elaboração de estratégias em prol da prevenção e promoção da saúde do trabalhador”<sup>7:1074</sup>.

Nestes acolhimentos, o entrelaçamento entre questões pregressas e atuais, do trabalho e da vida cotidiana se mostraram, apontando à complexidade da saúde mental relacionada ao trabalho e às ações de prevenção neste campo. Isso pode ser exemplificado pelo caso da trabalhadora aqui denominada de Maria<sup>14</sup>, 25 anos. Esta veio para quatro sessões de acolhimento. Sua queixa inicial era se sentir insegura no contexto laboral por apresentar gagueira, sendo que sua nova função implicava em falar em público e realizar treinamento de equipes. O medo do julgamento pelos colegas era o fator que segundo esta lhe produzia muito sofrimento.

Com o andamento das sessões de acolhimento, emergem outras questões como não ter ajuda no setor para poder desenvolver as habilidades necessárias à função, não ter tido tempo para aprender tudo que precisava, o que gerava ainda mais angústia. Sobre a angústia, Freud<sup>8</sup>, a descreve enquanto “[...] este outro hostil, mas que é também a primeira potência capaz de prestar socorro ao desamparo” (p. 189). Para Fuks<sup>9:5</sup> “[...] o desamparo corresponde ao que se passa fora do campo do simbólico e do imaginário e que é sempre apreendido com pavor e terror [...] ao mesmo tempo em que abre as janelas para o real, o desamparo é, justamente, o apelo de sentido ao que se presentifica nessa abertura: o afigurável, o sem sentido que paralisa [...] conforme suas primeiras intuições gravadas no Manuscrito K, campo das “vivências indizíveis que horrorizam.

Dunker<sup>10:sp</sup> destaca que nos casos de gagueira, frente à angústia o sujeito vê sua fala comprometida. O autor relata que “muitas pessoas conseguem falar perfeitamente, sem gaguejar, quando sentem um acolhimento, uma confiança do outro, mas com estranhos, vem a gagueira de novo, mais uma prova que a gagueira tem a ver com o outro, ou o que Lacan chamava de grande. Outro, e esse grande Outro vem junto com o lugar de fala, com o lugar de escuta, com a cenografia da cena.

Assim, a trabalhadora mencionava o desejo de ser trocada de setor e de abandonar ou trocar de emprego a fim de não ter que se expor falando em público. Logo, pode-se confirmar as palavras de Freud<sup>8:262</sup>, que destacam que “[...] não se pode achar que a angústia tenha qualquer outra função, a fora a ser um sinal de evitação à uma situação de perigo”, neste caso, se eu não falo em público, evita-se o sofrimento, o olhar do outro que julga, evita-se a angústia. Neste caso, além da importância de ajudar a trabalhadora a falar e nomear esta angústia, a relação da mesma com a revivescência de outras situações de vida, também se acena para o quanto as condições e ambiente socio laboral podem contribuir ou não para lidar com situações de angústia.

As escutas individuais se constituem como uma estratégia para o enfrentamento dos sofrimentos laborais, atuando no campo da prevenção ao adoecimento, mas não são, por si só, suficientes, visto que em um ambiente de trabalho, é sempre a força do coletivo que é capaz de produzir transformações, demandando assim, de outras ações.

<sup>14</sup> Alguns dados da trabalhadora foram alterados a fim de preservar sua identidade.

## Os Grupos de Saúde Mental

Os grupos realizados foram organizados com base na clínica psicodinâmica do trabalho proposta por Mendes<sup>11</sup>, a partir da observação de riscos psicossociais e queixas em saúde mental no contexto hospitalar. Esta ação se voltou para a constituição de espaços de fala e escuta com trabalhadores de diferentes setores e formações, que aderiram livremente a ação, por meio de convite feitos nos diferentes setores do hospital.

Os encontros semanais tiveram uma hora de duração e foram realizados em dois horários diferentes durante quatro semanas. Tendo em vista a forma como se deu a participação dos trabalhadores, os grupos foram abertos, ou seja, podiam se inserir novos trabalhadores toda a semana, sendo que em um momento inicial era explicado a função do espaço proposto e feito um contrato verbal com vistas ao sigilo das informações que ali emergiam.

Sobre a clínica psicodinâmica do trabalho Mendes<sup>11</sup> aponta que “[...] o processo fala-escuta do sofrimento decorrente das relações de trabalho requer de o clínico escutar o não dito, o oculto, o silenciado, buscando, junto com o coletivo, desvelar a cortina e construir novas estratégias para ressignificar o sofrimento e, como consequência, abrindo espaço para as ações sobre a organização do trabalho”<sup>11:39</sup>.

A organização e divisão dos trabalhadores emergem como temas importantes nos grupos, observadas as seguintes passagens: “A falta de organização da Instituição, acaba se tornando extremamente estressante”; “o problema está na estruturação, na organização – ou, melhor dizendo – na falta de organização do trabalho”; “(...) no hospital sempre tem inúmeras tarefas que se acaba fazendo, mas que não são de sua responsabilidade”; “(...) diz que não se sente qualificada para atender todas essas demandas, o que também acaba prejudicando seu dia a dia no trabalho”; “Também destaca que em todos os seus anos trabalhando na instituição, ela nunca contou com o número adequado de profissionais para atender as demandas existentes” (SIC).

Nos excertos dos relatos dos grupos é possível verificar a questão da sobrecarga laboral, e ela aparece nos dois níveis observados pela psicodinâmica do trabalho: quantitativo e qualitativo. A quantitativa está relacionada ao excesso de atividades a serem realizadas pelo trabalhador, já a qualitativa, diz das adversidades que o trabalhador enfrenta ao ter que assumir responsabilidades sobre atividades as quais não tem preparo ou qualificação para realizar<sup>12</sup>. Nesse sentido destaca-se os registros dos grupos: “(...) destacou que, muitas vezes, tem que realizar trabalhos que não são de sua incumbência, o que acaba fazendo com que fique sobrecarregado”; “Destaca, também, que são muitas demandas a serem atendidas, por conta disso, sente que está sempre “correndo atrás da máquina”, não conseguindo dar conta de tudo”; “(...) no hospital, sai sempre com um ‘peso’ de não ter feito tudo que precisava fazer”; “(...) fala que sempre quando volta para casa tem à sensação de que ficou devendo” (SIC).

A psicodinâmica do trabalho, através do conceito de ideologia da excelência, descreve esse processo que acontece nas instituições. Próprio do sistema capitalista, esse conceito desenha-se a partir de uma lógica que exalta aspectos individuais, no sentido de existir a necessidade de que um indivíduo se sobreponha e seja melhor que o outro, que se supere e supere o outro. Além disso, foca-se na performance, condição que naturaliza a exploração nas relações de trabalho, pois faz com que o sujeito sinta que faz parte de um propósito maior, o que pode ser demonstrado com a frase cotidiana “essa pessoa veste a camisa da empresa!”<sup>13</sup>.

A ideologia da excelência pode ser vista em alguns trechos dos encontros grupais, que se expressam nas seguintes frases: “(...) destaca que não consegue sequer sair para o horário de almoço se tiver algo que ainda precisa ser feito”; “Considera que a principal problemática da Instituição, de modo geral, está nas pessoas, nos trabalhadores, que, em sua opinião, não cumprem as regras, normas e rotinas propostas”; “(...) disse, que as coisas estão muito mudadas, que hoje em dia não pode ser mais firme com um filho, não pode dar um tapa, não pode falar nada que já dizem que traumatiza, que aí se formam pessoas frágeis, que quando vão para o mercado de trabalho não aguentam um embate, uma dificuldade e já deprimem”. O discurso dos participantes aponta para percepções individualizadas sobre os problemas laborais que precisavam ser resolvidos “internamente”. Assim, ressaltam que “se você está bem consigo mesmo, dificilmente irão acontecer problemas externamente”, bem como, de que “precisavam sempre buscar evoluir e ter um pensamento positivo diante das situações” (SIC).

Essa busca por resultados, por reconhecimento, não ocorre sem um custo aos trabalhadores. Esse custo, em geral, se relaciona a perda da saúde e da qualidade de vida. As autoras anteriormente citadas, apontam as “(...) patologias da sobrecarga (ex. LER/DORT, Síndrome de *Burnout*), da solidão (descompensações psíquicas) e da violência (assédio moral, suicídio), num uso instrumental de si mesmo e dos outros”<sup>13:230</sup>.

Além do mais, é possível observar nas falas dos trabalhadores características da gestão do medo, que age principalmente sobre a precarização do trabalho e o medo da perda do emprego. As demissões de trabalhadores foi um fator observado durante o primeiro semestre de estágio, sendo possível evidenciar desligamentos de muitos profissionais que haviam sido contratados durante o período da pandemia, após leitos serem desativados, mas também de funcionários com mais de 20 anos de trabalho na instituição. Esse fator, que se torna de conhecimento dos demais, gera medo e insegurança. Afinal, quem será o próximo(a)?

Outro ponto que aparece no discurso dos colaboradores que participaram dos grupos tem relação com a percepção do tempo e como ela é afetada pelo trabalho. Segundo eles “Em diversos momentos, os participantes do grupo falaram sobre a percepção de tempo, que sentiam que não estavam fazendo nada, mas ao mesmo tempo que os meses estavam passando muito rápido e se sentiam sendo afogados pela rotina de trabalho, pelo dia a dia, a colaboradora C usou uma metáfora de uma correnteza que vai vindo aos poucos e vai te puxando e quando você vê já não consegue mais sair”; “Falaram também da sensação de não conseguir parar”; “(...) como se tivessem que limpar uma gaveta, fazer alguma coisa... tem a sensação de quem sempre que estar fazendo alguma coisa” (SIC).

Parece ocorrer uma captura do tempo e das subjetividades dos colaboradores. Além disso, ocupar-se o tempo todo, em ritmo frenético, também é uma forma de não entrar em contato com pensamentos e afetos relacionados ao trabalho. O trabalhador não busca questionar, somente faz. Segundo Rego<sup>14:36</sup>. “A economia psíquica que envolve a estratégia de aceleração, impedindo a reflexão crítica, expõe o trabalhador a urgências dessa organização de trabalho. Seu pensar anestesiado não consegue mais avaliar quão urgente é tal demanda, fazendo com que simplesmente corresponda às necessidades. Trabalha mais horas do que as horas prescritas para o dia, assume responsabilidades que superam sua alçada e/ou “transforma” ocorrências rotineiras do trabalho como demandas únicas e urgentes para a organização do trabalho”.

Esses aspectos não se demonstraram somente neste momento, podendo ser notados em diversos outros fragmentos que foram citados anteriormente. Ademais, uma fala que chama atenção, é a de uma colaboradora que “(...) diz se sentir ‘abusada’ pela Instituição, que ‘sugaram tudo que tinha de melhor’, chega em casa do trabalho e está muito cansada” (SIC). Tudo o que foi analisado até aqui dá indícios de um local de trabalho gerador de sofrimento, um sofrimento patogênico.

Existem ainda as falas dos trabalhadores que evidenciam que chegaram ao limite, em que usam de metáforas relacionadas a violência para expressar-se “(...) se passar daqui fica perigoso”, “(...) parece uma arma, prestes a ser atirada”, além da medicamentação dos afetos e da vida “(...) mas eu estou bem, fui no médico e os medicamentos tem me ajudado, todos os dias, tomo 20mg de fluoxetina” (SIC).

A partir disso, a luta é para resistir. Sobreviver na norma, adaptar-se, fazer melhor e sempre, já que não existem garantias. Neste cenário, como se constroem as relações interpessoais? Fator de suma importância, já que o coletivo constrói o trabalho, principalmente um trabalho que abarca o cuidar, em que é necessário que haja auxílio em muitos momentos. Numa lógica de competição exacerbada, em que a disputa é por um lugar, como pensar em movimentos coletivos?

Isso destaca a importância da criação de espaços públicos de fala em que falar para o outro, falar para si pode fortalecer as relações do grupo a fim de dialogar, resistir, movimentar e promover mudanças. Esse processo de formação de um coletivo não é simples, mas “(...) complexo, sempre inacabado, que depende das condições da dinâmica instituída da coordenação e da cooperação”<sup>(15:97)</sup>.

## Considerações Finais

As ações desenvolvidas ao longo de um ano de estágio indicam processos de sofrimento e adoecimento dos trabalhadores no contexto hospitalar, vinculados a uma série de precariedades laborais, sociais e psíquicas, as quais são produzidas socialmente, e experimentadas nas vivências singulares de cada trabalhador e trabalhadora.

O trabalho realizado pela psicologia no contexto hospitalar sinaliza para os desafios das ações de prevenção em saúde mental relacionada ao trabalho. Nesse sentido, é importante ir além de ações voltadas aos trabalhadores individuais face ao sofrimento e ao adoecimento, ou ações centradas no ambiente de trabalho, que tradicionalmente em olhado para os riscos físicos, químicos e biológicos, negligenciando os riscos psicossociais.

Pensar em prevenção e promoção em saúde mental e trabalho implica necessariamente fortalecer os coletivos e incentivar o protagonismo da classe trabalhadora, reconhecida enquanto tal, “[...] rompendo com as concepções individualistas, naturalistas e fatalistas que predominam na compreensão do processo saúde-doença mental no ambiente de trabalho”<sup>(4:2)</sup>.

**Palavras-chave:** Saúde Mental; Saúde do Trabalhador; Psicodinâmica do Trabalho; Prevenção em Saúde.

## Referências

- 1 Porto, MF. Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar. Cadernos de Saúde do Trabalhador. Fiocruz: Rio de Janeiro [internet]. 2000 [cited 10 apr 23]. Available from: [http://normasregulamentadoras.files.wordpress.com/2008/06/riscos\\_trabalho.pdf](http://normasregulamentadoras.files.wordpress.com/2008/06/riscos_trabalho.pdf).
- 2 Ruiz VS, Araújo AL. Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [internet]. 2012 [cited 10 apr 23];37(125). Available from: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/P9Hh3zBPL7WmzxsFYgW7K8b/?lang=pt>.
- 3 Baruki LV. Riscos psicossociais e saúde mental do trabalhador: por um regime jurídico preventivo. São Paulo: LTr; 2015.
- 4 Souza HÁ, Bernardo, MH. Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];44(26):1-8. Available from: <https://www.scielo.br/j/rbso/a/BZfzmT5SM4p4McZfctc8vqn/?format=pdf&lang=pt>.
- 5 Gomez VA, Chatelard DS. Clínica do trabalho: contribuições da psicanálise para o exercício profissional. Psicologia, Ciência e Profissão [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];41(2):1-12. Available from: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/pHh3xX4Px4sBhb9POyGWnVr/?format=pdf&lang=pt>.
- 6 Prado AD, Peixoto BC, Silva AM, Scalia LA. A saúde mental dos profissionais de saúde frente à pandemia do Covid-19: uma revisão integrativa. REAS/EJCH [internet]. 2020 [cited 10 apr 23];46:1-9. Available from: <https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/418>.
- 7 Sangy M. Saúde no Trabalho: intervenção psicossocial com trabalhadores de um hospital público. Belo Horizonte [internet]. 2017 [cited 10 apr 23]. Available from: <http://izabelahendrix.edu.br/pesquisa/anais/arquivo-2017/saude-no-trabalho-intervencao-psicossocial-com-trabalhadores-de-um-hospital-publico.pdf>.
- 8 Freud, S. Inibição, síntoma y angústia. Buenos Aires: Amorrortu Ed; 1926.
- 9 Fuks, BB. Notas sobre o conceito de angústia. Revista Estudos e Pesquisas em Psicologia [internet]. 2001 [cited 10 apr 23];1(1):1-9. Available from: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/revispsi/article/view/7687/5551>.
- 10 Dunker C. Gagueira. Falando nisso 363 [internet]. 2022 [cited 10 apr 23]. Available from: <https://www.youtube.com/watch?v=qgHF26DZWXA>.
- 11 Mendes, AM. Clínica psicodinâmica do trabalho: o sujeito em ação. Curitiba: Juruá; 2012.
- 12 Monteiro JK, Jacoby AR. Sobrecarga no trabalho. In Vieira FO, Mendes AM, Merlo AR. Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá; 2013.
- 13 Soboll LA, Horst AC. Ideologia da excelência. In Vieira FO, Mendes AM, Merlo AR. Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá; 2013.
- 14 Rego, VB. Aceleração. In Vieira FO, Mendes AM, Merlo AR. Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá; 2013.
- 15 LIMA, SC. Coletivo de trabalho. Vieira FO, Mendes AM, Merlo AR. Dicionário crítico de gestão e psicodinâmica do trabalho. Curitiba: Juruá; 2013.





## 5.5 DESAFIOS PARA A SAÚDE DO TRABALHADOR DE ENFERMAGEM NO CUIDADO PALIATIVO: EXPERIÊNCIA NO CANADÁ

Carine Vendruscolo<sup>1</sup>, Daisi Mara Rosset<sup>2</sup>, Rui Carlos Sacramento<sup>3</sup>, Camilla Dalchiavon<sup>4</sup>,  
Luiz Felipe Deoti<sup>5</sup>

<sup>1</sup>Professora da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC). E-mail: [carine.vendruscolo@udesc.br](mailto:carine.vendruscolo@udesc.br)

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5163-4789>.

<sup>2</sup>Ministry of Health Community Services, Department of Long Stay Oncology and Palliative Care. Ontário, Canadá. E-mail: [daisi.rosset@hccontario.ca](mailto:daisi.rosset@hccontario.ca) ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4000-8683>.

<sup>3</sup>Mestrando do Programa de Pós-graduação - Mestrado Profissional em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (MPEAPS) da UDESC. E-mail: [rui.sacramento2042@edu.udesc.br](mailto:rui.sacramento2042@edu.udesc.br) ORCID: <https://0000-0002-5163-4789>.

<sup>4</sup>Estudante de Enfermagem da UDESC. E-mail: [camilladalchiavon1@gmail.com](mailto:camilladalchiavon1@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0009-0001-2462-7997>.

<sup>5</sup>Estudante de Enfermagem da UDESC. E-mail: [luizfelipeoti@gmail.com](mailto:luizfelipeoti@gmail.com) ORCID: <https://orcid.org/0009-0000-7861-5177>.

### O cuidado paliativo e suas consequências para o enfermeiro

No Brasil, apesar de os profissionais da saúde terem experienciado todas essas sensações de maneira pungente, a situação não difere tanto de países mais desenvolvidos, com a saúde pública bem estruturada, como é o caso do Canadá. Assim, o presente capítulo tem como propósito descrever o trabalho de profissionais que atuam na saúde pública em Ontário, Canadá, sobretudo da enfermeira coordenadora de uma equipe multiprofissional que presta cuidados paliativos à domicílio (*home care*). A narrativa será discutida à luz dos aspectos que afetam a sua saúde bio-psico-espiritual, tendo em vista os transtornos que afetam – ou podem afetar – o profissional que atua nessa função.

O trabalho comunitário de atendimento domiciliar (*Home and Community Care Palliative*) trata-se de um serviço público, desenvolvido pelo governo do Estado de Ontário, no Canadá. Cuidados paliativos são considerados aqueles que contemplam um conjunto de medidas, que visam melhorar a qualidade de vida dos pacientes e famílias que se encontram com sintomas e problemas associados com doenças de caráter terminal. Tais cuidados são desenvolvidos por profissionais de saúde, de maneira individual ou interprofissional, por meio da prevenção e alívio do sofrimento, mediante a identificação precoce e uma avaliação eficiente, assim como o alívio da dor e outros problemas de ordem psicossocial e espiritual<sup>1</sup>.

Os cuidados paliativos são mais efetivos quando preveem a ação de uma equipe interprofissional. Cada profissional da saúde, ao reconhecer o limite da sua atuação, conta com a colaboração do outro, tendo em vista uma atitude que consiste em cuidar do indivíduo em todos os aspectos: físico, mental, espiritual e social. O paciente em estado terminal necessita ser assistido integralmente, e isso implica complementação de saberes, compartilhamento de responsabilidades e, principalmente, que as diferentes demandas sejam resolvidas no coletivo<sup>2</sup>.

Em Ontário, as equipes multidisciplinares que desenvolvem cuidados paliativos em *home care*, contam com um coordenador geral (*Care Coordinator*) que, no caso relatado neste estudo, trata-se de uma enfermeira.

### Objetivo

Relatar a experiência e os desafios de um profissional enfermeiro que atua *como Care Coordinator* em um serviço de *Home and Community Care Palliative*, relacionados à sua saúde bio-psico-espiritual.

### Metodologia

Relato de experiência, realizada durante o mês de outubro de 2019, em Ontário, Canadá. Como parte das atividades de pós doutoramento, uma enfermeira, professora de Universidade pública e pesquisadora na linha de gestão em saúde e enfermagem, observou-se o funcionamento de uma equipe de *home care*, em especial a atuação do enfermeiro *Care Coordinator*.

Foram realizados registros em diário de campo sobre as atividades desenvolvidas, dentre as quais reuniões de equipe e visitas domiciliares, bem como, as implicações relacionadas às condições afetivas, que implicam na saúde bio-psico-social do enfermeiro *Care Coordinator*.

Durante os anos que seguiram, houve contato permanente com a enfermeira Canadense, numa parceria que resultou em sua participação em eventos no Brasil, participação em pesquisas, além da escrita coletiva de manuscritos. Durante a pandemia, as trocas sobre a situação pandêmica em ambos os países eram frequentes, o que resultou também em alguns materiais já publicados. Este relato contém algumas informações referentes a este período pandêmico, inclusive, pois houveram fatores estressantes que agravaram as condições de trabalho e, por conseguinte, afetaram a saúde dos profissionais que “combateram na linha de frente” a Covid-19.

### Descrevendo “o caso”: a atuação da equipe Canadense

A equipe multidisciplinar de *home and community care palliative*, é composta pelos seguintes profissionais: 1) coordenadora geral da equipe: essa função cabe, preferencialmente, a um enfermeiro, servidor público. Cumpre destacar, entretanto, que esse cargo cabe a qualquer membro da equipe, desde que conte com nível superior e conhecimento clínico. Para o caso de assistentes sociais, exige-se nível de mestrado; 2) médicos da família e paliativos: são servidores do governo ligados ao hospital, com especialização nas referidas áreas; 3) enfermeira mestre (nurse practitioner): servidora pública; 4) enfermeiras práticas (*register nurse*): terceirizadas, com especialização em cuidados paliativos; 5) assistente social; 6) fonoaudiólogo; 7) fisioterapeuta; 8) terapeuta ocupacional e 9) nutricionista.

Esta equipe multidisciplinar tem como função acompanhar os pacientes em cuidados paliativos, em um determinado território, em domicílio. Neste caso, a equipe assiste cerca de 210 pacientes em tratamento paliativo, cujo principal fator desencadeante de tais cuidados é o câncer.

Em relação ao processo de trabalho, são realizadas reuniões diárias de equipe, as *huddles*, a fim de trocar informações e discutir os casos por meio da plataforma virtual *Teams*, com auxílio de computadores equipados com programas específicos, os quais contêm: prontuários; relatórios; sistema de informação, registro e solicitação de equipamentos e medicação; e-mail; fax eletrônico e outras tecnologias de informação. As reuniões diárias têm duração de cerca de 30 minutos. Uma inovação importante para auxiliar nos registros e facilitar o dialogo interprofissional é o “*E-health*”, sistema de registro padronizado online ao qual todos da equipe têm acesso. Reuniões mensais também ocorrem e são multidisciplinares. Elas apresentam um caráter educativo, informativo, nas quais são realizadas discussão dos casos existentes no território e planejamento de ações para a melhoria dos serviços prestados. Nessas reuniões, um enfermeiro da equipe fica encarregado de abordar um tema de interesse do grupo, numa perspectiva de educação permanente com a equipe. Os profissionais que realizam a atividade educativa são reconhecidos como enfermeiros de apoio (*resource nurse*).

Todos os profissionais da equipe realizam visitas domiciliares, na medida da necessidade prevista. A *Care Coordinator* faz visitas com uma frequência de, em média, três meses por ano, a depender da complexidade de cada caso. Também, podem ocorrer conforme demanda. Essas visitas têm o propósito de verificar a eficiência do serviço, resolver problemas emergenciais, elaborar o plano de cuidados e realizar educação em saúde. Ela, também, autoriza e providencia insumos (equipamento terapêutico, medicação, entre outros) e estabelece a frequência das visitas multidisciplinares, de acordo com a necessidade do paciente. Para sistematizar a visita, há um instrumento específico, com variações de uso conforme o profissional, o *Residencial ACESSMENT INFORMATION (RAI-Pall)*. Esse instrumento é utilizado em mais de oitenta países, incluindo o Brasil. Em Ontário, foi adotado como

meio para avaliar o nível de cuidados a fim de prestá-los de maneira equânime e auxiliar no plano de cuidados.

Uma questão que cumpre destacar, é a preocupação dos canadenses com a “boa morte”. Recentemente, no país, foi aprovada a Lei da Morte (ou Suicídio) assistida. Em casos em que o paciente em tratamento paliativo faça uma opção por tal procedimento, é designada uma equipe de *home care*, cujas crenças espirituais estejam alinhadas com essa escolha.

Na qualidade de gestor da equipe multidisciplinar, o *Care Coordinator*, por vezes, precisa tomar decisões importantes em relação às necessidades e anseios do paciente e sua família. No caso acompanhado, em relação à sua atuação na equipe, por vezes, houveram situações em que foi necessário auxiliar na resolução de conflitos na equipe ou realizar orientações necessárias ao correto preenchimento de registros. Ainda, ao *Coordinator* cabe proceder de maneira sóbria, perante os casos mais complicados, por vezes, controlando emoções e mantendo o controle.

Todas essas situações fazem refletir que se trata de uma função que cabe muito bem ao enfermeiro, tendo em vista sua formação clínica e gerencial. Cumpre destacar o desempenho do enfermeiro em outras funções no âmbito da equipe, como no caso dos *nurse practitioner* e os *resource nurse*, pois são esses as profissionais que prestam o cuidado clínico e realizam trabalhos educativos e de apoio, respectivamente. Os *nurse practitioner* podem, inclusive, realizar práticas mais invasivas e prescrição de medicações específicas e exames laboratoriais.

Destaca-se, ainda, a qualidade e eficiência dos instrumentos para gestão da assistência, como o *RAI-Pal*, que contém informações precisas em todas as ordens, sobre as necessidades humanas, com especial atenção para questões culturais, já que o Canadá conta com grande quantidade de culturas imigrantes. Nessa direção, a equipe, também, apresenta com preparo adequado, tendo acesso à educação permanente sobre temas técnicos e também, que envolvem questões sociais, espirituais e culturais relacionadas às diferentes culturas que residem no país.

### **As “situações limite” ocasionadas pelo processo de trabalho**

Nos cabe aqui aprofundar alguns aspectos relacionados ao estresse ocasionado pelo cuidado paliativo, realizado pelos profissionais e coordenado pela enfermeira. Nessa direção, são recorrentes as ocasiões em que esta é acometida por “situações limite”<sup>3</sup> de importante pressão psicológica. Torna-se uma conduta desafiadora manter o controle e não se deixar envolver por alguns relatos ou situações vivenciadas com a assistência do paciente em cuidados paliativos.

Acompanhar “a despedida” e sempre um momento marcante na vida profissional de um enfermeiro que cuida de pessoas em processo de morrer e diante da morte. A literatura demonstra que o cuidado de pacientes em tratamento paliativo implica em lidar, diariamente, com prognósticos ruins, incurabilidade, manuseio de sintomas que causam sofrimento e desconforto, como dor, sangramento, dispnéia, náuseas, entre outros. Tudo isso corrobora para o sentimento de angústia no cotidiano de trabalho, o que deixa os profissionais vulneráveis ao sofrimento psíquico<sup>4</sup>.

As evidências sobre a Fadiga por Compaixão destacam a necessidade de atuar para a melhoria do processo de trabalho, no que tange ao enfrentamento e a valorização das repercussões do fenômeno na dimensão laboral e pessoal dos enfermeiros e demais trabalhadores de enfermagem. Nessa direção, a colaboração dos gestores é fundamental em diferentes cenários, incluindo a Atenção Primária à Saúde<sup>5</sup>.

Estudos apresentam iniciativas de prevenção e enfrentamento da Fadiga por Compaixão, como a busca por estratégias gerenciais que busquem a melhoria da qualidade de vida no trabalho, práticas de educação continuada com os profissionais, fomento à resiliência<sup>6,7</sup>. Tais práticas eram recorrentes no serviço observado, em que um profissional da equipe ou de outras equipes da Província assumiam a responsabilidade, periodicamente, de realizar atividades de educação continuada com os profissionais. Além disso, estes eram constantemente orientados a realizarem, em períodos de folga do trabalho, atividades de lazer diversas, em busca de momentos de distração e prazer.

As sensações de ineficácia, diminuição da empatia e paciência, relatadas pela enfermeira Canadense convergem com os estudos, nos quais os profissionais relatam a intenção de rotatividade ou abandono de emprego, preocupações, frustrações, falta de confiança, de autonomia, sensação de não ter feito um bom trabalho, ansiedade, culpa, distúrbios do sono, alterações de humor, entre outros, que podem, inclusive, implicar no atendimento negativo ao paciente. Todas essas sensações são típicas da

Fadiga por Compaixão e aos transtornos associados<sup>7,8</sup>. Esses conflitos morais afetam, negativamente, a sua percepção de qualidade de vida no ambiente de trabalho e mesmo, a relação com o paciente e a sua família. O sentimento de angústia relacionada ao tipo de trabalho, no contexto da morte, remete às suas próprias dores<sup>9</sup>.

## Conclusões

A experiência de acompanhamento do serviço de *home care* possibilitou o reconhecimento da dinâmica dos cuidados paliativos em domicílio, realizados por equipe multidisciplinar e interprofissional, com destaque para atuação do enfermeiro, como gestor desta equipe. Nesta condição, foram inúmeras as vezes que se observou o desconforto e a necessidade de controle de emoções, para além do conhecimento clínico e gerencial do profissional.

Cabe ressaltar que, dentre as mais diversas situações estressantes e transtornos por elas gerados, decorrentes das ocupações laborais, a Fadiga por Compaixão emerge abruptamente nos contextos dos profissionais de saúde, permeando todos os processos de trabalho, trazendo demandas inesperadas para tais serviços, como por exemplo a falta de profissionais para atuarem nesses contextos. Isso se agravou durante a pandemia, em meio a ocorrência de uma doença inesperada e desconhecida, deixando o profissional ainda mais sintomático em termos de estresse laboral. Tal situação é verificada, em grande medida, no Canadá, o que tem gerado iniciativas governamentais das mais diversas, inclusive incentivando a imigração de profissionais enfermeiros.

Entre as estratégias de enfrentamento e intervenções sugeridas, com base nos estudos existentes e na própria conduta no cenário observado, destaca-se a orientação para que profissionais que assistem pacientes em cuidados paliativos realizem exercícios regularmente, procurem manter bons hábitos de sono, repouso, alimentação e prática de lazer periódica.

**Palavras-Chave:** Cuidado paliativo; Humanização da assistência; Equipe interdisciplinar; Enfermagem; Política de saúde do trabalhador.

## Referências

- 1 World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19) outbreak [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 [cited 2020 Mar 3]. Available from: <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019>
- 2 Hermes HR, Lamarca IC. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. Cie Saúde Coletiva [internet]. 2013 [cited 10 apr 23]; 18(9):2577-88. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6RByxM8wLfBBVXhYmPY7RRB/>.
- 3 Heidemann IT, Dalmolin IS, Rumor PC, Cypriano CC, Costa MF, et al. Reflexões sobre o itinerário de pesquisa de Paulo Freire: contribuições para a saúde. Texto Contexto Enfermagem [internet]. 2017 [cited 10 apr 23]; 26(4):e0680017. Available from: <https://www.scielo.br/j/tce/a/pdfHS9bS8fqwp5BTcPqL64L/?format=pdf&lang=pt>.
- 4 Siqueira AS, Teixeira ER. A atenção paliativa oncológica e suas influências psíquicas na percepção do enfermeiro. REME-Rev Min Enferm [internet]. 2019 [cited 10 apr 23];23:e-1268. Available from: <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/1414>.
- 5 Rodrigues MS, Lucena PL, Lordão AV, Costa BH, Batista JB, et al. Compassion fatigue in nursing professionals in the context of palliative care: scoping REME - Rev Min Enferm [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];25:e-1386. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/44505>.
- 6 Khatatbeh H, Al-Dwaikat T, Rababah J, Oláh O, Pakai A. Paediatric nurses' burnout, quality of life and perceived patient adverse events during the COVID-19 pandemic: Testing an integrated model using structural equation modelling [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];31(10). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34719846/>.
- 7 Labrague LJ, Santos JA. Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. Appl Nurs Res [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];61:151476. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34544570/>.
- 8 Jobe JA, Gillespie GL, Schwytzer D. A national survey of secondary traumatic stress and work productivity of emergency nurses following trauma patient care [internet]. 2021 [cited 10 apr 23];28(4):243-49. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34210944/>.

9 Bastos RA, Quintana AM, Carnevale F. Angústias Psicológicas vivenciadas por enfermeiros no trabalho com pacientes em processo de morte: estudo clínico-qualitativo. Trends Psychol [internet]. 2018 [cited 10 apr 23];26(2):795-805. Available from: <https://10.9788/TP2018.2-10Pt>.

## GLOSSÁRIO

*Bullying no local de trabalho* – tipo de violência do trabalho caracterizada por maus-tratos repetidos, ameaças, humilhação ou intimidação, sabotagem laboral ou abuso verbal/ ações repetidas, dirigidas contra um ou mais trabalhadores, indesejadas pela vítima, realizadas de forma deliberada, que causam humilhação, constrangimento, hostilidade, ofensa e angústia e, conseqüentemente, originam um ambiente de trabalho desagradável.

*Cultura de Segurança* - produto individual ou coletivo, de valores, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamentos que determinam o compromisso, o estilo e a competência de uma organização de saúde na promoção de segurança.

*Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT)*- doenças/distúrbios que acometem o aparelho locomotor (músculos, tendões, articulações e/ou nervos) quando relacionados ao trabalho.

*Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT)*– doenças ocupacionais, doenças provenientes do ato de trabalhar ou no contexto/processo de trabalho.

*Estresse laboral* ocupacional - processo, a curto ou longo prazo, que resulta do desequilíbrio entre demandas psicológicas e recursos individuais do trabalhador, o qual se repercute na saúde física e mental do trabalhador.

*Estresse pos-traumático* – transtorno que pode se desenvolver em pessoas que vivenciaram eventos traumáticos.

*Estresse Traumático Secundário (ETS)* – síndrome provocada pela exposição a incidentes vivenciados por outra pessoa.

*Estratégias de prevenção* – prática pessoais/individuais e coletivas/organizacionais de autocuidado ou cuidado frente ao desgaste físico e/ou mental.

*Engagement* – estado psicológico de motivação e prazer no trabalho, expresso na relação de envolvimento cognitivo no trabalho.

*Fadiga por Compaixão (FC)* - estado de exaustão biológica, psicológica e social, resultante do processo de cuidar daqueles que sofrem.

*Felicidade no trabalho* - como o conjunto de fatores organizacionais e individuais (como emoções, humores, disposições e atitudes).

*Liderança promotora de saúde* - estilo de liderança que promove o desenvolvimento organizacional sustentável, a satisfação, o engajamento no trabalho e o comprometimento afetivo, trazendo benefícios à saúde física e mental da equipe.

*Psicodinâmica do Trabalho* - proposta teórico prática que busca compreender e intervir na organização do trabalho, dando ênfase à saúde psíquica dos trabalhadores e privilegia a clínica como modo de construção do conhecimento, de interpretação e de análise do trabalho. / “[...] clínica que se sustenta na descrição e no conhecimento das relações entre trabalho e saúde mental”.

*Prazer no trabalho* – A Psicodinâmica do Trabalho (PDT), entende o trabalho como um meio passível de gerar prazer, coesão social e desenvolvimento.

*Promoção da Saúde* - conjunto de princípios que incluem a equidade e o empoderamento através de uma prática que abrange a comunicação, a capacitação e atividades politicamente orientadas.

*Promoção da saúde no local de trabalho* - esforço conjunto de todos os envolvidos (empregadores, trabalhadores e sociedade), significando que, mais do que cumprir os requisitos legais a nível de segurança e saúde, todos serão chamados a colaborar e a contribuir para a saúde do ambiente em que laboram.

*Risco laboral* - “[...] toda e qualquer possibilidade de que algum elemento ou circunstância existente num dado processo e ambiente de trabalho possa causar dano à saúde, seja através de acidentes, doenças ou sofrimento dos trabalhadores”.

*Satisfação com o trabalho* – realização pessoal e profissional por meio do trabalho.

*Satisfação por Compaixão* - gratificação pelo ato cuidado às pessoas em situações de sofrimento.

*Segurança do paciente* - definida como a redução, a um mínimo aceitável, do risco de dano desnecessário associado ao cuidado de saúde.

*Síndrome de Burnout (SB)* – Estado de exaustão física e emocional acompanhado de desinvestimento no trabalho e da diminuição da realização e autoeficácia profissionais. Resulta da gestão desadequada do stress crônico no trabalho. Foi codificada na Classificação Internacional de Doenças (CID), versão 11, da Organização Mundial da Saúde (OMS), como fenômeno ocupacional.

*Trabalho* - uma das dimensões essenciais para caracterizar o ser humano.

*Trabalhador* - pessoa que pretende desenvolver-se através da sua atividade e aceita os desafios utilizando a sua inteligência prática e a sua capacidade de inovar, se o contexto lhe proporcionar autonomia.

*Universidades Promotoras de Saúde (UPS)* - espaços privilegiados para a criação de um contexto promotor de saúde para a comunidade educativa, pois melhoram o perfil de saúde por meio do desenvolvimento do ensino, da investigação e da partilha de conhecimentos, o que potencia o bem-estar e a sustentabilidade da comunidade em geral e, ainda, a avaliação da eficácia dos programas de intervenção.

*Violência laboral* - série de comportamentos e práticas inaceitáveis, que ocorrem de modo repetido ou não, ameaçando o trabalhador ou podendo resultar em danos físicos, psicológicos, sexuais ou económicos.



## ÍNDICE REMISSIVO

*Bullying no local de trabalho* – Páginas: 57; 58; 59; 88.

*Cultura de Segurança* - Páginas: 31; 62; 63; 64; 65; 66; 67.

*Doença Osteomuscular Relacionada ao Trabalho (DORT)* - Páginas: 21; 95.

*Doenças Relacionadas ao Trabalho (DRT)* – Páginas: 21.

*Estresse laboral ocupacional* - Páginas: 24; 39; 40; 41; 42; 101.

*Estresse pos-traumático* – Páginas: 28.

*Estresse Traumático Secundário (ETS)* – Páginas: 13; 98.

*Estratégias de prevenção* –Páginas: 13; 68.

*Engagement* – Páginas: 45; 46; 47; 48; 49.

*Fadiga por Compaixão (FC)* - Páginas: 11; 12; 13; 14; 16; 17; 18; 28; 29; 98; 100; 101.

*Felicidade no trabalho* - Páginas: 44; 45; 46; 47; 48; 49.

*Liderança promotora de saúde* - Páginas: 88; 89.

*Psicodinâmica do Trabalho* - Páginas: 45; 51; 52; 53; 92; 94; 96.

*Prazer no trabalho* - Páginas: 51; 52; 53; 66.

*Promoção da Saúde* - Páginas: 36; 76; 77; 78; 79; 80; 82; 84; 85; 89; 92; 93.

*Promoção da saúde no local de trabalho* - Páginas: 77; 78; 80; 84.

*Risco laboral* - Páginas: 26; 28; 92.

*Satisfação com o trabalho* – Páginas: 16; 17; 28; 45; 46; 47; 48; 49.

*Satisfação por Compaixão* - Páginas: 13; 16; 17; 18; 28; 29; 98.

*Segurança do paciente* - Páginas: 13; 31; 36; 62; 63; 64; 65; 66.

*Síndrome de Burnout (SB)* - Páginas: 13; 16; 17; 20; 21; 22; 23; 24; 25; 26; 28; 29; 31; 32; 33; 35; 36; 37; 42; 98.

*Trabalho* - Páginas: 12; 13; 14; 16; 17; 18; 21; 22; 23; 24; 26; 27; 28; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37; 39; 41; 42; 44; 45; 46; 47; 48; 49; 51; 52; 53; 56; 57; 58; 59; 62; 63; 64; 65; 66; 68; 69; 73; 74; 77; 78; 79; 80; 82; 83; 84; 85; 87; 88; 89; 92; 93; 94; 95; 96; 98; 99; 100; 101.

*Trabalhador* - Páginas: 12; 13; 14; 21; 22; 24; 25; 26; 27; 28; 29; 31; 32; 33; 34; 35; 36; 37; 41; 42; 43; 45; 47; 48; 49; 52; 53; 57; 59; 62; 63; 64; 65; 66; 68; 72; 76; 77; 78; 79; 80; 82; 83; 84; 85; 87; 88; 89; 90; 92; 93; 94; 95; 96; 98; 100; 101.

*Universidades Promotoras de Saúde (UPS)* - Páginas: 82

*Violência laboral* - Páginas: 66; 68.

### 5.2.1 Validação Semântica do *Ebook*

Por meio desta pesquisa foi elaborado e validado semanticamente um *ebook*, que tem como foco possibilitar o reconhecimento e a prevenção da FC nos trabalhadores da RUE. Porém, além da temática FC o *ebook* contempla o relato de experiências que abarcam outras temáticas sobre a saúde do trabalhador. Os materiais educativos, quando elaborados por especialistas na área e por meio de bases científicas, contribuem para melhor compreensão da temática abordada, sendo atrativos e úteis ao público pretendido (SILVA, 2020).

Nos últimos anos, houve um crescimento quantitativo e qualitativo ao acesso às tecnologias e a busca por informação em publicações eletrônicas (DUARTE, LOPES, 2015). As TE, em formato de *ebook*, apresentam vantagens como a agilidade no processamento técnico, a facilidade na portabilidade, a permissão à pesquisa integrada por meio de *links* e a facilidade de compartilhamento (DUARTE, LOPES, 2015). Diante de tais considerações, o *ebook* mostrou ser satisfatório ao objetivo do presente estudo, sendo assim, definido como um meio para produção e divulgação do material educativo.

A validação semântica foi realizada por 15 profissionais de saúde, sendo que estes foram caracterizados de acordo com a categoria profissional. A caracterização do perfil de juízes da amostra está representada no Quadro 2.

**Quadro 2** - Caracterização do perfil dos juízes de acordo com a categoria profissional

Categoria Profissional	Nº absoluto	Porcentagem
Enfermeiro	7	60%
Técnico de enfermagem	4	20%
Auxiliar de enfermagem	4	20%

Fonte: Elaborado pela autora.

O quadro abaixo demonstra o IVS de acordo com os itens do instrumento.

**Quadro 3** - Avaliação do IVS de acordo com a categoria profissional

Objetivos	IVS
Atende aos objetivos do público-alvo a quem se destina	0,95
Ajuda o público-alvo a quem se destina	0,95
Está adequado para ser usado por qualquer profissional de saúde	0,95
<b>Organização</b>	
A capa é atraente e indica o conteúdo do material	0,95
O tamanho do título e do conteúdo nas partes do <i>ebook</i> estão adequados	1
As partes têm uma sequência lógica	1

Há coerência entre as informações da capa, sumário e apresentação.	1
O número de página está adequado	1
<b>Estilo de Escrita</b>	
A escrita está em estilo adequado.	0,95
O texto é interessante. O tom é amigável.	1
O vocabulário é acessível e o texto está claro	1
Há associação entre as partes do texto /capítulo	1
<b>Aparência</b>	
As páginas ou partes parecem organizadas.	1
As ilustrações são suficientes e interessantes.	0,95
As ilustrações servem para complementar os textos.	0,95
<b>Motivação</b>	
O material é apropriado ao público-alvo, a quem se destina (profissionais de saúde).	0,95
O material apresenta lógica.	1
O texto provoca interação/reflexão. Sugere ações.	0,95
Convida/instiga a mudanças de comportamento e atitudes.	0,95
O <i>ebook</i> traz novos conhecimentos para o público-alvo/a quem se destina (profissionais de saúde).	1
IVS Global	0,97

Fonte: Elaborado pela autora.

O quadro acima demonstra o IVS individual e global dos itens “Objetivos”, “Organização”, “Estilo da Escrita,” “Aparência” e” Motivação”, sendo que a concordância entre os juízes em relação ao *ebook* obteve IVS global de 0,97; considerado excelente.

Apesar do IVS de 0,97 ter demonstrado alta aceitação pelo público alvo, as sugestões realizadas pelos profissionais de saúde, foram avaliadas e acatadas, exceto a de que as seções do *ebook* fossem mais curtas para que a leitura pudesse ser realizada de maneira mais rápida. Esta sugestão foi apresentada aos pesquisadores responsáveis pela elaboração do *ebook* e optou-se por manter-se as seções da forma que as mesmas estão dispostas, já que o objetivo é que o público-alvo possa realizar a leitura do capítulo ou seção que tiver interesse e não necessariamente da totalidade da obra.

Outra consideração realizada foi sobre a importância do glossário e do índice remissivo, pois permitem que alguns termos utilizados no *ebook* sejam facilmente conceituados e localizados na obra. Ademais, destacou-se o fato de que o conteúdo do *ebook* ser atualizado e de permitir a análise do contexto laboral de outros países, por se tratar de um produto que contou com a colaboração de expertises de quatro nacionalidades. A realização de um estudo multicêntrico e multidisciplinar possibilita um estudo aprofundado dos aspectos relevantes que envolvem a saúde do trabalhador, permitindo o desenvolvimento de estudos comparativos em diferentes contextos de trabalho e países.

De acordo com Almeida (2017) para a elaboração de uma TE é necessário ter clareza quanto ao conteúdo, aos objetivos a serem alcançados e conhecimento a respeito do público-alvo, desta forma, o *ebook* utiliza textos, de fácil leitura e propositivos, com intuito de facilitar a compreensão do conteúdo a ser exposto e apresentar novas informações aos leitores

No quinto bloco, considerando a validade do *ebook* na possibilidade de mudança de comportamento diante de problemas enfrentados no cenário laboral, um juiz (a) considerou a TE um material inovador, de excelente conteúdo para atender as demandas dos profissionais e das instituições.

Outros estudos metodológicos realizados com o objetivo de validar o IVS de tecnologias educacionais, também atingiram resultados semelhantes. Dentre eles, cabe ressaltar, a validação realizada pelo público alvo de uma TE sobre tuberculose para crianças escolares, que atingiu índices superiores a 90%, e a validação semântica de uma cartilha educativa para saúde e bem-estar no pós-parto que atingiu IVC Global de 0,96 (NOGUEIRA *et al.*, 2022, BARBOSA *et al.*, 2020).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os profissionais de saúde encontram-se suscetíveis ao adoecimento físico e psíquico em seu ambiente laboral, em condições de trabalho diversas, em diferentes países e categorias profissionais, todos expostos aos sofrimentos psíquicos relacionados ao exercício da profissão.

Diante desta perspectiva, a proposta desse estudo foi desenvolver um *ebook* para reconhecimento e prevenção da FC nos profissionais que atuam na RUE. A FC pode afetar negativamente a qualidade de vida e a satisfação com o trabalho dos profissionais de saúde, o que pode impactar negativamente o atendimento ao paciente e os resultados organizacionais.

Os achados da etapa QUAN evidenciaram níveis moderados de SC e baixo de BO e ETS entre os participantes. Observou-se que a comunicação breve com o paciente e seus familiares e a rapidez do atendimento que caracteriza o cenário da urgência e emergência, possibilitando pouco tempo para que se estabeleça envolvimento emocional e empatia com o doente, são fatores que podem proteger os profissionais de saúde da FC. O estudo identificou, ainda, que houve associação positiva e estatisticamente significativa entre idade e número de filhos com os escores de SC, ou seja, quanto maior a idade e maior o número de filhos, maiores os níveis de SC.

Desta forma, apesar de os resultados das pesquisas realizadas em diferentes países demonstrarem que os profissionais de saúde que atuam no setor da urgência e emergência são predispostos a desenvolverem FC, a população estudada mostrou-se com nível moderado de SC e baixo nível de FC, divergindo da maioria dos estudos realizados com o mesmo público. Os achados sugerem que essa população possui estratégias frente aos estressores e motivos causadores de sofrimento. No entanto, a categoria médica apresentou escores maiores para BO do que os demais profissionais.

Nessa direção, subsidiada pela fase anterior, emergiu o desenvolvimento e a validação da TE, em formato de *ebook*, que teve o objetivo de sensibilizar e informar os trabalhadores sobre a FC e auxiliar na elaboração de estratégias de enfrentamento individuais e coletivas, minimizando o impacto no plano pessoal, profissional e institucional. O material didático e instrucional que foi elaborado e validado semanticamente proporcionou a geração de um produto composto por conteúdos relevantes, de fácil acesso e que estará disponível gratuitamente para os profissionais de saúde, pesquisadores, estudiosos da área e para demais interessados em nível nacional e internacional.

A TE não só irá fortalecer o Programa de Pós-Graduação da instituição, como fruto do MPEAPS, como também tem potencial para alcançar outras instituições ou serviços de saúde atentos à importância das temáticas abordadas, contribuindo para a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e, por consequência, da qualidade da assistência prestada. Além disso, seu desenvolvimento favoreceu a cooperação internacional com outras instituições, em especial na área da saúde ocupacional e de saúde do trabalhador.

Outro destaque no desenvolvimento da TE foi a participação do público-alvo no processo de validação. Os profissionais de saúde, ao criticarem e/ou contribuírem com seu entendimento para o que foi escrito no *ebook*, puderam auxiliar os *experts* que colaboraram com a escrita da obra no sentido de refinar a tecnologia, estabelecendo-a como dispositivo facilitador de educação e do diálogo em saúde.

O *ebook* ainda não está concluído, sendo que, após o processo de avaliação pela banca de defesa do Trabalho de Conclusão de Curso, com possíveis alterações para qualificação, a obra seguirá para editoração, sendo um limite a análise do seu impacto na sociedade. Contudo, espera-se que a elaboração desta TE gere oportunidades de identificar a vulnerabilidade dos profissionais de saúde à FC e de contribuir para a promoção de ambientes de trabalho seguros e protegidos para todos os trabalhadores. Além disso, considera-se seu potencial alcance por se tratar de um material de livre acesso, no formato online, também apresentado na língua inglesa, o qual ocupará as bases de dados da UDESC e das instituições nacionais e internacionais do HWOPI, com alcance do público acadêmico, profissional e da comunidade em geral.

Em virtude de tratar-se de uma temática relevante que acomete o bem-estar do profissional de saúde e do paciente, sugere-se a realização de novos estudos sobre a FC que subsidiem novas investigações no campo da saúde do trabalhador. Ressalta-se a magnitude desse fenômeno e outros transtornos mentais relacionados ao trabalho que acometem profissionais de saúde, assim como a necessidade da promoção de intervenções preventivas capazes de minimizar os eventos estressores ocupacionais e de ações favoráveis à qualidade de vida profissional.

## REFERÊNCIAS

ABELLANOZA, A.; PROVENZANO-HASS, N.; GATCHEL, R. J. *Burnout* em enfermeiras de pronto-socorro: revisão da literatura e temas de entrevista. **J. Appl. Biobehav. Res.**, v. 23, 2018.

ABREGÚ-TUEROS, L. F. Revisión sistemática de las prácticas preventivas para riesgos psicosociales en centros sanitarios ibero-americanos. **Medwave**, [s. l.], v. 20, n. 7, 2020. DOI: [10.5867/medwave.2020.07.8000](https://doi.org/10.5867/medwave.2020.07.8000). Disponível em: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Estudios/RevSistematicas/8000.act>. Acesso em: 20 out. 2021

ADIMANDO, A. Preventing and Alleviating Compassion Fatigue Through Self-Care. **Journal of Holistic Nursing**. 2017, Vol. XX, X, pp. 1-14.  
ANDRADE

ALLEN, A. J.; LEONARD, H.; SWEDO, S. E. Current knowledge of medications for the treatment of childhood anxiety disorders. **Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry**, n. 34, p. 976-986, 1995. Disponível em: <[https://www.jaacap.org/article/S0890-8567\(09\)63341-4/fulltext](https://www.jaacap.org/article/S0890-8567(09)63341-4/fulltext)>. Acesso em 26 jan. 2022.

ALMEIDA, D. M. **Elaboração de materiais educativos**. São Paulo, 2017.

ALVES, E. M. M. **O impacto da resiliência e do ambiente ético hospitalar na percepção de burnout nos profissionais de cuidados paliativos**. 2020. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos). – Universidade do Porto, 2020. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/129321>. Acesso em: 26 jan. 2022.

AMARO, A. N. C. **Burnout e fadiga por compaixão em psicólogos clínicos portugueses**. Dissertação (Mestrado Integrado em Psicologia). – Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicoterapia Cognitiva-Comportamental e Integrativa, Universidade de Lisboa, Lisboa, 2016. Disponível em: [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29264/1/ulfpie051946\\_tm.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29264/1/ulfpie051946_tm.pdf). Acesso em 14 out. 2021.

APOIAR. Associação de apoio aos ex-combatentes vítimas do stress de guerra. Artigo científico. **O conceito de traumatização secundária**. Disponível em: <https://apoiar-stressdeguerra.com/pt/2017/09/19/conceito-traumatizacao-secundaria/>. Acesso em: 26 de nov. 2021.

ARAÚJO, I.C.; VASQUES-MENEZES, I. **Fadiga por Compaixão: os custos do cuidado** – Curitiba: CRV, 2018. 112 p.

ARAÚJO, T. M. de; PALMA, T. de F. e A., CARMO, N. de Vigilância em Saúde Mental e Trabalho no Brasil: características, dificuldades e desafios. **Ciência & Saúde Coletiva [online]**. 2017, v. 22, n. 10. pp. 3235-3246. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812320172210.17552017>>. ISSN 1678-4561. Acesso em 26 de mar. de 2022.

ARORA, M. *et al.* Review article: *burnout* in emergency medicine physicians. **Emergency Medicine Australasia**, 25(6), 491-495, 2012. DOI: 10.1111/1742-6723.12135. Acesso em: 26 de nov. de 2021.

ARARUNA, W.F.; PINHEIRO, A.C.L.; CARNEIRO, G.B. A influência dos livros digitais no acesso à informação: uma comparação entre o livro digital e o impresso. **Universidade Federal do Ceará**. Acessado em 07 de nov de 2021. Disponível em: [portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/moci/article/download](http://portaldeperiodicos.eci.ufmg.br/index.php/moci/article/download)

BABINEAU, T., THOMAS, A., WU, V. Burnout Médico e Fadiga de Compaixão: Resposta Individual e Institucional a uma Crise Emergente. **Opções de tratamento atuais Peds v. 5**, p 1–10, 2019. DOI 10.1007/s40746-019-00146-7ad/2100/1303. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s40746-019-00146-7>. Acesso em: 26 nov. 2021.

BAEK, Y.J. *et al.*. A mathematical model of COVID-19 transmission in a tertiary hospital and assessment of the effects of different intervention strategies. **PLoS One**. 2020 Oct 26;15(10): e0241169. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0241169> Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0241169> Acesso em: 15 out. 2021.

BALDONEDO-MOSTEIRO, M. *et. al.*. Síndrome de *burnout* em trabalhadores de enfermagem brasileiros e espanhóis. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 27, p. 1-9, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/H4fNN6VPDXZvnZk3MxzzJpc/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021.

BARBOSA, E. M. G.; DANTAS, S. L. C.; RODRIGUES, D. P.; MOREIRA, T. M. M.; QUEIROZ, M. V. O.; ORIÁ, M. O. B. Development and validation of an educational booklet for postpartum health and well-being. **Rev Rene**. 2020; 21:e43824. DOI: <https://doi.org/10.15253/2175-6783.20202143824>

BARROS, N. M. G. C.; HONÓRIO, L. C. Riscos de adoecimento no trabalho de profissionais que atendem emergência em um Hospital Público Mato Grossense: o caso de médicos e enfermeiros. **REGE – Revista de Gestão**. v. 22, n. 1, p. 21-39, 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1809227616300911>. Acesso em 27 out. 2021.

BATALHA E; *et al.*. Satisfação por Compaixão, *Burnout* e Estresse Traumático Secundário em Enfermeiros da Área Hospitalar. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental** n. 24, p. 25-33, dez. 2020. Disponível em: <https://scielo.pt/pdf/rpasm/n24/n24a04.pdf>. Acesso em 14 out. 2021.

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. 315-323, 2014. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpot/v14n3/v14n3a07.pdf>. Acesso em 15 out. 2021.

BAQEAS, M. H.; DAVIS, J.; COPNELL, B.; Compassion fatigue and compassion satisfaction among palliative care health providers: a scoping review. **BMC Palliative Care**, v. 20, n. 88, 2021. Disponível em: <https://bmc-palliativecare.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12904-021-00784-5>. Acesso em 26 jan. 2022.



BENEDITO, J.G. *et al.*. **Síndrome de Burnout em enfermeiros na unidade de terapia intensiva**: uma revisão narrativa da literatura. Disponível em: <https://openrit.grupotiradentes.com/xmlui/bitstream/handle/set/1774/Artigo%20Final%20-%20FINAL.pdf?sequence=1>. Acesso em 26 jan. 2022.

BEZERRA, F. N., SILVA, T. M. da S.; RAMOS, V. P. Estresse ocupacional dos enfermeiros de urgência e emergência: Revisão Integrativa da Literatura. **Acta Paul Enfermagem**, v. 25, (Número Especial 2), p. 151-156, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/qdzwVdcsj6bFm73VLz4Pt8C/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 26 jan. 2022.

BORGES, E. M. N. *et al.*. Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospital de adultos. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, n. 27, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/wTJTghmjNdbnWHXscX4J8gH/?lang=pt&format=pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1.600, de 7 de julho de 2011**. Reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600\\_07\\_07\\_2011.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1600_07_07_2011.html). Acesso em 15 out. 2021.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria N° 1010, de 21 de maio de 2012**. Redefine as diretrizes para a implantação do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU 192) e sua Central de Regulação das Urgências, componente da Rede de Atenção às Urgências. Disponível em [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010\\_21\\_05\\_2012.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1010_21_05_2012.html). Acesso em 20 de out. 2021.

\_\_\_\_\_. **Manual instrutivo da Rede de Atenção às Urgências e Emergências no Sistema Único de Saúde (SUS)** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Especializada. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_instrutivo\\_rede\\_atencao\\_urgencias.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_instrutivo_rede_atencao_urgencias.pdf). Acesso em: 18 dez. 2021.

\_\_\_\_\_. **Resolução 510, de 07 de abril de 2016**. Ministério da Saúde. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 15 out. 2021.

\_\_\_\_\_. **Saúde do trabalhador e da trabalhadora**. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. 136 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 41). Versão preliminar eletrônica. Disponível em <http://renastonline.ensp.fiocruz.br/reursos/caderno-atencao-basica-41-saude-trabalhador-trabalhadora>>. Acesso em: 7 dez. 2021

\_\_\_\_\_. **Nota técnica N° 11/2019-CGMAD/DAPES/SAS/MS**. Esclarecimentos sobre as mudanças na Política Nacional de Saúde Mental e nas Diretrizes da Política Nacional sobre Drogas. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde Mental, Álcool e Outras Drogas. Disponível em: [http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota\\_tecnica\\_-](http://cetadobserva.ufba.br/sites/cetadobserva.ufba.br/files/nota_tecnica_-)

\_esclarecimentos\_sobre\_as\_mudancas\_da\_politica\_de\_saude\_mental.pdf. Acesso em: 20 out. 2021

\_\_\_\_\_. **Portaria nº 1.823, de 23 de agosto de 2012.** Institui a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora. Brasília: Diário Oficial da União, 2012. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823\\_23\\_08\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2012/prt1823_23_08_2012.html).

BOND, F. W. *et al.*. Propriedades psicométricas preliminares do Acceptance and Action Questionnaire - II - versão brasileira. **Terapia comportamental**, n. 42, p. 676-688, 2011.

BROLESE, D. F. *et al.*. Resilience of the health team in caring for people with mental disorders in a psychiatric hospital. **Revista Da Escola de Enfermagem da USP**, n. 51, p. 1-8, 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/vz5bRBz6qRqh6NPzbMQx8FD/?lang=en>. Acesso em: 26 jan. 2022.

BROOME, M. E. Integrative literature reviews for the development of concepts. In: Rodgers BL, Knafl KA, editors. **Concept development in nursing: foundations, techniques and applications**. Philadelphia (USA): W.B Saunders Company; 2000. p. 231-50.

CAI, H. *et al.*. Estratégias de impacto psicológico e enfrentamento da equipe médica de linha de frente em Hunan entre janeiro e março de 2020 durante o surto da doença coronavírus 2019 (COVID-19) em Hubei, China. **Med. Sci. Monit.**, n. 26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32291383/>. Acesso em 26 jan. 2022.

CARVALHO, C. P.; PINHEIRO, M. R. M. De igual para igual: a Educação pelos Pares como estratégia educativa, transformadora e emancipatória. **Cadernos UniFOA**, Volta Redonda, n. 38, p. 81-90, dez. 2018. Disponível em: <http://revistas.unifoa.edu.br/index.php/cadernos/article/view/2638/pdf>. Acesso em: 12 mar. 2023.

CASTRO, E. K. de; MASSOM, T.; DALAGASPERINA, P. **Estresse traumático secundário em psicólogos**. Rev. Psicol. Saúde, Campo Grande, v. 10, n. 1, p. 115-125, abr. 2018. Disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2177-093X2018000100009&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2177-093X2018000100009&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: em 22 de dez. de 2021.

CAVANAGH, N. *et al.*. Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. **Nursing Ethics**, v. 27, n. 3, p. 639–665, 2020. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0969733019889400>. Acesso em 26 jan. 2022

CECCONELLO, F.; ZOCHE, D.A. de A.; ASCARI, R. A. Panorama dos serviços de urgência e emergência na atenção à criança. **Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento**. [S. l.] v. 10, n. 16, pág. e457101623869, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i16.23869. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/23869>. Acesso em: 20 fev. 2022

CINGI, C. C.; EROGLU, E. Fadiga de compaixão em profissionais de saúde. **Osmangazi Journal of Medicine**, v. 41, n. 1, p. 58-71, 2019.

COETZEE, S. K.; KLOPPER, H. C. Fadiga da compaixão na prática de enfermagem: uma análise de conceito. **Enfermagem e Ciências da Saúde**, v. 12, n. 2, p. 235-243, 2010. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20602697/>. Acesso em: 26 jan. 2022.

COSTA, S. S. L. *et al.*. Estresse Traumático Secundário: Como interfere na atuação do profissional de enfermagem. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento**. Ano 06, Ed. 01, Vol. 07, pp. 38-56. Janeiro de 2021. ISSN: 2448-0959, Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/estresse-traumatico-secundario>, DOI: 10.32749/nucleodoconhecimento.com.br/saude/estresse-traumatico-secundario. Acesso de 26 jan.2022

CRAIGIE, M. *et al.*. A influência do efeito característico negativo e da satisfação da compaixão sobre a fadiga da compaixão nas enfermeiras australianas. **Trauma Psicol**, v. 8, n. 1, p. 88-97, 2016.

CRESWELL, J. W. **Investigação qualitativa e projeto de pesquisa**: escolhendo entre cinco abordagens (métodos de pesquisa). Porto Alegre: Penso, 2014.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. Porto Alegre: Penso, 2013.

CUNHA, A. P.; SOUZA, E. M.; MELLO, R. Os fatores intrínsecos ao ambiente de trabalho como contribuintes da síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental (Online)**, v.1, n.1, p. 29-32, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2012.v0i0.29-32>. Acesso em: 26 jan. 2022.

DALAI-LAMA. **A prática da benevolência e da compaixão**: seleção de artigos e entrevistas. Rio de Janeiro: Nova Era, 2002.

DANTAS, M. **Fadiga por compaixão** – o que sente quem cuida. 2021. Disponível em: <https://www.cremeb.org.br/index.php/noticias/artigo-fadiga-por-compaixao-o-que-sente-quem-cuida-consa-maira-dantas/>. Acesso em: 26 jan. 2022.

DASAN, S., *et al.*. Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. **Emerg Med J.**, v. 32, n. 8, p. 588-94, 2015. Disponível em: <http://emj.bmj.com/content/32/8/588.long>. Acesso em: 16 out. 2021

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 5th ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DELANEY, M. C. Caring for the caregivers: evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. **PLOS ONE**, v. 13, n. 11, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207261>. Acesso em: 20 nov. 2021.

DIRIK, D.; SAK, R.; ŞAHIN-SAK, I.T. Fadiga de compaixão entre obstetras e ginecologistas. **Current Psychology** (New Brunswick, NJ), p. 4247–4254, jun. 2021. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s12144-021-02022-w>. Acesso em: 26 jan. 2022.

DREISON, K. C. *et al.*. *Burnout* de trabalho em provedores de saúde mental: uma meta-análise de 35 anos de pesquisa de intervenção. **J. Occup. Health Psychol.**, v. 23, n.1, p. 18-30, jan. 2018.

DOSIL, M., *et al.*. Psychological symptoms in health professionals in Spain after the first wave of the COVID-19 pandemic. **Frontiers in Psychology**, dez. 2020. Disponível em: <<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsyg.2020.606121/full>>. Acesso em 26 jan. 2022.

DUARTE, J. PINTO-GOUVEIA, J. Eficácia de uma intervenção baseada em mindfulness nos sintomas de *burnout* e fadiga da compaixão das enfermeiras oncológicas: um estudo não randomizado. **Int J Nurs Stud**, 201(6); 64: 98-107.

\_\_\_\_\_. Empatia e sentimento de culpa vivenciados por enfermeiras: um estudo transversal de seu papel nos sintomas de esgotamento e fadiga por compaixão. **Enfermagem Aplicada Research**, v. 35, 2017, p. 42-47.

DUARTE, M. A. G. P. L. **A empatia e a compaixão como objectos de estudo na formação médica**: um paradigma de pensamento integrativo. Mestrado Integrado em Medicina Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2009. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21144/2/A%20empatia%20e%20a%20compaixo%20como%20objectos%20de%20estudo.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

FACCINI, A. M. INFLUÊNCIA DO ESTRESSE NA IMUNIDADE. **Revista Científica da FMC**. Vol. 15, nº 3, 2020. Disponível em: <http://www.fmc.br/ojs/index.php/RCFMC/article/view/312/235>. Acesso em: 26 mar. 2020.

FARIAS, M. K. *et al.*. As consequências da síndrome de *burnout* em profissionais de enfermagem: revisão integrativa. **Cadernos de graduação**, v. 4, n. 2, p. 259-270, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/fitsbiosauade/article/view/4550/2620>>. Acesso em: 26 mar. 2020.

FÉLIX, F. F. T. **A ênfase no mundo interno e na fadiga de compaixão na prática da Medicina Familiar**. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Escola de Ciências Sociais. Universidade de Évora, 2020. Disponível em: [https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27924/1/Mestrado-Psicologia\\_Clinica-Francisca\\_Ferreira\\_Teixeira\\_Felix.pdf](https://dspace.uevora.pt/rdpc/bitstream/10174/27924/1/Mestrado-Psicologia_Clinica-Francisca_Ferreira_Teixeira_Felix.pdf). Acesso em: 15 out. 2021.

FERREIRA, D. K. S.; MEDEIROS, S. M. de; CARVALHO, I. M. Sofrimento psíquico no trabalhador de enfermagem: uma revisão integrativa. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 1, p. 253-258, 2017.

FIGLEY, C. R. **Traumatization and comfort**: close relationships may be hazardous to your health. Keynote presentation at “Families and Close Relationships: Individuals in Social Interaction”. Conference held at the Texas Tech University. Lubbock, Tex., Feb. 1982.

\_\_\_\_\_. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In: C. R. FIGLEY (Org.). **Compassion fatigue**. Nova Iorque: Brunner/Mazel, 1995. p. 1-20.

\_\_\_\_\_. Um tratamento em 5 fases de estresse traumático familiar. **Journal of Traumatic Stress**, v. 1, n. 1, p. 79-91, 2002.

FIGLEY, C. R.; LUDICK, M. **Traumatização secundária e fadiga da compaixão**. In: SN Gold (Ed.). **N: fundamentos no conhecimento**. V.1. Associação Americana de Psicologia, 2017. p. 573-593.

FLAXMAN, P. E.; BOND, F. W. A randomised worksite comparison of acceptance and commitment therapy and stress inoculation training. 2010. **Behaviour Research and Therapy**, 48, 816-820. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1016/j.brat.2010.05.004>. Acesso em 26 jan. 2022.

FONSECA, C. I. N. da S. **Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência hospitalar**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2017. Disponível em: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/21098>. Acesso em: 26 jan. 2022.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio/jun. 2004.

GALVÃO, T. F.; ANDRADE, T. S.; HARRAD, D.P. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.2, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>

GARLET *et al.*. Finalidade do trabalho em urgências e emergências: concepções de profissionais. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, v.17, n.4. 2009, p. 1-7

GENTRY. E. Lutando contra a fadiga e o esgotamento da compaixão, desenvolvendo a resiliência emocional. **Journal of Oncology Navigation and Survivorship**. 2018.

GIL, A. C.. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GÓMEZ-URQUIZA, J. L. *et al.*. Prevalence of *burnout* syndrome in emergency nurses: a meta-analysis. **Critical Care Nurse**, v. 37, n. 5, oct. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28966203/>>. Acesso em 26 jan. 2022.

GREENBERG, N. *et al.*. Mental health of staff working in intensive care during covid-19. **Occupational Medicine**, [s. l.], v. 71, n. 2, p. 62– 67, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>. Disponível em: <https://academic.oup.com/occmed/article/71/2/62/6072139>. Acesso em: 16 dez. 2021

GRIBBEN, J. L. *et al.*. Uma análise transversal da fadiga da compaixão, *burnout* e satisfação da compaixão em médicos de emergência pediátrica nos Estados Unidos. 2019. **Medicina de Emergência Acadêmica**, v. 26, p. 732-743.

HALL, L. H. *et al.*. Healthcare Staff Wellbeing, *Burnout* and Patient Safety: a systematic review. **PLOS ONE**, jul. 2016. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0159015>>. Acesso em 26 jan. 2022.

HEGNEY, D. G. *et al.*. Compaixão satisfação, fadiga da compaixão, ansiedade, depressão e estresse em enfermeiras registradas na Austrália: estudo 1 resultados. **J Nurs Manag**, v. 22, n. 4, maio 2014, p. 506-518. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12160>. Acesso em: 26 jan. 2022.

HENRICH, N. J. *et al.*. Consequences of Moral Distress in the intensive care unit: a qualitative study. **Am J Crit Care**, v. 26, n. 4, jul, 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28668926/>. Acesso em 26 jan. 2022.

HIGGINS, J. T. *et al.*. Fatores associados ao *burnout* em enfermeiras de trauma. **J. Trauma Nurs**, n. 27, 2020, p. 319-326.

HINDERER, K. A. *et al.*. *Burnout*, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. **J Trauma Nurs**, n. 21, 2014, p. 160–169.

HIPÓLITO, M. C. V. Qualidade de vida no trabalho: avaliação de estudos de intervenção. **Revista brasileira de Enfermagem [Internet]**, v. 70, n. 1, 2016, p. 178-186. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/BxsFxTtvZdJjMtv4hdXC5Yx/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 21 set. 2021.

HONORATO, C. M. A.; MACHADO, F. C. A. Fatores desencadeantes do estresse laboral na emergência médica: uma revisão integrativa. **Revista Ciência Plural**, v. 5, n. 1, p. 52-70, jun. 2019. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/17945>. Acesso em 26 jan. 2022.

HOU, T. *et al.*. Apoio social e saúde mental entre profissionais de saúde durante o surto da doença de Coronavírus um modelo de mediação moderado. **PLOS ONE**, maio, 2020. Disponível em: <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0233831>. Acesso em: 26 jan. 2022.

HUNT, P.; DENIEFFE, S.; GOONEY M. Running on empathy: relationship of empathy to compassion satisfaction and compassion fatigue in cancer healthcare professionals. **Eur J Cancer Care (Engl)**, v. 28, n. 5, sep, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31222849/>. Acesso em 15 out. 2021.

IVICIC, R.; MOTTA, R. Variáveis associadas ao estresse traumático secundário em profissionais de saúde mental. **Traumatology**, v. 23, n. 2, 2017, p. 196-204. Disponível em: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Ftrm0000065>. Acesso em 26 jan. 2022.

JENKINS, S. R.; BAIRD, S. Estresse traumático secundário e trauma vicário: um estudo validacional. **J Estresse trauma**, v. 15, n. 5, out. 2002, p. 423-432. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12392231/>. Acesso em: 26 de jan. de 2022.

JENKINS, B.; WARREN, N. A. Concept analysis: compassion fatigue and effects on critical care nurses. **Critical Care Nursing Quarterly**, v. 35, 2012, p. 388-395. Disponível em: [https://journals.lww.com/ccnq/Abstract/2012/10000/Concept\\_Analysis\\_Compassion\\_Fatigue\\_and\\_Effects.12.aspx](https://journals.lww.com/ccnq/Abstract/2012/10000/Concept_Analysis_Compassion_Fatigue_and_Effects.12.aspx). Acesso em: 26 jan. 2022.

JILOU, V. *et al.* Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem [online]**. v. 74, n. 5, 2021. Disponível

em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/HQmdjXfGz4Ff4VDZZ8vMDhd/?lang=en>. Acesso em: 26 jan. 2022.

JOBE, J. A.; GILLESPIE, G. L.; SCHWYTZER, D. Uma pesquisa nacional de estresse secundário e produtividade no trabalho de enfermeiros de emergência no atendimento ao paciente de trauma. **Journal of Trauma Nursing**, v. 28, julho/agosto 2021, p 243-249. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34210944/>>. Acesso em 26 jan. 2022.

JOINSON, C. Lidando com a fadiga da compaixão. **Enfermagem**, v. 22, n. 4, 1992, p. 116–121. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1570090/>>. Acesso em 26 de jan. de 2022.

JUNIOR ARAÚJO, A.W. *et al.*. Por trás do profissional de saúde combatente, seres humanos ansiosos e sinais de estresse pós traumático Ansiedade e estresse pós traumático da COVID-19. **Brazilian Journal of Health Review**, Curitiba, v.4, n.4, p. 14912-14922 jul./aug. 2021. DOI:10.34119/bjhrv4n4-044 Disponível em: <file:///C:/Users/Josiane/Downloads/32755-84219-1-PB.pdf> Acesso em: dez. 2021

KABUNGA *et al.*. Prevalence and contextual factors associated with compassion fatigue among nurses in northern Uganda. **PLOS ONE**, v. 27, sep. 2021. p. 1-11. Disponível em: <file:///E:/journal.pone.0257833.pdf>. Acesso em 15 out. 2021.

KAHILL, S. Sintomas de esgotamento profissional: uma revisão das evidências empíricas. 1988. **Canadian Psychology / Psychologie canadienne**, v. 29, n. 3, p. 284-297. Disponível em: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2Fh0079772>. Acesso em: 22 jan. 2022.

KASHDAN, T. B.; ROTTENBERG, J. **Clinical Psychology Review**, v. 30, n. 7, nov. 2010, p. 865-878. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0272735810000413?via%3Dihub>. Acesso em: 22 jan. 2022.

KIM, K.; HAN, Y. KIM, J. S. Dilemas éticos das enfermeiras coreanas, valores profissionais e qualidade de vida profissional. **Ética em enfermagem**, v. 22, n. 4, 2015, 467-478.

KONDER, M. T.; O'DWYER, G. As Unidades de Pronto- Atendimento na Política Nacional de Atenção às Urgências. **Physis**, v. 25, n. 2, 2015, p. 525-45.

KUMAR, S. *Burnout* e médicos: prevalência, prevenção e intervenção. **Cuidados de Saúde**, v. 4, n. 3, 2016, p. 37-46. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/4/3/37>. Acesso em: 26 jan. 2022.

LABRAGUE J. L.; SANTOS, J. A. A. Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. **Applied Nursing Research**, v. 61, 2021. DOI: [10.1016/j.apnr.2021.151476](https://doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151476). Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189721000835?via%3Dihub#> Acesso em: 14 set. 2021.

LA CRUZ, S. P. *et al.*. Fatores relacionados à probabilidade de sofrer problemas de saúde mental em profissionais de emergência. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019.

LAGO, K. C. **Fadiga por compaixão: quando ajudar dói**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações). Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

\_\_\_\_\_. **Compaixão e trabalho: como sofrem os profissionais de saúde**. 2013. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações). Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/handle/10482/14514>. Acesso em: 26 jun. 2022.

LAGO, K. C.; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 2, abril-junho 2013, p. 213-221. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/vyz5Lg35SHqNZc83ZM39BPz/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 15 out. 2021.

LAZZARI, D. D.; JACOBS, L. G.; JUNGUE, W. Humanização da assistência na enfermagem a partir da formação acadêmica. **Rev. de Enfermagem da UFSM**, v. 2, Jan. 2012. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1034050>. Acesso em: 16 out. 2021.

LIMA, T. F. S. *et al.*. Dificuldades na coleta de gasometria arterial de pacientes obesos em uma unidade de pronto atendimento: relato de experiência. In: JORGE, W. J. (Ed). **Ciências da Saúde – Teoria e Prática** (pp. 563-576). Uniedusul: Maringá, 2020.

LITAM, S. D. A.; BALKIN, R. S. Moral injury in health-care workers during COVID-19 pandemic. **Traumatology**, v. 27, n. 1, 2021, p. 14–19. Disponível em: <https://doi.apa.org/fulltext/2020-91612-001.pdf>. Acesso em: 26 jan. 2022.

LONGUINIÈRE, A. C. F. de L.; 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, abr. 2018, p. 1961-1972. Disponível em: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2216-09732018000101961&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732018000101961&lng=en&nrm=iso). Acesso em: 21 nov. 2021.

LOPES, D. F.; SANTOS, R. B.; GIOTTO, A. C. Síndrome de *Burnout* e os seus efeitos sobre a vida dos profissionais de enfermagem da urgência e emergência. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 3, n. 1, p. 350-359, 2020.

LOYD, J.; BOND, F. W.; FLAXMAN, P. E. O valor da flexibilidade psicológica: examinando os mecanismos psicológicos que sustentam uma intervenção de terapia cognitivo-comportamental para o *burnout*. **Trabalhar. Stress**, v. 27, 2013, p. 181-199.

MACEDO, A. B. T. *et al.*. Estresse psicossocial e resiliência: um estudo em profissionais da enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, RS, v. 10, n. 25, 2020. p. 1-17. Disponível em: <https://lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/212391/001114886.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 26 jan. 2022.



MAIA, A. O. B.; GUIMARAES NETO, A. C. Resiliência de profissionais de saúde frente à COVID-19. **Rev. SBPH**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 147-161, jun. 2021. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582021000100014&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582021000100014&lng=pt&nrm=iso). Acesso em: 23 nov. 2021.

MAIA, A. *et al.*. A eficácia das estratégias de  *coping*  após um evento traumático: uma revisão sistemática. **E-Cadernos CES**, v. 25, 2016. Disponível em: <https://journals.openedition.org/eces/2058>. Acesso em: 16 nov. 2021.

MAIORANO, T. *et al.*. COVID-19: fatores de risco e papel protetor da resiliência e estratégias de enfrentamento para estresse de emergência e trauma secundário em equipes médicas e trabalhadores de emergência - um inquérito online. **Sustentabilidade**, v.12, n. 21, 2020. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2071-1050/12/21/9004>. Acesso em 26 jan. 2022.

MARCO, C. Post traumatic stress and stress disorders during the COVID 19 pandemic: Survey of emergency physicians. **Journal of the American College of Emergency Physicians Open**, [s. l.], v. 1, n. 6, 2020. DOI: 10.1002/emp2.12305. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33392568/>. Acesso em: 16 nov. 2021.

MARTINS, O. M. D.; *et al.*. O  *marketing*  social e a promoção de mudanças estruturais no aleitamento materno. **Revista de Administração de Empresas**, São Paulo, v. 54, n. 4, jul-ago 2014, p. 370-380. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rae/a/dZQQtbF9kddPssPvyb5Rf6J/>. Acesso em: 14 out. 2021.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Esgotamento do trabalho. **Revisão Anual de Psicologia**, v. 52, n. 1, p. 397-422, 2001. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/full/10.1146/annurev.psych.52.1.397>. Acesso em: 26 jan. 2022.

MASLACH, C.; LEITER, M. P. Novos insights sobre o esgotamento e os cuidados de saúde: estratégias para melhorar a civilidade e aliviar o esgotamento. **Med. Ensinar**, v. 39, 2017, p. 160–163.

MCCANN, L.; PEARLMAN, L. A. Constructivist self-development theory as a framework for assessing and treating victims of family violence. In: STITH, S.; WILLIAMS, M. B.; ROSEN, K. (eds.). **Violence Hits Home: comprehensive treatment approaches to domestic violence**. New York: Springer, 1991.

MCCANN, I. L.; PEARLMAN, L. A. Vicarious traumatization: a framework for understanding the psychological effects of working with victims. **Journal of Traumatic Stress**, v. 3, n. 1, 1990. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/jts.2490030110>. Disponível em 26 jan. 2022.

MEDEIROS-COSTA, M. E. *et al.*. O esgotamento profissional na enfermagem: uma análise da produção científica de teses e dissertações. **Rev. Enfer. UFPE on line**, Recife, v. 11, Supl. 4, abr. 2017, p. 1731-1744. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15272/18080>. Acesso em: 15 out. 2021.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

MERK, T. Compassion fatigue, compassion satisfaction & *burnout* among pediatric nurses. **Air medical journal**, v. 37, n. 5, 2018, p. 292-292.

MIORIN, J.D *et al.*. Prazer e sofrimento de trabalhadores de enfermagem de um pronto-socorro. **Texto contexto - enferm.** 2018, vol.27, n.2. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180002350015> . Acesso em: 21 out: 2021.

MOONEY, C. *et al.*. A preliminary analysis of compassion satisfaction and compassion fatigue with considerations for nursing unit specialization and demographic factors. 2017. **J Trauma Nurs**, v. 24, n. 3, p. 158-63. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28486320/>>. Acesso em 21 out. 2021.

MORRISON, L. E.; JOY, J. P. Estresse traumático secundário no departamento de emergência. **J Adv Nurs**, v. 72, 2016, p. 2894–2906. DOI: 10.1111/jan.13030 Disponível em: <http://eprints.gla.ac.uk/146964/1/146964.pdf> Acesso em: 20 dez. 2021.

MOTA, D. D. C. de F.; CRUZ, D. de A. L. da, PIMENTA, C. A. de. Fadiga: uma análise do conceito. **Acta Paulista de Enfermagem** [online], v. 18, n. 3, set. 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ape/a/QCpDw9L3jF8RYJjKsG8LDrL/?lang=pt>. Acesso em: 20 dez. 2021.

MUTHURI, R. N. D. K.; SENKUBUGE, F.; HONGORO, C. Determinants of happiness among healthcare professionals between 2009 and 2019: a systematic review. **Humanities and Social Sciences Communications**, [s. l.], v. 7, n. 98, p. 1-14, 2020. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41599-020-00592-x>. Acesso em: 15 de jan. de 2022.

NAS, E.; SAK, R. A new compassion scale for children and its psychometric properties. **Child Psychiatry Hum Dev.**, [s. l.], v. 52, p. 477-487, 2020. DOI: 1007/ s10578-020-01034-0. Disponível em: <https://link.springer.com/article/10.1007/s10578-020-01034-0>. Acesso em: 27 nov. 2021.

NOGUEIRA, L.M, *et al.*. Validação de tecnologia educacional sobre tuberculose para adolescentes. **Acta Paul Enfermagem**. V.35, 2022.DOI <http://dx.doi.org/10.37689/acta-ape/2022AO0379345>

O'CALLAGHAN, E. L. *et al.*. Satisfação da compaixão e fadiga da compaixão em enfermeiras de emergência australianas: um estudo transversal descritivo. **International Emergency Nursing**, v. 48, jan. 2020. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1755599X19300631?via%3Dihub>. Acesso em: 26 jan. 2022.

O'CONNOR, K.; NEFF, D. M.; PITMAN, S. *Burnout* em profissionais de saúde mental: uma revisão sistemática e meta-análise de prevalência e determinantes. **EUR. Psychiatry**, v. 53, 2018, p. 74-99. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.06.003> Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/european-psychiatry/article/burnout-in-mental->

[health-professionals-a-systematic-review-and-metaanalysis-of-prevalence-and-determinants/8DE6B29F7AD65E2442726CA8D1F7F876](https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/28842) Acesso em: 26 jan. 2022.

OLIVEIRA, E. B. *et al.* Estresse ocupacional e *burnout* em enfermeiros de um serviço de emergência: a organização do trabalho. **Rev enferm UERJ**, v. 25, 2017. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/28842>. Acesso em: 26 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Objetivos de Desenvolvimento sustentável. **Plataforma agenda 2030 (Org.)**, 2019. Disponível em: <http://www.agenda2030.org.br/ods/3/>. Acesso em: 20 out 2021.

\_\_\_\_\_. Transformando o nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. **Resolução A/RES/70/1** [internet]. Nova Iorque: UN; 2015. [acesso em 2019 mar 15]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>  
» <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/10/agenda2030-pt-br.pdf>

ORGANIZAÇÃO INTERNACIONAL DO TRABALHO. Conferência Internacional do Trabalho. Convenção (no 190) sobre Violência e Assédio. Genebra: 108 seção CIT, 21 jun. 2019. Disponível em: [https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilolisbon/documents/genericdocument/wcms\\_729459.pdf](https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilolisbon/documents/genericdocument/wcms_729459.pdf). Acesso em 20 out 2021.

\_\_\_\_\_. *Burnout* um “fenômeno ocupacional”: **Classificação Internacional de Doenças**. 2019. Disponível em: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/). Acesso em 26 jan. 2022

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **World Alliance for Patient Safety: forward programme**. Genebra, 2010.

OUZZANI, M, et al. A. Rayyan - a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**. 2016; v.5, p. 210, 2016. DOI: [https://10.1186/s13643-016-0384-4](https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4)

PADILHA, A. S. C. Criando materiais digitais interativos : livros digitais e infográficos. **Revista Tecnologias na Educação**. n. 1, v. 15. 2016. Disponível em: <http://tecedu.pro.br/wp-content/uploads/2016/08/Texto5-Criando-materiais-digitaisinterativo.pdf>. Acesso em: 24 mar. 2022

PASQUALI, L. Testes referentes a construto: Teoria e modelo de construção. In: **Instrumentação psicológica: Fundamentos e práticas**. Porto Alegre: Artmed, 2010, p. 165-198.

PEARLMAN, L. A.; SAAKVITNE, K. W. Treating therapists with vicarious traumatization and secondary traumatic stress disorders. In: FIGLEY, C. R. (Ed.). **Compassion fatigue**. New York: Brunner/Mazel, 1995. p. 150–177.

PEHLIVAN, T.; GÜNER, P. Compassion fatigue: the known and unknown. **Journal of Psychiatric Nursing**, v. 9, n. 2, 2018, p. 129-134. Disponível em: [https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-25582-REVIEW-PEHLIVAN\[A\].pdf](https://jag.journalagent.com/phd/pdfs/PHD-25582-REVIEW-PEHLIVAN[A].pdf)>. Acesso em 26 jan. 2022.

PEREIRA, A. M. Resiliência, personalidade, stress e estratégias de *coping*. In: TAVARES, J. (Org.). **Resiliência e educação: exemplo das escolas do amanhã**. 2<sup>a</sup> ed. São Paulo: Appris, 2001.

PÉREZ-CHACÓN, M. *et al.*. Sensory processing sensitivity and compassion satisfaction as risk/protective factors from *Burnout* and compassion fatigue in healthcare and education professionals. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 2, 2021. Disponível em: <<https://www.mdpi.com/1660-4601/18/2/611>>. Acesso em 26 jan. 2022.

PETERS, E. Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. **Nurs Forum**, [s. l.], v. 53, p. 466–480, 2018. DOI: 10.1111/nuf.12274. Disponível em: <https://doi-org.ez74.periodicos.capes.gov.br/10.1111/nuf.12274>. Acesso em: 22 set 2021.

POLIT, D. F.; BECK, C.T. The content validity index: do you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**. 2006 Oct; 29(5): 489-97.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; OWEN, S. V. O CVI é um indicador aceitável de validade de conteúdo? Avaliação e Recomendações. **Research in Nursing & Health**. V.30, 459-467, 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1002/nur.20199>. Acesso em 26 jan. 2022.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem**. 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

POTTER, P. *et al.*. Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. **Oncol Nurs Forum**, v. 40, n. 2, 2013, p. 180-187. Disponível em: <<https://onf.ons.org/onf/40/2/evaluation-compassion-fatigue-resiliency-program-oncology-nurses>>. Acesso em 26 jan. 2022.

PÚRPORA, C. *et al.*. Assédio moral no local de trabalho e risco de *burnout* em enfermeiras: um protocolo de revisão sistemática. **JBI Database Syst. Rev. Implement**, v. 17, 2019, p. 2532–2540.

QUEIROZ, A. P. de O. **Integração da informação na rede de urgência e emergência**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). – Setor de Ciências da Saúde. Universidade Federal do Paraná, 2015. Disponível em: <https://acervodigital.ufpr.br/bitstream/handle/1884/41795/R%20-%20D%20-%20ANDRESSA%20PAOLA%20DE%20OLIVEIRA%20QUEIROZ.pdf?sequence=2&isAllowed=y>. Acesso em: 15 out. 2021.

RAMOS, M. R. As mídias digitais e seu potencial de comunicação: uma revisão integrativa sobre ferramentas para apresentações multimídia no ensino. **Revista Temática**, v. 12, n. 12, dez 2016. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/tematica/article/view/32074>. Acesso em 15 out. 2021.

RATROUT, H. F.; HAMDAN-MANSOUR, A. M. Estresse traumático secundário entre enfermeiros de emergência: Prevalência, preditores e consequências. **Int J Nurs Pract**. V. 26, 2020.

- REMÉGIO, W.; RIVERA, R.R.; GRIFFIN, M.Q.; FITZPATRICK, J.J. The Professional Quality of Life and Work Engagement of Nurse Leaders. **Nurse Leaders.**, v.19, n01, p.95-100, 2020. Disponível em: [https://www.nurseleader.com/article/S1541-4612\(20\)30211-1/pdf](https://www.nurseleader.com/article/S1541-4612(20)30211-1/pdf). Acesso em: 27 out. 2021.
- RODEN-FOREMAN, J. W. *et al.*. Estresse traumático secundário em médicos de emergência. **Cogn Behav Ther**, v. 46, n. 6, nov. 2017, p. 522-532. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/16506073.2017.1315612>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- RODRIGUES, C. C.; SANTANA, J. R.; PEREIRA, S. F. Análise de conteúdo da obra fadiga por compaixão, de Kennyston Lago e Wanderley Codo: sob o olhar da enfermagem. **Pesquisa e Ação**, v. 3, n. 1, maio 2017. Disponível em: <https://revistas.brazcubas.br/index.php/pesquisa/article/download/268/411/>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- ROZO, J. A. *et al.*. **Situational factors associated with burnout among emergency department nurses**. 2017. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/2165079917705669>. Acesso em: 15 out. 2021.
- RUBACK, S. P. *et al.*. Estresse e Síndrome de *Burnout* em Profissionais de Enfermagem que Atuam na Nefrologia: uma revisão integrativa. **Rev Fund Care Online**, v. 10, n. 3, jul./set. 2018, p. 889-899. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i3.889-899>>. Acesso em: 10 nov. 2021.
- RUBIN, G. *et al.*. Reações psicológicas e comportamentais aos atentados em Londres em 7 de julho de 2005: levantamento transversal de uma amostra representativa de londrinos. **BMJ**, aug 2005, p. 1-7. Disponível em: <https://www.bmj.com/content/early/2004/12/31/bmj.38583.728484.3A>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- SACCO, T. L.; *et al.*. Satisfação de Compaixão e Fadiga de Compaixão entre Enfermeiros de Cuidados Críticos. **Crit. Care Nurse**, v. 35, n. 4, 2015, p. 32-42. Disponível em: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article-abstract/35/4/32/3479/Compassion-Satisfaction-and-Compassion-Fatigue?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- SACCO, T. L.; COPEL, L. C. Compassion satisfaction: a concept analysis in nursing. **Nursing Forum**, v. 53, n. 1, 2018, p. 76-83. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28662300/>>. Acesso em 26 jan. 2022.
- SANTARONE, K.; MCKENNY, M; ELKBULI, A. Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. **American Journal of Emergency Medicine**, [s. l.], v. 38, n. 7, p. 1530-1531, 2020. DOI: 10.1016Zj.ajem.2020.04.030. Disponível em: <https://doi-org.ez74.periodicos.capes.gov.br/10.1016Zj.ajem.2020.04.030>. Acesso em: 13 set 2021.
- SANTOS, A. G. dos. **Fadiga por compaixão, síndrome de *Burnout* e a satisfação por compaixão em profissionais de enfermagem**. 2018. 82 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.

- SANTOS, J. L. G. dos *et al.*. INTEGRAÇÃO ENTRE DADOS QUANTITATIVOS E QUALITATIVOS EM UMA PESQUISA DE MÉTODOS MISTOS. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2017, v. 26, n. 3 Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/tce/a/cXFB8wSVvTm6zMTx3GQLWcM/?lang=pt&format=html#.I>> doi.org/10.1590/0104-07072017001590016. Acesso em 10 nov. 2021
- SAROSI, A. *et al.*. A cross-sectional analysis of compassion fatigue, *burnout*, and compassion satisfaction in pediatric surgeons in the U.S. **J Pediatr Surg**, v. 56, n. 8, p. 1276-1284, 2021. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33589141/>>. Acesso em 26 jan. 2022.
- SAURA, A. P. N. S. *et al.*. Fadiga e satisfação por compaixão em profissionais oncológicos: revisão integrativa. *Revista Bioética*, v. 31, p. e3073PT, 2023.
- SHALEV, A.; LIBERZON, I.; MARMAR, C. Post-Traumatic Stress Disorder. **The New England Journal of Medicine**, [s. l.], v. 376, n. 25, p. 2459-2469, 2017. DOI: 10.1056/NEJMra1612499. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28636846/>. Acesso em: 10 dez. 2021.
- SHOJI, K.; *et al.*. O que vem primeiro, esgotamento profissional ou estresse traumático secundário? Resultados de dois estudos longitudinais dos Estados Unidos e da Polônia. **PLOS ONE**, v. 10, n. 8, 2015, p. 1-15. Disponível em: <https://doi-org.ez74.periodicos.capes.gov.br/10.1371/journal.pone.0136730>>. Acesso em: 22 jan. 2022
- SILVA, S.D.; *et al.*. A liderança do enfermeiro no contexto dos serviços de urgência e emergência. **Rev. Eletr. Enf.** [Internet]. 2014 jan/mar;16(1):211-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v16i1.19615>. Acesso em: 25 de out. 2021.
- SINCLAIR, S.; *et al.*. Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. **Int J Nurs Stud**, v. 69, 2017, p. 9-24. Disponível em: <https://aacnjournals.org/ccnonline/article-abstract/35/4/32/3479/Compassion-Satisfaction-and-Compassion-Fatigue?redirectedFrom=fulltext>. Acesso em: 26 jan. 2022.
- SLATTEN, L. A.; CARSON, K. D.; CARSON, P. P. Compassion Fatigue and *Burnout*: what managers should know. **Health Care Manag** (Frederick), v. 39, n. 4, oct/dec 2020, p. 181-189. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33079770/>>. Acesso em: 22 de jan. de 2022.
- SORENSEN, C. *et al.*. An evolutionary concept analysis of compassion fatigue. **J Nurs Scholarsh**, v. 49, n. 5, 2017, p. 557-563. Disponível em: <https://sigmapubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12312>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- SOUSA, L. M., PAÚL, C.; QUEIRÓS, C. **Fadiga por compaixão, burnout e conflito trabalho-família em profissionais de saúde**. 2020. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/126731>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- SOUSA, T.C. de.; MORAIS, Y.K.T.; VENTURA, P.L. Elaboração de um e-book sobre exercícios em casa para fadiga em mulheres meteorológicas. **Pesquisa, Sociedade e**

**Desenvolvimento**, [S. l.], v. 10, n. 9, pág. e25410917933, 2021. DOI: 10.33448/rsd-v10i9.17933. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/17933>. Acesso em: 17 de maio. 2022.

SOUZA, C. G. V. M. de *et al.*. Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em Unidades de Terapia Intensiva. **Estud. psicol. (Natal)**, Natal, v. 24, n. 3, p. 269-280, set. 2019. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X2019000300005&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000300005&lng=pt&nrm=iso)>. DOI: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190028>. Acesso em: 22 fev. 2022

SOUZA, K.H.J.T. *et al.*. Humanização nos Serviços de Urgência e Emergência: contribuições para o cuidado de enfermagem. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 40. doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180263>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rgenf/a/PX7vJwFyrRTsVm3jgMk8rRN/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em: 22 jan. 2022

SOUZA, M. T. de.; SILVA, M. D. da.; CARVALHO, R. de. Revisão integrativa: o que é e como fazer. **einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 102-106, mar. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/s1679-45082010rw1134>

SOUZA, G. S. de. **Editoração de livros: a parceria entre bibliotecário e editor**. 2017. 34 f. TCC (Graduação) - Curso de Biblioteconomia, Universidade Federal do Pará, Belém, 2017.

STAMM, B. H. **Manual Pro-QOL: Escala de Qualidade de Vida Profissional: Escalas de Satisfação por Compaixão, Esgotamento e Fadiga por Compaixão/Trauma Secundário**. Baltimore: MD Sidran Press, 2005.

\_\_\_\_\_. **The concise manual for the professional quality of life scale** (2nd ed.). Eastwoods, 2010. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/340033923\\_The\\_Concise\\_ProQOL\\_Manual\\_The\\_concise\\_manual\\_for\\_the\\_Professional\\_Quality\\_of\\_Life\\_Scale\\_2\\_nd\\_Edition](https://www.researchgate.net/publication/340033923_The_Concise_ProQOL_Manual_The_concise_manual_for_the_Professional_Quality_of_Life_Scale_2_nd_Edition)

SULLIVAN, C. E. *et al.*. Reducing compassion fatigue in inpatient pediatric oncology nurses. **Oncol Nurs Forum**, v. 46, n. 3, 2019, p. 338-347. Disponível em: <https://onf.ons.org/onf/46/3/reducing-compassion-fatigue-inpatient-pediatric-oncology-nurses>>. Acesso em 16 nov. 2021.

TABOSA, M. P. O.; CORDEIRO, A. T. Estresse ocupacional: análise do ambiente laboral de uma Cooperativa de Médicos de Pernambuco. **Recape – Revista de carreiras e pessoas**, v. 8, n. 2, maio/agosto 2018, p. 282-303. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ReCaPe/article/view/35197/25376>. Acesso em: 26 jan. 2022.

TEIXEIRA, E.; MOTA, V. M. S. S. **Tecnologias educacionais em foco**. 1. ed. São Caetano Sul, SP: Difusão Editora, 2011.

TEIXEIRA, P. Uma proposta de tipologia para pesquisas de natureza interventiva. **Ciênc. Educ** v. 23, n. 4, p. 1055-1076, Dez, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1516-731320170040013>.

TEIXEIRA, G. S. *et al.*. Qualidade de vida no trabalho e estresse ocupacional da enfermagem em unidade de pronto atendimento. **Texto Contexto Enferm** [Internet], v. 28, 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/6TxMDpzqW3Zd4VS7pKJzH8K/?lang=en>. Acesso em: 05 nov. 2021.

TORRES *et al.*. Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. **Psicologia, saúde & doenças**, 2019, 20(3), 670-681 ISSN - 2182-8407 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde – SPPS. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd20031>. Acesso em: 04 nov.2021.

TUNA, R.; BAYKAL, Ü. A relação entre estresse no trabalho e níveis de *burnout* em enfermeiras oncológicas. **Ásia-Pacífico Jornal de Oncologia Enfermagem**, v. 1, n.3, p. 33-39, 2014.

WEINTRAUB, A. S. *et al.*. Uma análise transversal da fadiga da compaixão, esgotamento e satisfação da compaixão em médicos de hematologia-oncologia pediátrica nos Estados Unidos. 2014. **Journal of Pediatric Hematology/Oncology**, v. 42, n. 1.

WENTZEL, D; COLLINS, A; BRYSEWICZ, P. Descrevendo a fadiga da compaixão a partir da perspectiva de enfermeiras oncológicas em Durban, África do Sul. **Health SA**, v. 15, n. 24, 2019. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31934438/>. Acesso em 16 nov 2021.

WHITEBIRD, R. R. *et al.*. *Burnout*, compassion fatigue, and mental health in hospice workers in Minnesota. **J Palliat Med.**, v. 16, n. 12, 2013, p. 1534-1539. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jpm.2013.0202>. Acesso em: 26 jan. 2022.

WHITTEMORE, R. Combining evidence in nursing research: methods and implications. **Nurs Res**. 2005 Jan-Feb; 54(1):56-62

WHITTEMORE, R; KNAFL, K. The integrative review: update methodology. **J Adv Nurs**.2005; 52: (5) 546-53

WU, K., WEI, X. Analysis of Psychological and Sleep Status and Exercise Rehabilitation of Front-Line Clinical Staff in the Fight against COVID-19 in China. **2020 Medical science monitor basic research**, 26, e924085. Disponível em: <https://doi.org/10.12659/MSMBR.924085>. Acesso em: 26 de jan. de 2022.

XIANG, Q. *et al.*. Systematic review with meta analysis: The association between post traumatic stress disorder and irritable bowel syndrome. **Journal of Gastroenterology and Hepatology**, [s. l.], v. 34, n. 1, p. 68-73, 2019. DOI: 10.1111/jgh.14446. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jgh.14446>. Acesso em: 12 dez. 2021.

XIE, W.; *et al.*. Os níveis, prevalência e fatores relacionados da fadiga da compaixão entre enfermeiros de oncologia: uma revisão sistemática e meta-análise. **Journal of Clinical**



**Nursing**, [s. l.], v. 30, p. 615-632, 2021. DOI: [10.1111/jocn.15565](https://doi.org/10.1111/jocn.15565). Disponível em: <https://doi-org.ez74.periodicos.capes.gov.br/10.1111/jocn.15565>. Acesso em: 20 out. 2021.

YODER, E. A. Fadiga de compaixão em enfermeiras. **Appl Nurs Res**, v. 23, 2010, p. 191-197.

YU, H; QIAO, A.; GUI, L. Predictors of compassion fatigue, *burnout*, and compassion satisfaction among emergency nurses: A cross-sectional survey. **Int Emerg Nurs**, v. 55, mar. 2021. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33434857/>. Acesso em: 15 out. 2021.

ZHANG, Y. *et al.*. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: a correlative meta-analysis. **Medicine (Baltimore)**, [s. l.], v. 97, n. 26, 2018. DOI: [10.1097/MD.00000000000011086](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000011086). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29952947/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

\_\_\_\_\_. Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta analysis. **Journal of Nursing Management**, [s. l.], v. 26, n. 7, p. 810-819, 2018. DOI: [10.1111/jonm.12589](https://doi.org/10.1111/jonm.12589). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30129106/>. Acesso em: 20 dez. 2021.

## APÊNDICE I – ARTIGO ORIGINAL<sup>15</sup>

### Fadiga por compaixão em profissionais de serviços de urgência e emergência

#### RESUMO

**Objetivo:** avaliar o nível de fadiga por compaixão em profissionais de saúde que atuam em serviços de urgência e emergência e sua associação com as características socioprofissionais. **Método:** pesquisa transversal, com 186 profissionais de serviços de urgência e emergência realizada nos anos de 2022 e 2023. Utilizou-se questionário e escala *Professional Quality of Life Scale 5*. Os dados passaram por estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** evidenciou-se maiores médias de Satisfação por compaixão, seguidas do Burnout e do Estresse traumático secundário. Idade e número de filhos associaram-se à Satisfação por compaixão, sendo quanto maior a idade e número de filhos, maiores os escores para esta. Estas variáveis e os anos de experiência na área da saúde foram inversamente significativos para os escores de Burnout. Ainda, quanto maior o nível de escolaridade, menores os escores para o Estresse Traumático Secundário. **Conclusão:** evidenciou-se a vulnerabilidade aos fenômenos pesquisados e sua relação com o perfil do socioprofissional. Abordagem da Fadiga por compaixão e ações preventivas ao estresse e ao esgotamento são necessárias para promover a satisfação.

**DESCRITORES:** Fadiga por Compaixão; Serviços Médicos de Emergência; Pessoal de Saúde; Saúde Ocupacional; Riscos Ocupacionais.

#### INTRODUÇÃO

Os serviços de saúde são considerados locais que exponenciam diversas ameaças à saúde dos trabalhadores, entre elas destacam-se a exposição aos riscos psicossociais relacionados à concepção, organização e gestão do trabalho <sup>(1)</sup>. A complexidade deste setor e os desafios de prestar assistência de qualidade colocam o profissional em um nível elevado de estresse, o que favorece, dentre outros agravos, a Fadiga por Compaixão (FC) <sup>(2)</sup>. Esta pode ser caracterizada como um estado de exaustão biológica, psicológica e social, resultante do processo de cuidar daqueles que sofrem <sup>(3)</sup>. Segundo pesquisadores, o resultado da combinação de Burnout (BO), Estresse Traumático Secundário (ETS) e reduzida Satisfação por Compaixão (SC), resulta na FC <sup>(3)</sup>.

Dentre estes aspectos, o BO pode ser definido como um fenômeno ocupacional causado por altos níveis de estresse, vivenciados em um longo prazo e administrados sem

---

<sup>15</sup> Manuscrito em análise na Revista de Enfermagem da USP, em processo de avaliação por pares.

sucesso, causando o estado de exaustão emocional, despersonalização e sentimentos de incompetência <sup>(4)</sup>. Já o ETS é caracterizado como uma síndrome ocupacional oriunda do estresse, causado pela exposição a incidentes vivenciados por outra pessoa <sup>(3)</sup>. A SC é conceituada como a gratificação proporcionada pelo ato de cuidar de pessoas em situações de sofrimento. Quando os profissionais atuantes nos serviços de saúde sentem-se valorizados e estão satisfeitos com suas relações interpessoais e laborais, a SC atua como um fator protetor da FC <sup>(3,5)</sup>.

Estudo mostrou índices elevados de FC, que afetam 52,55% dos profissionais atuantes nos serviços de saúde. Além disso, o BO totalizou 51,98% e a SC, 47,55%, respectivamente <sup>(6)</sup>. Revisão integrativa incluindo mais de 28 mil enfermeiros de 11 países, mostrou que os níveis do fenômeno aumentaram de forma gradual nos últimos 10 anos <sup>(7)</sup>. Uma segunda revisão sistemática, que incluiu 71 artigos, mostrou que o fenômeno existe em diversos grupos e especialidades, e pode ser medido com sucesso ao se utilizar a ferramenta ProQOL <sup>(8)</sup>.

Entre as consequências mais citadas na literatura, a FC causa a redução da capacidade e interesse dos profissionais em atuar de modo empático diante de situações de sofrimento alheio, sendo considerado este o “custo de cuidar” <sup>(9)</sup>, podendo impactar no desempenho profissional e colocar em risco a segurança do paciente <sup>(10)</sup>.

Com a atual situação da pandemia causada pela doença por coronavírus (Covid-19), o cenário se agravou, com a intensificação dos fatores estressores. Nesse sentido, a condição se divide em doença real, causada pelo vírus, e o sofrimento secundário, causado por inúmeros outros fatores <sup>(10)</sup>. Devido às necessidades imediatas causadas pelo primeiro fator, a saúde mental dos trabalhadores, passa a permanecer em segundo plano <sup>(11)</sup>. Na medida em que estes profissionais experienciam um novo conjunto de circunstâncias causadas pelo ETS, a ocorrência da FC aumenta e a satisfação no trabalho diminui <sup>(10)</sup>.

Dentre os profissionais mais afetados, destacam-se os atuantes nos serviços de urgência e emergência, que diariamente deparam-se com situações clínicas estressantes, incluindo eventos de violência, acidentes, traumas e mortes <sup>(12)</sup>. Além disso, são esses mesmos profissionais que, por vezes, precisam lidar e transmitir notícias ruins aos acompanhantes e familiares, gerando um novo fator de estresse <sup>(12)</sup>, colocando-os vulneráveis à FC.

Cabe destaque que a FC é um fenômeno ainda pouco investigado mundialmente, porém pode ser considerado uma das principais ameaças à saúde mental dos profissionais atuantes neste cenário <sup>(9,13)</sup>. Revisão integrativa com 79 artigos mostrou diminuição de estudos relacionados à temática nas Américas e a ausência de estudos atuais publicados no Brasil, o

que evidenciou que nos últimos anos, as investigações desenvolveram-se basicamente no contexto internacional <sup>(7)</sup>. Ainda, justifica-se a investigação por compreender que o acesso e a qualidade ao e do atendimento de emergência, respectivamente, são parte essencial do sistema de saúde, e melhorar o acesso a esses serviços é fundamental para reduzir as disparidades globais e proporcionar maior qualidade no atendimento em diferentes contextos clínicos <sup>(14-15)</sup>. Contudo, isso passa pela preocupação com a saúde dos trabalhadores que atuam nesses cenários, sendo os contextos diferentes em cada país.

Assim, questionou-se: quais os níveis de FC entre os profissionais dos serviços de urgência e emergência e emergência e quais variáveis influenciam esse fenômeno? O objetivo do estudo é avaliar o nível de FC em profissionais de saúde que atuam em serviços de urgência e emergência sua associação com as características socioprofissionais.

Necessário salientar que a temática é de interesse da equipe de pesquisadores do “*Health Work International Project*” (HWOPI) que envolve pesquisadores de outros dois países e que integra o *Center for Health Technology and Services Research*.

## MÉTODOS

### *Desenho do estudo*

Pesquisa quantitativa, descritiva e transversal.

### *Local, População e Critérios de seleção*

O cenário de estudo foram serviços que contemplam a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) da região Oeste de Santa Catarina, no Sul do Brasil. No Brasil, a Rede de Atenção às Urgências e Emergências (RUE) é uma rede complexa pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, incluiu-se:

**Cenário I** - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU);

**Cenário II** - Unidades de Pronto Atendimento (UPA 24h) e o Conjunto de Serviços de Urgência 24 horas, ou seja, uma UPA e um Pronto Atendimento (PA);

**Cenário III** - Atenção Hospitalar, sendo caracterizado pelos serviços de urgência e emergência de dois hospitais (HA), um para atendimento de referência no SUS aos adultos, e um de referência do público infantil (HC).

Como critérios de inclusão dos participantes utilizou-se: atuar como médico, enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem em um dos cenários de interesse; com pelo menos três meses de experiência no exercício profissional. Foram excluídos os profissionais afastados por qualquer motivo, no período da coleta de dados.

Para a definição dos participantes do estudo, primeiramente, buscou-se a população elegível, sendo identificado um total de 260 profissionais (sendo 99 médicos, 46 enfermeiros, 62 técnicos de enfermagem e 53 auxiliares de enfermagem). Foi considerado 95% de confiança e erro amostral de 5%, sendo assim, a amostra foi calculada em 161 participantes. Toda a população elegível foi convidada a participar do estudo, sendo que 186 profissionais aceitaram o convite e responderam ao questionário.

### *Coleta de dados*

Os dados foram coletados nos cenários investigados, por membro da equipe de pesquisadores, mediante protocolo de condução da pesquisa, no período de julho de 2022 a janeiro de 2023. Esta iniciou-se com agendamento prévio, apresentação do estudo e aceite mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias. Na sequência, os participantes responderam um questionário socioprofissional contendo informações como (idade, sexo, cor da pele, escolaridade, situação conjugal, quantitativo de filhos, anos de experiência na área da saúde, tempo na instituição, setor de trabalho, função, especialização, carga horária semanal, turno de trabalho, tipo de escala de plantão, tipo de vínculo empregatício, e se atua em outra instituição). E ainda, a Escala ProQOL5 (*Professional Quality of Life Scale*)<sup>(16)</sup>, autopreenchida, versão Portuguesa traduzida e adaptada para a população brasileira<sup>(17)</sup>. Esta escala é composta por 30 itens, subdivididos em três subescalas, cada uma delas formada por dez itens, que avaliam três fenômenos distintos: a SC, o BO e o ETS, fenômenos estes, que compõe a FC, avaliando os efeitos negativos (FC) e positivos (SC)<sup>(18)</sup>. A FC resulta de elevado BO e elevado ETS. Os itens são respondidos utilizando-se uma escala *likert*, que varia de 1 (Nunca) a 5 (Muito frequentemente). Optou-se por essa escala, pois tem sido, atualmente, uma das mais utilizadas para avaliar a FC, sendo do interesse dos pesquisadores, uma vez que integra o componente positivo de SC e não apenas o componente negativo.

### *Análise e tratamento dos dados*

Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva e inferencial com auxílio do *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 28. Os achados foram apresentados em frequências absolutas e relativas e a medidas de tendência central como a média, mediana, máximo, mínimo e o desvio padrão. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson, o teste paramétrico t Student para amostras independentes e o teste não paramétrico de Mann-Whitney. Assumiu-se o limite de significância de  $p < 0,05$ .

Para o cálculo dos pontos de corte da ProQOL5, transformaram-se os valores primários das subescalas em escores<sup>(16)</sup>. A reconversão dos valores primários forçada para obter  $M=50$  e  $DP=10$  possibilita a comparação entre os valores das três dimensões e a comparação com outros estudos.

### *Aspectos éticos*

A pesquisa seguiu a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que envolvem pesquisas com seres humanos, o projeto foi submetido à Comissão de Ética em Pesquisa, aprovado pelo parecer nº 5.501.440/2022, e utilizou-se como instrumento de consentimento o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após aprovação, os pesquisadores passaram por treinamento para condução do estudo, considerando a dinâmica dos serviços e os cuidados sanitários.

## **RESULTADOS**

Participaram do estudo 186 profissionais, sendo 49 médicos (26,3%), 50 enfermeiros (26,9%), 39 técnicos de enfermagem (21,0%) e 48 auxiliares de enfermagem (25,8%), os quais integram uma população adulta jovem, majoritariamente do sexo feminino, com companheiro e filhos. A tabela 1 detalha o perfil dos profissionais da Rede de Urgência e Emergência participantes da pesquisa.

Tabela 1 – Caracterização dos participantes (n = 186) - Região oeste, Santa Catarina, Brasil, 2023.

<b>Variáveis</b>	<b>n(%)</b>
<b>Idade (anos) – média ± DP</b>	39,0 ± 9,7*
<b>Sexo</b>	n(%)
Masculino	52 (28,0)

Feminino	134 (72,0)
<b>Cor da pele</b>	n(%)
Negra	2 (1,1)
Parda	34 (18,3)
Branca	147 (79,0)
Outra	3 (1,6)
<b>Escolaridade</b>	n(%)
Ensino médio	60 (32,3)
Ensino superior	50 (26,9)
Especialização	73 (39,2)
Mestrado	3 (1,6)
<b>Situação conjugal</b>	n(%)
Sem companheiro	68 (36,6)
Com companheiro	118 (63,4)
<b>Possui filhos</b>	n(%)
Não	71 (38,2)
Sim	115 (61,8)
<b>Número de filhos</b> – mediana (P25 – P75)	1 (0 – 2)
<b>Anos de experiência na área da saúde</b> – mediana (P25 – P75)	10 (5 – 20)
<b>Tempo na instituição (anos)</b> – mediana (P25 – P75)	4 (1 – 8)
<b>Setor de trabalho</b>	n(%)
UPA	68 (36,6)
SAMU (UBS)	8 (4,3)
SAMU (USA)	15 (8,1)
SAER	1 (0,5)
PA	44 (23,7)
PS Hospital Infantil	20 (10,8)
PS Hospital Adulto	30 (16,1)
<b>Função</b>	n(%)
Auxiliar de Enfermagem	48 (25,8)
Enfermeiro	50 (26,9)
Médico	49 (26,3)
Téc. em Enfermagem	39 (21,0)
<b>Carga horária semanal (horas totais)</b> – média ± DP	40,8 ± 17,6
<b>Turno de trabalho</b>	n(%)
Manhã	42 (22,6)
Tarde	28 (15,1)
Noite	69 (37,1)
Outro*	47 (25,3)
<b>Tipo de vínculo empregatício</b>	n(%)
Concurso público/Emprego público	93 (50,0)
CLT	63 (33,9)
Emergencial	7 (3,8)
Contrato seletivo	23 (12,4)
<b>Trabalha em outra instituição</b> – n(%)	84 (45,2)
<b>Horas semanais em outra instituição</b> – média ± DP	34,0 ± 15,9

\* 11 casos de manhã, tarde e noite (5,9%), 2 casos de tarde e noite (1,1%), 13 casos de manhã e tarde (7,0%), 19 casos de escala 12/36 sem turno definido (10,2%) e 2 não responderam (1,1%). ± Desvio Padrão

Na tabela 2, é possível observar os resultados da aplicação do questionário PROQOL 5-BR.

Tabela 2 - *Professional Quality of Life Scale (PROQOL 5-BR)* (n=186) - Região oeste, Santa Catarina, Brasil, 2023.

	Nunca n (%)	Raramen te n (%)	Pouca s Veze s n (%)	Algumas Veze s n (%)	Muitas Veze s n (%)	Quase Sempre n (%)
a) Você atende pessoas que estão em sofrimento?	0 (0,0)	1 (0,5)	2 (1,1)	17 (9,1)	67 (36,0)	99 (53,2)
b) Você atende pessoas em risco de vida?	2 (1,1)	3 (1,6)	11 (5,9)	25 (13,4)	88 (47,3)	57 (30,6)
c) Você atende pessoas que passaram por algum evento traumático? (ex: abuso sexual, assalto, acidentes, agressão)	0 (0,0)	6 (3,3)	10 (5,5)	48 (26,2)	74 (40,4)	45 (24,6)
d) Alguns casos que você atende te deixam impressionado?	3 (1,6)	8 (9,7)	15 (8,1)	83 (44,6)	51 (27,4)	16 (8,6)
Subescalas		Média	Desvi o Padrã o	Baixa n (%)	Moderad a n (%)	Alta n (%)
Satisfação por compaixão (SC)		38,0	6,0	1 (0,5)	131 (70,4)	54 (29,0)
Burnout (BO)		19,1	5,6	133 (71,5)	53 (28,5)	0 (0,0)
Estresse traumático secundário (ETS)		18,3	7,2	139 (74,7)	47 (25,3)	0 (0,0)

Na tabela 3 observa-se a relação entre a PROQOL 5-BR com variáveis demográficas e laborais dos participantes.

Tabela 3 – Associações da PROQOL 5-BR com variáveis demográficas e laborais (n= 186) - Região Oeste, Santa Catarina, Brasil, 2023.

Variáveis	SC	BO	ETS
Idade (anos)	0,204**	- 0,321***	-0,088
Escolaridade	0,059	0,162*	0,146*
Número de filhos	0,228**	-0,272***	-0,091
Anos de experiência na área da saúde	0,092	-0,227**	-0,088
Tempo na instituição (anos)	0,107	-0,106	0,036
Carga horária semanal (horas totais)	0,126	-0,061	0,016



Horas semanais em outra instituição	0,104	0,103	0,098
-------------------------------------	-------	-------	-------

\* Variáveis com associação mediante o teste t Student ( $p < 0,05$ ).

O estudo identificou ainda, que houve associação positiva e estatisticamente significativa entre idade e número de filhos com os escores de SC, ou seja, quanto maior a idade e maior o número de filhos, maiores os níveis de satisfação.

Neste sentido, também houve associações significativas relacionadas ao BO, quanto maior a idade, maior o número de filhos e mais tempo de experiência na área da saúde, menores os níveis de FC.

Por último, houve associação negativa estatisticamente significativa entre o nível de escolaridade dos participantes com os escores de ETS, ou seja, quanto maior a escolaridade, menores os níveis do fenômeno.

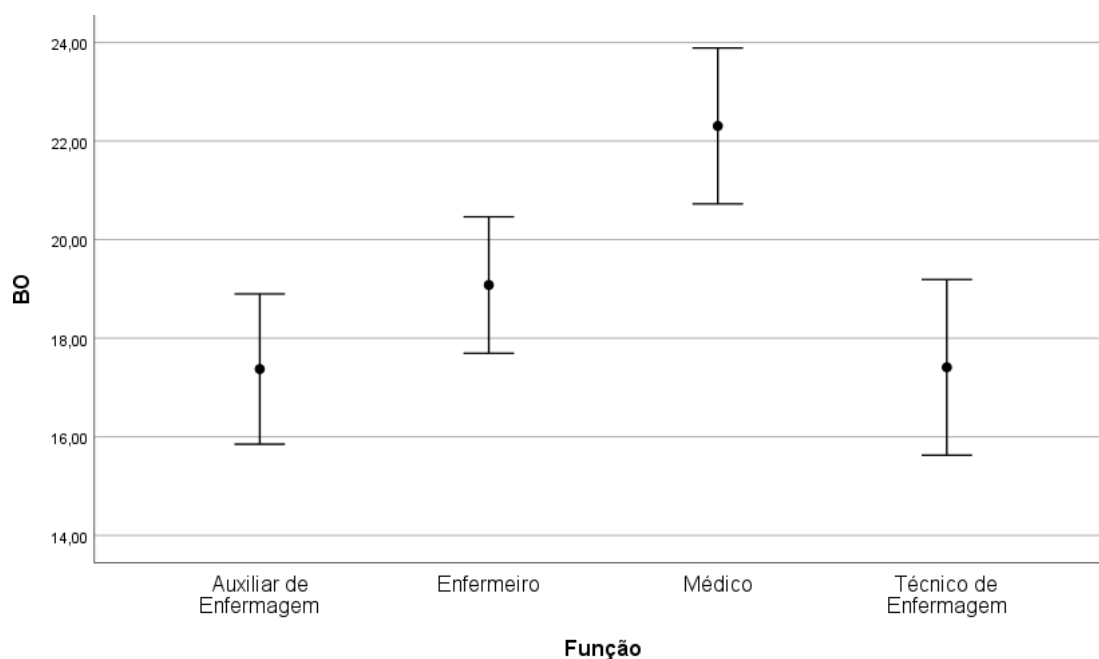


Figura 1 – Associação entre a função e a subescala de *Burnout* (n= 186) - Região oeste, Santa Catarina, Brasil, 2023.

Os médicos apresentam escores significativamente maiores da subescala de BO do que os demais profissionais ( $p < 0,001$ ), conforme apresenta a Figura 1.

Nas demais subescalas, não houve diferença estatisticamente significativa entre as funções (SC:  $p = 0,306$  e ETS:  $p = 0,087$ ).

## DISCUSSÃO

No contexto dos serviços de urgência e emergência, os profissionais precisam atuar em equipe e sob pressão em situações diversas, entre elas aquelas que requerem rápida intervenção, num contexto transitório de cuidados, por vezes permeado por situações intensas e repetitivas próprias (gravidade das patologias, imprevisibilidade das situações, carga emocional e frequente violência física e verbal), logo espaços que favorecem o estresse e o BO <sup>(12, 18)</sup>. Estudos indiciam o setor de urgência de hospitais como cenários propícios para o desenvolvimento de doenças psicossomáticas <sup>(12, 19)</sup>. A tensão física e psicológica, aliadas à grande demanda e elevada carga horária de trabalho, prejudicam a qualidade de vida, especialmente do enfermeiro na emergência <sup>(20)</sup>.

O presente estudo mostrou associação positiva significativa entre idade e número de filhos com escores de SC. Pesquisa realizada nos serviços de urgência e emergência de Portugal, corroboram com os achados, e evidenciam que os participantes com maior idade, apresentam melhores índices de SC <sup>(12)</sup>. Outra pesquisa mostrou que enfermeiros com menos de cinco anos de experiência mostraram significativamente menor SC e maiores índices de FC do que enfermeiros com dez ou mais anos de experiência <sup>(21)</sup>. Do mesmo modo, enfermeiros com mais de 20 anos de experiência, tiveram maiores índices de SC em comparação aos profissionais com seis meses a dois anos de serviço <sup>(2)</sup>.

A relação entre idade, número de filhos e anos de experiência, também foi estatisticamente significativa com os escores de BO. Pesquisa corrobora com esses achados, mostrando que a idade mais avançada se correlacionou com pontuações mais baixas de BO, e mais altas de SC <sup>(22)</sup>. Outra investigação mostrou que enfermeiros com mais de 20 anos de experiência apresentaram níveis mais baixos de BO em comparação aos menos experientes <sup>(2)</sup>.

A idade e o tempo de experiência foram fatores relacionados ao aumento da SC e a diminuição do BO. Revisão integrativa mostrou que esses aspectos podem estar relacionados a resiliência. Deste modo, o desenvolvimento dessa habilidade, permite que os profissionais consigam lidar melhor com o seu ambiente de trabalho. Esse fator de proteção, também está relacionado a esperança, otimismo e autoeficácia dos trabalhadores <sup>(11)</sup>.

Já em relação ao ETS, houve uma associação estatisticamente significativa entre nível de escolaridade e a ocorrência do fenômeno. Deste modo, quanto maior a escolaridade, menores os índices dessa subescala. Em contrapartida, estudo evidenciou que o nível acadêmico foi estatisticamente associado ao BO e ao ETS. Isso significa que os participantes com mestrado/doutorado apresentavam graus médios de BO, que foram 2,79 unidades mais altos dos demais, e pontuações de ETS que foram 3,14 unidades mais altas <sup>(23)</sup>.

Por meio da investigação, foi possível identificar ainda que médicos apresentaram escores significativamente maiores da subescala de BO em comparação aos demais profissionais ( $p < 0,001$ ). Neste sentido, pesquisa com 15.243 médicos atuantes nos serviços de urgência e emergência da China, mostrou um padrão de Exaustão Emocional e Despersonalização moderado, além do elevado risco para baixa Realização Pessoal). Os dados mostraram ainda, que 14,9% dos participantes apresentaram alto nível de BO, sendo 46,8% com pontuação alta para EE, 24% com pontuação elevada para DP e 60,5% com alto risco de baixa RP <sup>(24)</sup>. A categoria médica também foi significativamente mais afetada pelo BO em comparação aos demais, no estudo envolvendo 529 profissionais de hospitais franceses, quase um em cada dois médicos do pronto socorro teve BO (50,7%)<sup>(18)</sup>. Diferente disso, estudo de meta-análise incluindo uma amostra total de 79.437 participantes, evidenciou que durante a pandemia, a prevalência de BO (37,4%) foi maior entre enfermeiros <sup>(25)</sup>.

Potencialmente, não se deixar invadir por emoções ou envolver-se com o paciente, com manutenção do distanciamento, potencialmente típico dos serviços de urgência pode servir como proteção à FC, mas não necessariamente ao BO, como mostra outras investigações <sup>(17, 25)</sup>.

Independente da categoria profissional, os serviços de urgência e emergência estão cada vez mais proporcionando terreno fértil para a ocorrência de síndromes e doenças ocupacionais, principalmente às relacionadas à saúde mental e emocional desses trabalhadores <sup>(18, 25)</sup>. Investigação evidenciou índices de 39% de ETS em profissionais atuantes na linha de frente. Além disso, 43% dos participantes apresentaram depressão e ainda, de forma mais grave, 13% destes relataram automutilação ou ideação suicida <sup>(25)</sup>.

Investigação <sup>(26)</sup> revela que a compaixão, compreendida como um fenômeno humano e social, contribui para a diminuição da dor alheia, uma vez que prioriza o bem estar do outro, favorecendo assim a conexão com a outra pessoa, porém traz consequências, tanto positivas quando negativas para o profissional. Circunstâncias internas e externas do indivíduo como o estresse e afeto negativo afetam a FC, enquanto afeto positivo e solidariedade influenciam de modo inverso a SC. Assim, ocorre uma oscilação entre fadiga e satisfação por compaixão no trabalho em saúde, e este pode ser percebido como a essência para o desenvolvimento humano <sup>(26)</sup>.

O estudo apresenta limitações, potencialmente relacionadas ao seu carácter transversal e a amostra de conveniência, o que não permite generalizar resultados para outros contextos. Contudo, pode contribuir para avançar com os estudos acerca da FC em profissionais de

saúde, bem como trazer resultados para o campo da saúde do trabalhador, com indicativos dos trabalhadores mais vulneráveis à FC, BO e ao ETS.

Os achados apontam para a necessidade de abordagens da FC, fenômeno pouco abordado no Brasil, bem como a intensificação de medidas preventivas ao estresse e ao BO, nos serviços de emergência, para promover a qualidade de vida no trabalho e a qualidade da assistência prestada nesses cenários.

As evidências sobre a FC sinalizam para a necessidade de depositar esforços, a fim de favorecer a melhoria do processo de trabalho, no que tange ao enfrentamento e a valorização das repercussões do fenômeno no processo de trabalho e, mesmo, na dimensão pessoal dos enfermeiros e demais trabalhadores da saúde. Nessa perspectiva, a colaboração dos gestores é fundamental nos diferentes cenários da assistência<sup>(27)</sup>. Estudos apresentam iniciativas de prevenção e enfrentamento da FC, como por exemplo a busca por estratégias gerenciais que busquem a melhoria da qualidade de vida no trabalho, práticas de educação continuada com os profissionais, fomento à resiliência<sup>(28-30)</sup>.

## CONCLUSÃO

O estudo permitiu verificar que existem níveis moderados de SC e baixo de BO e ETS entre os participantes. Variáveis como idade e número de filhos são definidoras, na amostra, dos escores de SC e BO, sendo positivos para ambos, ou seja, favorecem a primeira e desfavorece o segundo. Ainda, quanto maior o tempo de experiência profissional na área da saúde, menores os escores da subescala de BO, sendo que a categoria médica mostrou escores significativamente maiores nesta subescala do que os demais profissionais.

Os achados fazem refletir sobre como o envolvimento emocional com o trabalho e a empatia com o doente podem repercutir na perda progressiva da capacidade do profissional de saúde, resultando em FC, bem como o contrário, a atuação em emergência, por deixar pouco espaço para as emoções, pode proteger os profissionais da FC, sendo a necessidade de resposta rápida à condição do doente, um aspecto desse contexto de trabalho, que potencial repercute em SC.

Já o nível de escolaridade se mostrou a variável preditiva para o ETS, sinalizando no conjunto dos achados o perfil dos profissionais menos suscetíveis à FC, o que é fundamental para definir medidas de prevenção dos fenômenos que resultam no adoecimento do trabalhador.

As variáveis que resultaram em associações significativas permitem identificar que as características do indivíduo (idade e número de filhos) refletem em seu trabalho, e o trabalho/formação (tempo de experiência na área da saúde, nível de escolaridade) refletem no indivíduo. O profissional de saúde precisa ser considerado como um todo, um indivíduo inserido em diferentes contextos, formação e com modos de vida que refletem de forma protetiva ou não para o desenvolvimento da FC, e que requer o desenvolvimento de habilidades para compartilhar a dor do outro sem adoecer, sendo estes aspectos fundamentais para melhor projeção de estratégias gerenciais institucionais e na formulação de políticas públicas voltadas a proteção da saúde dos trabalhadores que atuam na prestação de cuidados.



## REFERÊNCIAS

1. Agência Europeia para a Segurança e a Saúde no Trabalho (OSHA). Guia eletrônico sobre a gestão do estresse e dos riscos psicossociais no local de trabalho. Luxemburgo: 2018. Disponível em: <https://osha.europa.eu/pt/tools-and-publications/e-guide-managing-stress-and-psychosocial-risk>.
2. Remegio W, Rivera RR, Griffin MQ, Fitzpatrick JJ. The Professional Quality of Life and Work Engagement of Nurse Leaders. *Nurse Leaders*. 2020;19(1):95-100. Disponível em: [https://www.nurseleader.com/article/S1541-4612\(20\)30211-1/pdf](https://www.nurseleader.com/article/S1541-4612(20)30211-1/pdf).
3. Figley CR. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. Nova Iorque: Brunner-Routledge;1995.
4. World Health Organization (WHO). 2019. Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases. Available from: [https://www.who.int/mental\\_health/evidence/burn-out/en/](https://www.who.int/mental_health/evidence/burn-out/en/).
5. Hinderer KA, VonRueden KT, Friedmann E, McQuillan KA, Gilmore R, Kramer B, et al. Burnout, compassion fatigue, compassion satisfaction, and secondary traumatic stress in trauma nurses. *Journal of Trauma Nursing*. 2014;21(4): 60–169. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000055.
6. Zhang Y, Han WL, Qin W, Yin HY, Zhang CF, Kong C, et al. Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta analysis. *Journal of Nursing Management*. 2018;26(7): 810-819. DOI: 10.1111/jonm.12589
7. Xie W, Chen L, Feng F, Okoli CTC, Tang P, Zeng L, et al. The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*. 2021;120(1):1-7. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2021.103973.
8. Cavanagh N, Cockett G, Heinrich C, Doig L, Fiest K, Guichon JR, Page S, et al. Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. *Nursing Ethics*. 2020;27(3): p. 639-665. DOI: 10.1177/0969733019889400.

9. Al Barmawi MA, Subih M, Salameh O, Sayyan NSY, Shogirat N, Jebbeh RAEA. Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses. *Brain and Behavior*. 2019;9(4):1-8. DOI: 10.1002/brb3.1264.
10. Santarone k, Mckenny M, Elkbuli A. Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. *American Journal of Emergency Medicine*. 2020;38(7): 1530-1531. DOI: 10.1016Zj.ajem.2020.04.030.
11. Schuster M, Dwyer PA. Post-traumatic stress disorder in nurses: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*. 2020;29(1):1-19. DOI: 10.1111/jocn.15288.
12. Borges EMN, et al. Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. *Rev Latino-Am Enferm*. 2019;27:e3175. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>
13. Cao X, Wang L, Wei S, Li J, Gong S. Prevalence and predictors for compassion fatigue and compassion satisfaction in nursing students during clinical placement. *Nurse Education in Practice*. 2021;51(1): p. 1-12. DOI: 10.1016/j.nepr.2021.102999
14. Hughes M, Schmidt J, Svenson J. Emergency Services Capacity of a Rural Community in Guatemala. *West J Emerg Med*. 2022;12;23(5):746-753. DOI: 10.5811/westjem.2022.7.56258.
15. Toth-Manikowski SM, et al. Chronic Renal Insufficiency Cohort (CRIC) Study Investigators. Emergency Department/Urgent Care as Usual Source of Care and Clinical Outcomes in CKD: Findings From the Chronic Renal Insufficiency Cohort Study. *Kidney Med*. 2022;14(4):100424. DOI: 10.1016/j.xkme.2022.100424.
16. Stamm, BH. *The Concise ProQOL Manual: The concise manual for the Professional Quality of Life Scale*. 2010. 2. ed. Eastwoods: Pocatello. Available from: [https://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](https://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf)
17. Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia*. 2013; 18(2): 213-21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/vyz5Lg35SHqNZc83ZM39BPz/?lang=pt#>
18. Moukarzel A, et al. Burnout Syndrome among Emergency Department Staff: Prevalence and Associated Factors. *Biomed Res Int*. 2019; 21:6462472. DOI: 10.1155/2019/6462472.
19. Lima DC, Melo ICM, Costa CL, Carvalho MC. O impacto da Síndrome de Burnout em enfermeiros do setor de urgência e emergência: Uma revisão integrativa da literatura. *Research, Society and Development*. 2021; 10(4):e36110410907. DOI: 10.33448/rsd-v10i4.10907.
20. Stochero AV, Dalcin, Michelon JM, Ilha S, Zamberlan C. Qualidade de vida do enfermeiro na emergência. *Rev Recien*. 2022;12(39):107-119. DOI: <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.39.107-119>

21. Kim Y, Lee E, Lee H. Association between workplace bullying and burnout, professional quality of life, and turnover intention among clinical nurses. 2020;15(1)e0228124. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228124>
22. Doolittle BR. Association of Burnout with Emotional Coping Strategies, Friendship, and Institutional Support Among Internal Medicine Physicians. *J Clin Psychol Med Settings*. 2021; 28(2):361-367. DOI: 10.1007/s10880-020-09724-6
23. Walden M, Adams G, Annesley-Dewinter E, Bai S, Belknap N, Eichenlaub A, *et al*. The Emotional Cost of Caring for Others: One Pediatric Hospital's Journey to Reduce Compassion Fatigue. *J Nurs Adm*. 2018;48(11):545-552. DOI: 10.1097/NNA.0000000000000678
24. Yan S, *et al*. Challenges Faced by Emergency Physicians in China: An Observation From the Perspective of Burnout. *Frontiers in psychiatry*. 2021;12(1):1-11. DOI: 10.3389 / fpsyt.2021.766111.
25. Greenberg N, Weston D, Hall C, Caulfield T, Williamson V, Fong K. Mental health of staff working in intensive care during covid-19. *Occupational Medicine*. 2021;71(2): 62– 67, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1093/occmed/kqaa220>.
26. Batra K, Singh TP, Sharma M, Batra R, Schvaneveldt N. Investigating the psychological impact of COVID-19 among healthcare workers: a meta-analysis. *International Journal of Environmental Research & Public Health*. 2020;17(23): 90-96. DOI: 10.3390/ijerph17239096.
27. Rodrigues MSD, Lucena PLC, Lordão AV, *et al*. Compassion fatigue in nursing professionals in the context of palliative care: scoping. *Rev Min Enferm*. 2021;25:e-1386. Available from: <https://periodicos.ufmg.br/index.php/reme/article/view/44505>
28. Haitham K, Al-Dwaikat T, Rababah J *et al*. Paediatric nurses' burnout, quality of life and perceived patient adverse events during the COVID-19 pandemic: Testing an integrated model using structural equation modelling. 2021;31(10). DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210034>
29. Labrague LJ, Los Santos JAA. Resilience as a mediator between compassion fatigue, nurses' work outcomes, and quality of care during the COVID-19 pandemic. *Appl Nurs Res*. 2021;61:151476. DOI: 10.1016/j.apnr.2021.151476.
30. Jobe JA, Gillespie GL, Schwytzer D. A National Survey of Secondary Traumatic Stress and Work Productivity of Emergency Nurses Following Trauma Patient Care. 2021;28(4):243-9. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000592.

## ANEXO I - PROTOCOLO PARA DESENVOLVIMENTO DE REVISÃO INTEGRATIVA

 <p><b>UDESC</b> UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA</p>	<p><b>PPGENF</b> PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM</p>	 <p><b>UNOCHAPECÓ</b> A COMUNIDADE DO CONHECIMENTO</p>
<h3 style="margin: 0;">PROTOCOLO PARA DESENVOLVIMENTO DE REVISÃO INTEGRATIVA</h3>		
<p>Este instrumento foi criado a partir dos modelos utilizados por Mendes; Silveira e Galvão (2008). Segundo a autora, a revisão integrativa é um método cuja finalidade é reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre um delimitado tema ou questão, de maneira sistemática e ordenada, contribuindo para o aprofundamento do conhecimento do tema investigado.</p>		
<p><b>Autores:</b> Orientador: Dra. Letícia de Lima Trindade Coorientador: Dra. Elisabete Borges Pesquisador 1: Doutoranda Maiara Daís Schoeninger Pesquisador 2: Mestranda Josiane Matos Carneiro Revisor 1: Dr. Samuel S. Zuge</p>		
<p><b>1ª Etapa: identificação do tema e seleção da hipótese ou questão de pesquisa:</b> O que trata a literatura científica acerca da relação entre a Fadiga por Compaixão (FC) entre profissionais de saúde e a Segurança do Paciente/doente (SP)?</p>		
<p><b>Validação do Protocolo:</b> Avaliador 1: Dr<sup>a</sup> Crhis Netto de Brum Avaliador 2: Me. Jaqueline Arbort</p>		
<p><b>2ª. Etapa: estabelecimento de critérios de inclusão e exclusão</b></p> <p><b>Crítérios de Inclusão:</b> Artigos de estudos primários que abordem a relação entre Fadiga por Compaixão e segurança do paciente, entre profissionais atuantes nos serviços de saúde, publicados na língua português, inglês ou espanhol, entre os anos de 2010 e maio de 2022.</p> <p><b>Crítérios de Exclusão:</b> Em caso de estudos duplicados, apenas um deles será utilizado.</p> <p><b>Descritores utilizados:</b> “Fadiga por Compaixão”; “Compassion Fatigue”; “Desgaste por Empatia” AND “Segurança do Paciente”; “Patient Safety”; “Seguridad del Paciente”.</p> <p><b>Período da análise:</b> janeiro de 2010 a maio de 2022.</p> <p><b>Idioma dos descritores:</b> Português, Inglês ou Espanhol</p> <p><b>Idioma dos Artigos:</b> Português, Inglês ou Espanhol</p> <p><b>Países:</b> Todos</p> <p><b>Bases de dados utilizadas:</b> Lilacs, BVS, Cinahl, Pubmed e Web Of science</p> <p><b>Tipo de Acesso:</b> Acesso às bases de dados de interesse via Portal de Periódicos da Capes por intermédio de <i>login</i> institucional da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e Universidade Comunitária da Região de Chapecó (UNOCHAPECÓ) e busca direta nas bases dos periódicos.</p> <p><b>Período de coleta:</b> maio a junho de 2022.</p>		



**Teste de elegibilidade:** Leitura de título e resumo, para verificar se o artigo responde à pergunta de pesquisa. Nesse momento, os pesquisadores farão a avaliação de cada artigo de modo independente por meio do *software Rayyan* e ao final da análise, os artigos incluídos ou excluídos serão confrontados. Ainda, para auxiliar na escolha da melhor evidência possível, propõe-se uma hierarquia das evidências. Neste momento, utilizou-se o referencial de Stetler *et al.*, (1998), subdividido em 6 níveis de evidencia:

- Nível 1: evidências resultantes da meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados;
- Nível 2: evidências obtidas em estudos individuais com delineamento experimental;
- Nível 3: evidências de estudos quase-experimentais;
- Nível 4: evidências de estudos descritivos (não-experimentais) ou com abordagem qualitativa;
- Nível 5: evidências provenientes de relatos de caso ou de experiência;
- Nível 6: evidências baseadas em opiniões de especialistas.

### **3ª. Etapa: definição das informações a serem extraídas dos estudos selecionados/ categorização dos estudos**

Para melhor organização dos dados dos estudos selecionados, primeiramente estes serão organizados em uma matriz e serão analisados por dois pesquisadores, em caso de não concordância, um terceiro deverá analisar o estudo e sua categorização conforme a tabela.

<b>Referência do Artigo (Vancover)</b>	<b>Bases de Dados</b>	<b>Objetivo do Estudo</b>	<b>Ano / País / Idioma</b>	<b>Tipo de Estudo</b>	<b>Grau de Evidência</b>	<b>População</b>	<b>Local do Estudo</b>	<b>Escala Utilizadas</b>	<b>Abordagem da relação FC e SP</b>	<b>Síntese dos resultados</b>	<b>OB</b>

Fonte: Elaborada pelas autoras.

#### **4ª. Etapa: análise dos estudos selecionados**

Posteriormente as informações coletadas passarão pelo processo de análise, facilitando a ordenação e a sumarização de cada estudo. Nesta etapa, tem-se como objetivo traçar uma análise sobre o conhecimento já construído em pesquisas anteriores sobre o tema. Deste modo, revisão integrativa possibilita a síntese de vários estudos já publicados, permitindo a geração de novos conhecimentos (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

#### **5ª. Etapa: interpretação dos resultados**

Esta etapa é caracterizada pela discussão sobre os textos analisados da revisão integrativa. Os pesquisadores realizarão a interpretação dos achados e por intermédio disso, levantarão lacunas de conhecimento existentes, e sugerem pautas para futuras pesquisas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

#### **6ª. Etapa: apresentação da revisão/síntese do conhecimento**

A revisão deve possibilitar replicação do estudo. Dessa forma, deve permitir informações que possibilitem que os leitores avaliem a pertinência dos procedimentos empregados na elaboração da revisão. Essa última etapa consiste na elaboração do documento que deve contemplar a descrição de todas as fases percorridas pelo pesquisador, de forma criteriosa, e deve apresentar os principais resultados obtidos (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008), sendo idealizado pelos pesquisadores a apresentação em forma de um artigo científico.

### **REFERÊNCIAS**

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, maio/jun. 2004.

GALVÃO, T.F.; ANDRADE, T. S.; HARRAD, D.P. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v.24, n.2, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000200017>

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, out./dez. 2008.

STAMM, B. H. **The concise manual for the professional quality of life scale** (2nd ed.). Eastwoods, 2010. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/340033923> The Concise ProQOL Manual The concise manual for the Professional Quality of Life Scale 2 nd Edition

STETLER, C. B.; MORSI, D.; RUCKI, S.; BROUGHTON, S.; CORRIGAN, B.; FITZGERALD, J. Utilization-focused integrative reviews in a nursing service. **Appl Nurs Res**, v. 11, n. 4, p. 195-206, 1998. Disponível em:

<https://www.researchgate.net/publication/13434441> Utilization-focused integrative reviews in a nursing service

SILVA, E. L. O. da; MENDEZ, S. P.; BAPTISTA, A. F.; SÁ, K. N. Métodos de elaboração de materiais de educação em saúde para adultos: revisão integrativa. **Saúde & Tecnologia**, [S. l.], n. 21, p. 60–67, 2022. DOI: 10.25758/set.2222. Disponível em: <https://journals.ipl.pt/stecnologia/article/view/541>.

## ANEXO II - QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E PROQOL V/BR

### Parte I - Questionário Sociodemográfico

1. Idade: \_\_\_\_\_(em anos)
2. Sexo: ( )Feminino ( ) Masculino
3. Cor da Pele: ( ) negra/parda ( ) branca ( )outra
4. Escolaridade (maior grau): ( ) graduação ( )especialização  
( ) mestrado ( ) doutorado ( ) pós-doutorado
5. Situação Conjugal: ( ) Sem companheiro/Solteiro/Viúvo  
( ) Com companheiro/casado/união estável
6. Filhos: ( ) Não ( ) Sim, número: \_\_\_\_\_
7. Anos de experiência na área da saúde: \_\_\_\_\_(em anos)
8. Tempo na instituição: \_\_\_\_\_(em anos)
9. Local de Trabalho  
( ) Pronto Socorro (PS) ou Pronto Atendimento (PA)  
( ) Unidade de Pronto Atendimento (UPA)  
( ) Serviço Móvel de Urgência (SAMU)  
( ) Serviço de Resgate Aéreo (SAER)
10. Categoria profissional: ( ) Enfermeiro ( )Médico ( ) Técnico ou auxiliar de enfermagem
11. Possui cargo de gestão: ( ) Não ( ) Sim
12. Carga horária semanal: \_\_\_\_\_(total médio de horas)
13. Turno de trabalho ( ) Manhã ( )Tarde  
( ) Noite ( ) Misto (dois turnos, turnos diversos)
14. Tipo de vínculo empregatício:( ) CLT ( ) concurso público  
( ) Outros:
15. Trabalha em outra instituição? ( ) Não ( ) Sim, quantas horas/semanais?

### Parte II - Professional Quality of Life Scale PROQOL-V/BR

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	Raramente	Poucas Vezes	Alguns Vezes	Muitas Vezes	Quase Sempre
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, assalto, acidentes, agressão)	0	1	2	3	4	5
d) Alguns casos que você atende te deixam impressionado?	0	1	2	3	4	5
<b>1.</b> Sinto-me Feliz	0	1	2	3	4	5
<b>2.</b> Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando	0	1	2	3	4	5
<b>3.</b> Sinto-me satisfeito (a) por ser capaz de ajudar aos outros	0	1	2	3	4	5
<b>4.</b> Sinto-me ligado aos outros	0	1	2	3	4	5
<b>5.</b> Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos (surpresa)	0	1	2	3	4	5
<b>6.</b> Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo	0	1	2	3	4	5
<b>7.</b> Acho difícil separar a minha profissional da vida pessoal	0	1	2	3	4	5
<b>8.</b> Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo	0	1	2	3	4	5
<b>9.</b> Creio que posso ter sido “infectado” pelo <i>stress</i> traumático daqueles que atendo	0	1	2	3	4	5
<b>10.</b> Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros	0	1	2	3	4	5
<b>11.</b> Por causa do meu trabalho, me sinto tenso em relação a várias coisas	0	1	2	3	4	5
<b>12.</b> Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas	0	1	2	3	4	5
<b>13.</b> Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho	0	1	2	3	4	5
<b>14.</b> Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi	0	1	2	3	4	5
<b>15.</b> Tenho crenças que me sustentam	0	1	2	3	4	5
<b>16.</b> Sinto-me satisfeito (a) por	0	1	2	3	4	5

conseguir me manter atualizado em relação às técnicas e procedimentos de atendimento						
17. Sou a pessoa que sempre desejei ser	0	1	2	3	4	5
18. Sinto-me satisfeito (a) com o 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
	<b>Raramente</b>	<b>Poucas Vezes</b>	<b>Algumas Vezes</b>	<b>Muitas Vezes</b>	<b>Quase Sempre</b>	<b>Nunca</b>
21. Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender	0	1	2	3	4	5
22. Acredito que posso fazer a diferença através do meu trabalho	0	1	2	3	4	5
23. Evito certas atividades ou situações porque elas me 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 sufoco pelo sistema em que atuo	0	1	2	3	4	5
27. Ocorre-me que sou 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 do trauma	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

**ANEXO III – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)**

**UNIVERSIDADE COMUNITÁRIA DA REGIÃO DE CHAPECÓ**  
**UNIVERSIDADE DO ESTADO DE SANTA CATARINA**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA**  
**UNOCHAPECO**  
**MESTRADO PROFISSIONAL EM ENFERMAGEM DA UDESC**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado (a) para participar como voluntário em uma pesquisa. Após a leitura e esclarecimento sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, rubriche todas as páginas e assine no final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e outra é do pesquisador.

Título da pesquisa: FADIGA POR COMPAIXÃO: um estudo de método misto interventivo com profissionais de saúde

Pesquisador responsável: Letícia de Lima Trindade

Endereço: Av Fernando Machado, 685D, ap. 1103, Centro, Chapecó/SC.

Telefone para contato: (049)999486725

O Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos, é um colegiado interdisciplinar e independente, de relevância pública, de caráter consultivo, deliberativo e educativo, criado para defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e para contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. O CEP/UNOCHAPECO está localizado dentro da própria Instituição Bloco P. Horário de funcionamento definido de segunda-feira a sexta-feira das 8h às 12h e das 13h30min às 17h30min para contato dos pesquisadores e participantes das pesquisas. Telefone e e-mail para contato, (49) 3321-8142, [cep@unochapeco.edu.br](mailto:cep@unochapeco.edu.br).

O Objetivo desta pesquisa é identificar os níveis de FC entre profissionais atuantes nos serviços de urgência e emergência do Sul do Brasil. Como objetivos específicos: analisar a relação entre a FC e as variáveis sociodemográficas dos participantes; elaborar e validar um *ebook* para reconhecimento e prevenção da FC para profissionais de saúde da RUE.

A sua participação na pesquisa consiste em responder um questionário sociodemográfico, a Escala ProQOL V/BR que em média duram 10 minutos para

preenchimento, e potencialmente, caso indicado em um segundo momento uma entrevista semi-estruturada, nessa etapa a voz do participante será gravada.

A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos como exposição de sentimentos e percepções acerca da FC em seu ambiente de trabalho, dificuldades em lidar com as emoções suscitadas, incômodo com o tempo a ser dispensado para resposta aos instrumentos de pesquisa, relembrar episódios de desgaste sofridos, a gravação de sua voz nas entrevistas, alterações na sua rotina de trabalho, por isso estavam livres os participantes para desistirem da pesquisa. Assim, durante a coleta dos dados, as pesquisadoras assumem a responsabilidade de auxiliar, se do surgimento de qualquer constrangimento causado a integralidade, reelaborando as vivências, com atendimento de um profissional psicólogo, se necessário, o qual compôs a equipe de pesquisa.

Entretanto, lhe será garantida assistência imediata, sem ônus de qualquer espécie a sua pessoa, com todos os cuidados necessários com sua participação, de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

Além disso, serão observadas todas as normas e recomendações sanitárias quanto aos riscos de infecção por SarsCov-2, a fim de proteger contra a COVID-19 os participantes e pesquisadores envolvidos neste estudo.

Os benefícios esperados pela sua participação na pesquisa são indiretos, posterior, com a produção de materiais científicos e também técnicos que contribuam com a gestão da FC nos serviços de saúde, bem como no reconhecimento e sensibilização para o problema e suas implicações na saúde dos trabalhadores.

As informações obtidas através da coleta de dados serão utilizadas para alcançar o objetivo acima proposto, e para a composição do relatório de pesquisa, resguardando sempre sua identidade durante todas as fases da pesquisa. Ao término da pesquisa, os resultados obtidos serão retornados a sua pessoa na forma de relatório de pesquisa, artigos científicos e um material técnico sobre a temática que poderá ser usado no seu serviço. Você poderá recusar-se a participar ou retirar seu consentimento, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma. Caso não queira mais fazer parte da pesquisa, favor entrar em contato com o pesquisador responsável.

É garantido indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa a sua pessoa.



Após a leitura e esclarecimento de todas as dúvidas pelo pesquisador, o TCLE deverá ser rubricado por ambos (pesquisador e pesquisado), nas duas vias em todas as folhas e assinado em seu término.

### **CONSENTIMENTO DA PESSOA COMO PARTICIPANTE DE PESQUISA**

Eu, \_\_\_\_\_, abaixo assinado, concordo em participar do estudo. Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo pesquisador sobre a pesquisa e, os procedimentos nela envolvidos, bem como os riscos e benefícios decorrentes da minha participação. Foi me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento e ter acesso ao registro do consentimento sempre que solicitado.

Local ..... Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Assinatura do participante da pesquisa:

---

Assinatura do pesquisador responsável:

---

## ANEXO IV - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (PÚBLICO-ALVO)

### QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO (PÚBLICO-ALVO)

Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

#### Parte 1: Identificação

Categoria Profissional: ( ) Enfermeiro ( ) Médico ( ) Técnico de Enfermagem

#### Parte 2: Instruções

Por favor, leia o material educativo, em seguida aplique o questionário a seguir marcando um X em um dos números que estão na frente de cada afirmação. O instrumento possui 20 questões.

Dê sua opinião de acordo com a valorização que melhor represente o ponto de vista de acordo com cada critério abaixo:

- 1- **Totalmente Adequado**
- 2- **Adequado**
- 3- **Nem adequado, nem inaquado/Não sei analisar**
- 4- **Parcialmente Adequado**
- 5- **Inadequado**

Para as questões 3 e 4, descreva o motivo pelo qual considerou esse item no espaço destinado existem após o item. Não existem respostas corretas ou erradas. O que importa é a sua opinião. Por favor, responda todos os itens.

1. **OBJETIVOS** – Referem se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do *ebook*.

1.1 Atende aos objetivos do público-alvo a quem se destina	1	2	3	4	5
1.2 Ajuda o público-alvo a quem se destina	1	2	3	4	5
1.3 Está adequado para ser usado por qualquer profissional de saúde	1	2	3	4	5

Sugestões: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

2. **ORGANIZAÇÃO**: refere se a forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 A capa é atraente e indica o conteúdo do material	1	2	3	4	5
2.2 O tamanho do título e do conteúdo nas partes do <i>ebook</i> estão adequados	1	2	3	4	5
2.3 As partes têm uma sequência lógica	1	2	3	4	5

2.4 Há coerência entre as informações da capa, sumário e apresentação.	1	2	3	4	5
2.5 O número de página está adequado	1	2	3	4	5

Sugestões: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

3. **ESTILO DA ESCRITA:** Refere às características linguísticas, compreensão e estilo da escrita do *ebook* apresentado.

3.1 A escrita está em estilo adequado.	1	2	3	4	5
3.2 O texto é interessante. O tom é amigável.	1	2	3	4	5
3.3 O vocabulário é acessível e o texto está claro	1	2	3	4	5
3.4 Há associação entre as partes do texto /capítulo	1	2	3	4	5

Sugestões: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

4. **APARÊNCIA:** Refere as características que avaliam o grau de significação do *ebook* apresentado.

4.1 As páginas ou partes parecem organizadas.	1	2	3	4	5
4.2 As ilustrações são suficientes e interessantes.	1	2	3	4	5
4.3 As ilustrações servem para complementar os textos.	1	2	3	4	5

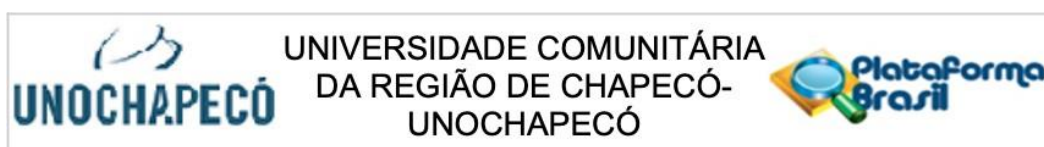
Sugestões: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

5. **MOTIVAÇÕES:** Refere se a capacidade do material em causar algum impacto, motivação e/ou interesse, assim como ao grau de significação do *ebook* apresentado.

5.1 O material é apropriado ao público-alvo, a quem se destina (profissionais de saúde).	1	2	3	4	5
5.2 O material apresenta lógica.	1	2	3	4	5
5.3 O texto provoca interação/reflexão. Sugere ações.	1	2	3	4	5
5.4 Convida/instiga a mudanças de comportamento e atitudes.	1	2	3	4	5
5.5 O <i>ebook</i> traz novos conhecimentos para o público-alvo/a quem se destina (profissionais de saúde).	1	2	3	4	5

Sugestões: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

## ANEXO V - COMPROVANTE DE APRECIÇÃO ÉTICA DO PROJETO DE PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** FADIGA POR COMPAIXÃO: um estudo de método misto interventivo com profissionais de saúde

**Pesquisador:** Letícia de Lima Trindade

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 59402322.0.0000.0116

**Instituição Proponente:** Universidade Comunitária da Região de Chapecó

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 5.501.440

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Unochapecó e do Mestrado Profissional em Enfermagem da UDESC.

Tipo de pesquisa: estudo misto explanatório interventivo.

Local de realização da pesquisa: A proposta integra o "Health Work International Project" (HWOPI), em parceria com a Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP) e outras instituições. Como critério de seleção dos cenários, tenciona-se inserir os serviços de Urgência e Emergência da região Oeste de Santa Catarina (SC), Brasil, bem como serviços de Urgência e Emergência do Conselho do Porto – Portugal, que atendem toda a região Norte deste país, incluindo, considerando 95% de confiança e erro amostral de 5%, sendo 228 participantes do Brasil e 288 de Portugal, totalizando amostra de 516 profissionais de saúde.

Instrumento de coleta de dados: Na etapa QUAN (quantitativa) será utilizado um Questionário sociolaboral e a Escala ProQOL5 (Professional Quality of Life Scale), composta por 30 itens, subdivididos em três subescalas, cada uma delas formada por dez itens, que avaliam três fenômenos distintos: a SC, o BO e o STS, fenômenos estes, que compõe a FC, bem como a escala Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC). Os participantes da etapa QUAL (qualitativa) serão selecionados por amostragem não probabilística intencional, e responderão a uma entrevista semiestruturada, organizada de acordo com as respostas obtidas na etapa quantitativa, buscando deste modo aprofundar a compreensão do fenômeno, e proporcionar melhor entendimento acerca

**Endereço:** Servidão Anjo da Guarda, nº 295 - D

**Bairro:** Efapi

**CEP:** 89.809-900

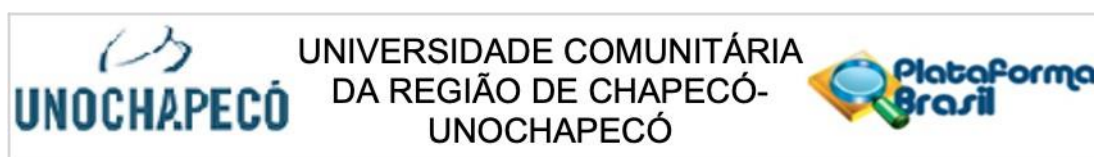
**UF:** SC

**Município:** CHAPECÓ

**Telefone:** (49)3321-8142

**Fax:** (49)3321-8142

**E-mail:** cep@unochapeco.edu.br



Continuação do Parecer: 5.501.440

da singularidade da temática. O estudo é multifásico, pois terá a fase de coleta de dados no Brasil referente a etapa QUAN e na sequência a etapa QUAN em Portugal, depois segue a etapa QUAL nos dois países simultaneamente.

**Critério de Inclusão:**

Como critério de seleção dos participantes no estudo serão utilizados: profissionais atuantes nos cenários descritos, formalmente contratados como médicos, enfermeiros, técnicos ou auxiliares de enfermagem; que possuem ao menos três meses de experiência no exercício profissional.

**Critério de Exclusão:**

Serão excluídos do estudo, os profissionais afastados por qualquer motivo, no período da coleta de dados.

**Objetivo da Pesquisa:**

**Objetivo Primário:**

Identificar os níveis de FC e as interfaces com a Cultura de segurança do paciente entre profissionais atuantes nos serviços de urgência e emergência do Sul do Brasil e Norte de Portugal.

**Objetivo Secundário:**

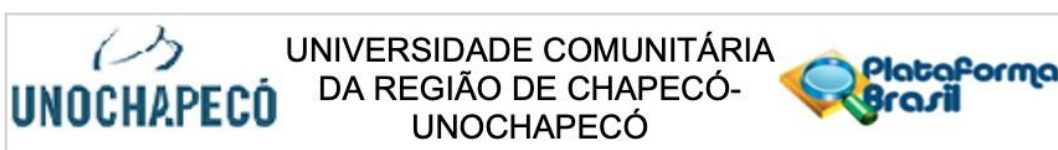
- Avaliar a Cultura de Segurança do Paciente nos contextos investigados;
- Analisar a relação entre a FC e as variáveis sociolaborais dos participantes;
- Analisar a relação entre a FC e a Cultura de Segurança do Paciente;
- Desenvolver uma tecnologia educacional, como estratégia para reconhecimento e prevenção da FC para profissionais de saúde da Rede de Urgência e Emergência.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

**Riscos:**

Os riscos durante a coleta das informações podem ser considerados médios, pois podem envolver desconfortos, sendo eles: exposição de sentimentos e percepções acerca da FC em seu ambiente de trabalho, dificuldades em lidar com as emoções suscitadas, incômodo com o tempo a ser dispensado para resposta aos instrumentos de pesquisa, lembrar episódios de desgaste sofridos, a gravação de sua voz nas entrevistas, alterações na sua rotina de trabalho, por isso estavam livres os participantes para desistirem da pesquisa. Assim, durante a coleta dos dados, as pesquisadoras assumem a responsabilidade de auxiliar, se do surgimento de qualquer constrangimento causado a integralidade, reelaborando as vivências, com atendimento de um profissional psicólogo, se necessário, o qual compôs a equipe de pesquisa. Entretanto, lhe será garantida assistência imediata, sem ônus de qualquer espécie a sua pessoa com todos os cuidados

**Endereço:** Servidão Anjo da Guarda, nº 295 - D  
**Bairro:** Efapi **CEP:** 89.809-900  
**UF:** SC **Município:** CHAPECO  
**Telefone:** (49)3321-8142 **Fax:** (49)3321-8142 **E-mail:** cep@unochapeco.edu.br



Continuação do Parecer: 5.501.440

necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

**Benefícios:**

Os benefícios esperados pela sua participação na pesquisa são indireto, com a produção de materiais científicos e também técnicos que contribuam com a gestão da FC nos serviços de saúde, bem como na sensibilização e conscientização para o problema e suas implicações na saúde dos trabalhadores.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Este projeto atende as exigências éticas de acordo com as legislações vigentes.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos foram apresentados e estão de acordo com o solicitado por esta instituição.

**Recomendações:**

Não há.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Não foram observados óbices éticos.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Assim, mediante conformidade com os requisitos éticos, somos de parecer favorável à realização do projeto classificando-o como Aprovado, pois atende aos requisitos fundamentais da Resolução 466/12/CNS e suas complementares do Conselho Nacional de Saúde/MS.

O CEP/UNOCHAPECÓ LEMBRA QUE QUALQUER MUDANÇA NO PROTOCOLO DEVE SER INFORMADA IMEDIATAMENTE PARA FINS DE ANÁLISE E APROVAÇÃO. É OBRIGATÓRIO O ENVIO A ESTE CEP, OS RELATÓRIOS PARCIAIS E FINAL DA PESQUISA.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1919367.pdf	23/06/2022 16:31:53		Aceito

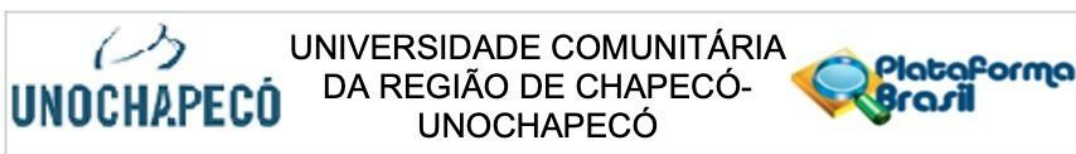
**Endereço:** Servidão Anjo da Guarda, nº 295 - D

**Bairro:** Efapi **CEP:** 89.809-900

**UF:** SC **Município:** CHAPECO

**Telefone:** (49)3321-8142 **Fax:** (49)3321-8142 **E-mail:** cep@unochapeco.edu.br





Continuação do Parecer: 5.501.440

Outros	carta.pdf	23/06/2022 16:30:33	Leticia de Lima Trindade	Aceito
Outros	termovoz.pdf	23/06/2022 16:29:06	Leticia de Lima Trindade	Aceito
Outros	Declaracaosamu.pdf	01/06/2022 21:42:23	Leticia de Lima Trindade	Aceito
Outros	declsms.pdf	25/05/2022 15:06:25	Leticia de Lima Trindade	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.pdf	25/05/2022 14:49:15	Leticia de Lima Trindade	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/05/2022 14:29:03	Leticia de Lima Trindade	Aceito
Declaração de concordância	aceiteHRO.pdf	02/05/2022 13:50:21	Leticia de Lima Trindade	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	26/04/2022 10:43:22	Leticia de Lima Trindade	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

CHAPECO, 30 de Junho de 2022

Assinado por:  
Altamir Trevisan Dutra  
(Coordenador(a))

Endereço: Servidão Anjo da Guarda, nº 295 - D  
Bairro: Efapi CEP: 89.809-900  
UF: SC Município: CHAPECO  
Telefone: (49)3321-8142 Fax: (49)3321-8142 E-mail: cep@unochapeco.edu.br