

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP**

ARTHUR FERNANDES DA SILVA

**A DURAS PENAS: SÍNDROMES DE BURNOUT E FADIGA POR
COMPAIXÃO ENTRE EQUIPES MÉDICA E DE ENFERMAGEM EM
CENÁRIOS ASSISTENCIAIS DE CUIDADOS PALIATIVOS**

RECIFE

2021

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP**

**A DURAS PENAS: SÍNDROMES DE BURNOUT E FADIGA POR COMPAIXÃO
ENTRE EQUIPES MÉDICA E DE ENFERMAGEM EM CENÁRIOS
ASSISTENCIAIS DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação apresentada à banca examinadora do Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos Associado a Residência em Saúde como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Cuidados Paliativos

Mestrando: Arthur Fernandes da Silva

Orientadora: Jurema Telles de Oliveira Lima

Coorientadora: Josene Ferreira Batista

Área de concentração: Gestão, Inovação e Avaliação em Cuidados Paliativos

Linha de pesquisa: Gestão e Avaliação dos Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos

RECIFE

2021

Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira – IMIP
Elaborada por Camila Florencio CRB-4/2295

S586d Silva, Arthur Fernandes da

A duras penas: síndromes de burnout e fadiga por compaixão entre equipes médica e de enfermagem em cenários assistenciais de cuidados paliativos / Arthur Fernandes da Silva. – Recife: IMIP, 2021. 158 f.: il.

Dissertação (Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos) – Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira, Recife, 2021. Orientadora: Jurema Telles de Oliveira Lima. Coorientadora: Josene Ferreira Batista.

1. Esgotamento profissional. 2. Fadiga de compaixão. 3. Profissionais de saúde. 4. Cuidados paliativos. 5. Oncologia. I. Lima, Jurema Telles de Oliveira. II. Batista, Josene Ferreira. III. Título.

CDD 158.753

**A DURAS PENAS: SÍNDROMES DE BURNOUT E FADIGA POR COMPAIXÃO
ENTRE EQUIPES MÉDICA E DE ENFERMAGEM EM CENÁRIOS
ASSISTENCIAIS DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Dissertação de Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), submetida à defesa pública e aprovada pela banca examinadora em 14 de maio de 2021.

Profa. Dra. Jurema Telles de Oliveira Lima Sales
Orientadora

Profa. Dra. Karla Alexsandra de Albuquerque
Membro da banca examinadora

Prof. Dr. Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa
Membro da banca examinadora

RECIFE

2021

DEDICATÓRIA

*À Equipe Multiprofissional da “Casinha” dos Cuidados Paliativos do IMIP,
que me muito me acolheu e ensinou a conjugar o verbo **cuidar**.*

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Jurema, pela confiança depositada neste estudante.

À minha coorientadora, Josene, pela parceria nessa caminhada na pesquisa.

Aos professores Leopoldo e Karla, da banca examinadora de defesa dessa dissertação, que acompanharam afetosamente seu desenvolvimento, desde a qualificação do projeto de pesquisa.

Às minhas “eternas chefas”, Zilda e Mirella, pelo treinamento amoroso e pela companhia inspiradora na compra dos meus primeiros “bilhetes de plataforma”.

Aos profissionais que foram sujeitos dessa investigação, por seu compromisso.

À minha mãe e irmã, Dinorá e Victória, pela presença e fonte de suporte perene.

À espiritualidade, em que acredito e pratico através da Doutrina Espírita, pelo preenchimento de um propósito nesta experiência terrena.

Aos pacientes de quem cuidei, por terem sido professores na arte que é se relacionar com pessoas, e pessoas em sofrimento.

À versão de mim que (re)conheci na trajetória dessa dissertação, da Residência em Medicina Paliativa concluída em Recife, passando por mudança abrupta para Brasília-DF até o trabalho na linha de frente da pandemia por coronavírus, convivendo o burnout e a fadiga por compaixão.

EPÍGRAFE

“Ao cuidar de você no momento final da vida, quero que você sinta que me importo pelo fato de você ser você, que me importo até o último momento de sua vida e, faremos tudo que estiver ao nosso alcance, não somente para ajudá-lo a morrer em paz, mas também para você viver até o dia de sua morte.”

Dame Cicely Saunders

RESUMO

Cenário: As síndromes de burnout e de fadiga por compaixão representam desafios ao trabalho em saúde em níveis individual e organizacional, afetando não apenas a saúde mental e desempenho de profissionais de cuidado, mas também a eficiência e a qualidade de serviços de atenção à saúde, especialmente no que tange à assistência de pacientes em cuidados paliativos. **Objetivo:** avaliar fatores relacionados às síndromes de burnout e de fadiga por compaixão entre profissionais médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem. **Método:** estudo exploratório, transversal e quantitativo investigando profissionais dos setores de cuidados paliativos, oncologia, terapia intensiva e pronto-atendimento adulto, através de formulário eletrônico e uso dos instrumentos Professional Quality of Life Scale (ProQoL-IV), Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), além de questionário sociodemográfico. foram analisados os dados descritivos da amostra (média, desvio-padrão e frequências). Em seguida, para a escolha de cada teste, foi realizada a normalidade dos dados em todas as variáveis, por meio do teste de *Shapiro-Wilks*. Para as avaliações inferenciais foram utilizados os testes não paramétricos, uma vez que não foi encontrada normalidade dos dados: *Mann-Whitney* (2 grupos independentes) e *Kruskal-Wallis* (3 ou mais grupos independentes) e correlação de *Spearman*. O software escolhido para todas as análises foi o SPSS-IBM 22.0 considerado para todos os testes um nível de significância de 5%. **Resultados e discussão:** 83 respostas, permitindo identificar maioria de mulheres, pessoas com filhos e de cor parda, com atuação profissional há menos de 10 anos. a interpretação dos resultados seguia as orientações dos respectivos manuais. Os perfis de indicadores mais preocupantes das síndromes de burnout ou de fadiga por compaixão se manifestaram nos setores de emergência e de terapia intensiva; entre profissionais médicos e entre os que não declararam vinculação religiosa. Apresentaram caracteres mais salutares, como maior satisfação por compaixão, profissionais técnicos em enfermagem; que trabalham no setor de cuidados paliativos ou que referiram comportamento religioso. Adicionalmente, foi aferida relação negativa entre a satisfação por compaixão e elementos da síndrome de burnout, como o desligamento do trabalho e a exaustão emocional. Não obstante, o fator burnout, componente da fadiga por compaixão, mostrou-se positiva e intensamente relacionados àquelas últimas variáveis. Essa base de informações deve ser levada em conta por instituições como hospitais ou sistemas de saúde para a identificação dos fatores de risco nelas presentes e desenvolvimento de soluções efetivas direcionadas a eles, evitando gasto de recursos agindo em pontos inespecíficos ou que não produzirão resultados diretos no Burnout vivido pelos trabalhadores. **Produtos gerados:** um produto bibliográfico (artigo para periódico científico) e dois produtos técnico-educacionais, sendo uma proposta de evento de educação permanente “Cuidando de quem cuida – trilha de cuidado: sobre qualidade de vida profissional na linha de cuidado oncológico e de cuidados paliativos” e um material didático-instrucional (ebook) “O custo do cuidado: Estratégias para reforçar o capital psicológico individual e organizacional”.

Descritores: esgotamento profissional; fadiga por compaixão; profissionais de saúde; cuidados paliativos; oncologia.

ABSTRACT

The burnout and compassion fatigue syndromes represent challenges to health work at individual and organizational levels, affecting not only the mental health and performance of care professionals, but also the efficiency and quality of health care services, especially in regarding the assistance of patients in palliative care. This research aimed to evaluate factors related to burnout and compassion fatigue syndromes among physicians, nurses and nursing auxiliars. An exploratory, cross-sectional and quantitative study was carried out, investigating professionals in the sectors of palliative care, oncology, intensive care and adult emergency care, using an electronic form and the Professional Quality of Life Scale (ProQoL-IV), Oldenburg Burnout Inventory (OLBI), in addition to a sociodemographic questionnaire. 83 responses were obtained, allowing the identification of the majority of women, people with children and brown skin, with professional experience for less than 10 years. The most worrying profile indicators of burnout or compassion fatigue syndromes were manifested in the emergency and intensive care sectors; among physicians and those who have not declared a religious affiliation. Healthier characters, such as greater compassion satisfaction, were exhibited by nursing auxiliars; those who work in the palliative care sector or who reported religious behavior. In addition, a negative relationship was assessed between compassion satisfaction and elements of the burnout syndrome, such as job disengagement and emotional exhaustion. Nevertheless, the burnout factor, a component of compassionate fatigue, proved to be positive and intensely related to those last variables. This information base must be taken into account by institutions such as hospitals or health systems for the identification of risk factors present in them and the development of effective solutions aimed at them, avoiding the waste of resources acting at unspecific points or that will not produce direct results in Burnout experienced by workers. This dissertation generated a bibliographic product (paper for scientific journal) and two technical-educational products, being an permanent education event proposal "Taking Care of Those Who Cares - Colloquium on Quality of Professional Life" and a didactic-instructional material (ebook) "The cost of care: Strategies to reinforce individual and organizational psychological capital".

Keywords: burnout professional; compassion fatigue; health personnel; palliative care; oncology.

SUMÁRIO

1. Introdução	1
2. Objetivos	12
2.1 Objetivo geral	12
2.2 Objetivos específicos	12
3. Métodos	13
3.1 Desenho do estudo	13
3.2 Local do estudo	13
3.3 Período do estudo	13
3.4 População do estudo	13
3.5 Amostra	13
3.6 Critérios para a seleção dos participantes	14
3.6.1 Critérios de inclusão	14
3.6.2 Critérios de exclusão	14
3.7. Procedimento de captação dos participantes da pesquisa	14
3.7.1 Fluxograma de captação dos sujeitos	15
3.8 Definição e operacionalização de termos e variáveis	16
3.8.1 Variáveis sociodemográficas	16
3.8.2 Variáveis da síndrome de Burnout	19
3.8.3 Variáveis da síndrome de fadiga por compaixão	20
3.9 Coleta de dados	21
3.10 Instrumento de coleta de dados	21

3.11 Procedimentos, teste, técnicas e exames	23
3.12 Procedimento para análise dos dados	23
3.13 Aspectos éticos	24
4. Resultados	25
5. Considerações finais	54
6. Sugestões e recomendações	54
6.1 Recomendações para a prática clínica	53
6.2 Recomendações para pesquisas futuras	53
7. Referências	57
Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	73
Apêndice II – Questionário de dados sociodemográficos	79
Apêndice III – Capturas de tela das páginas iniciais do formulário eletrônico de coleta de dados	81
Apêndice IV - Produto técnico-educacional I – Proposta de capacitação “Cuidando de Quem Cuida – Colóquio sobre Qualidade de Vida Profissional”	83
Apêndice V – Checklist de avaliação do produto técnico-educacional I	92
Apêndice VI – Produto técnico-educacional II – Ebook “O custo do cuidado: Estratégias para reforçar o capital psicológico individual e organizacional”	97
Apêndice VII – Checklist de avaliação do produto técnico-educacional II	125
Anexo I – Instrumento <i>Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV</i> (ProQoL-IV-BR)	131
Anexo II – Instrumento <i>Oldenburg Burnout Inventory</i> (OLBI)	133
Anexo III – Instruções aos autores	134

LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SINAIS

IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
CP	Cuidados Paliativos (setor de cuidados paliativos)
UTI	Unidade de Terapia Intensiva (setor de terapia intensiva)
SPA	Serviço de Pronto-Atendimento (setor de emergência)
ProQoL-IV-BR	<i>Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV</i>
OLBI	<i>Oldenburg Burnout Inventory</i>
MBI	<i>Maslach Burnout Inventoty</i>
SFC	Síndrome de Fadiga por Compaixão
FC	Fadiga por Compaixão (subescala da ProQoL-IV-BR)
SC	Satisfação por Compaixão (subescala da ProQoL-IV-BR)
BO	Burnout (subescala da ProQoL-IV-BR)
SB	Síndrome de Burnout
DT	Desligamento do Trabalho (subescala da OLBI)
EE	Exaustão Emocional (subescala da OLBI)
ETS	Estresse Traumático Secundário (do inglês, <i>Secondary Traumatic Stress</i>)

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Variáveis sociodemográficas, definições operacionais e categorização.	16
Quadro 2. Variáveis da síndrome de Burnout, definições operacionais e categorização.	19
Quadro 3. Variáveis da síndrome de fadiga por compaixão, definições operacionais e categorização.	20

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma de captação dos profissionais

15

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Características sociodemográficas e profissionais de equipes médicas e de enfermagem em um centro de referência em Oncologia em Recife-PE, 2021	33
Tabela 2. Relação entre variáveis das Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão em função das categorias profissionais em um centro de referência em Oncologia em Recife-PE, 2021.	35
Tabela 3. Relação entre variáveis das Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão em função dos setores assistenciais de equipes médicas e de enfermagem em um centro de referência em Oncologia em Recife-PE, 2021	36

INTRODUÇÃO

As revoluções nos processos formativos e de exercício profissional na área da saúde apresentam novos desafios ao corpo de trabalhadores nessa área. Tais desafios abrangem desde a descoberta de novas doenças, tecnologias e tratamentos, até o déficit de financiamento e a inabilidade dos sistemas de saúde de prover assistência adequada a todos, passando pelo aumento da demanda por relações de cuidado de qualidade pelos pacientes^{1,2}.

Trabalhadores da área da saúde podem estar submetidos ao estresse relacionado ao trabalho por diversos motivos: fatores organizacionais, falta de habilidades ou competências e baixo suporte social no trabalho. Tais fatores podem conduzi-los ao sofrimento e ao Burnout, culminando com perda de qualidade de vida e comprometimento da qualidade do trabalho^{1,2}. Junto à percepção de níveis de estresse sem precedentes entre profissionais de saúde nos últimos anos, há índices crescentes de insatisfação com a relação entre o trabalho e a vida pessoal, uso de substâncias psicoativas, escolha de carreira e existência concorrente de transtornos do humor, que vão de quadros de distímia, passando por depressão menor, até transtornos depressivos maiores³. A coexistência de múltiplos fatores de risco para a saúde mental listados anteriormente expõe a riscos elevados de suicídio nessa categoria profissional. Todavia, estudos indicam que profissionais com habilidades sociais bem desenvolvidas tendem a enfrentar esses desafios de forma resiliente e saudável, mantendo-se estimulados no trabalho.⁴⁻⁶

No campo da assistência à saúde, a área de cuidados paliativos apresenta características especiais. Trata-se de uma porção fundamental de um sistema de saúde centrado nos indivíduos e representa uma abordagem voltada ao cuidado de pessoas convivendo com doenças graves e ameaçadoras à vida, com foco no controle de sintomas físicos, emocionais, sociais ou espirituais; não obstante, pressupõe a preservação da qualidade de vida, a partir de uma visão interdisciplinar, também considerando a família no processo de cuidado.⁷

A disposição ao cuidado de pessoas e famílias com demandas complexas e multidimensionais pode expor profissionais de saúde a sofrimentos intensos, envolvendo o controle de sintomas desafiadores, comunicação de notícias difíceis, exposição à morte e ao morrer, trabalho em equipe, convivência com incertezas e absorção de sentimentos conflituosos, como pesar, raiva e desespero por parte de pacientes e famílias.⁸ Pessoas podem necessitar de cuidados paliativos relacionados a diversas histórias naturais de adoecimento, como insuficiências orgânicas, câncer, demências, dentre outras e, naturalmente, podem apresentar tais demandas nos mais diversos cenários assistenciais, como serviços de emergência, unidades de terapia intensiva, ambulatórios, enfermarias especializadas em clínica médica, oncologia ou cuidados paliativos.⁹

Considerando as demandas dos pacientes e familiares e os recursos diversos entre tantos cenários de assistência, compreende-se que os profissionais de saúde envolvidos no itinerário terapêutico dos pacientes em cuidados paliativos podem estar expostos à intenso estresse. As sobrecargas físicas e emocionais relacionadas ao cuidado de doentes podem ter consequências negativas, como as Síndromes de Burnout (SB) e de Fadiga por Compaixão (SFC).¹⁰

De fora para dentro: a experiência do *Burnout*

A terminologia *Burnout*, que indica literalmente exaustão, tem seu uso original afeito ao campo do esporte antes dos anos 70, sendo a indicação de que o atleta falhou para manter ou bons resultados adquiridos ou conseguir novas conquistas.¹¹ Na década de 70, o Burnout foi importado para a área da Psicologia, sendo usado para detalhar a vivência de sofrimento de profissionais de saúde submetidos à estresse intenso e cobranças por expectativas elevadas.¹² Já em 1981, além da estruturação de uma das primeiras definições constituídas de Burnout, foi também apresentado o *Maslach Burnout Inventory* (MBI), um dos principais instrumentos para a sua mensuração.¹³ Profissionais de cuidado ou de interação pessoal intensa, como assistentes

sociais,, professores e trabalhadores da saúde foram os primeiros focos das pesquisas sobre Burnout; eventualmente, as características da condição foram identificadas¹⁴ em outras categorias, demonstrando que o efeito do desequilíbrio entre demandas de trabalho e instrumentos para sua resolução pode ser percebido e vivido de forma universal.¹⁵

O Burnout pode ser descrito como uma síndrome complexa relacionada ao trabalho, que congrega subcomponentes como exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal.¹³ A exaustão emocional envolve uma sensação de energia mental drenada ou muito reduzida. A despersonalização pode ser vista como um distanciamento do trabalho, com desresponsabilização progressiva sobre os processos relacionados. Já a baixa realização pessoal se traduz no sentimento de incompetência ou reduzida eficácia pessoal na profissão. Esses fatores, combinados e expressos na forma de sofrimento na Síndrome de Burnout (SB), podem comprometer significativamente a qualidade do trabalho¹⁶ e, no caso de profissionais da área da saúde, a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.^{17, 18}

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão das Nações Unidas para o tema, incluiu a SB na nova Classificação Internacional de Doenças, a CID-11¹⁹, publicada em 2020, devendo vigorar a partir de 2022. A SB teve sua definição atualizada para "uma síndrome resultante de um estresse crônico no trabalho que não foi administrado com êxito" e é entendida como um fenômeno relacionado ao trabalho. Para a OMS, quando instalada, a SB pode se caracterizar por sensação de esgotamento, sentimentos negativos relacionados ao trabalho e eficácia profissional reduzida.

Atualmente, o modelo de compreensão do desenvolvimento da Síndrome de Burnout em 5 etapas é o mais utilizado.²⁰ Trata-se da percepção de que, no início da experiência em um dado posto de trabalho, a aceitação de responsabilidade, produtividade e satisfação com o trabalho são elevadas, caracterizando um estágio de "lua de mel" com o serviço (estágio 1).

Posteriormente, os estressores relacionados ao trabalho começar a influenciar a relação do indivíduo com suas tarefas; é nesse ponto que, na ausência de estratégias de enfrentamento, o estresse pode se estabelecer e se consolidar na forma de estagnação no trabalho (estágio 2), com percepção de dias bons e ruins pelo trabalhador, juntamente com sintomas emocionais e físicos, indicando desequilíbrio da relação entre vida e trabalho. A perpetuação da labuta sob estresse por períodos prolongados leva à cronificação do mesmo, manifestado sob a forma de frustração, sensação de impotência e falha ou inadequação (estágio 3). Eventualmente esse quadro progride para a desilusão quanto ao trabalho, típica da sensação de apatia e indiferença (estágio 4), quando não há expectativas de melhoria da situação. Por fim, a SB se consolida (estágio 5) com sintomas físicos e emocionais mais graves, como tristeza, angústia, fadiga mental e orgânica, isolamento, ansiedade e alterações de comportamento.²¹

Uma revisão sistemática sobre SB entre médicos incluiu 176 estudos transversais e 6 estudos longitudinais, totalizando 182 trabalhos em 45 países, publicados entre 1991 e 2018.²² O número total de participantes envolvidos variou de 4 a 7830 em cada estudo, perfazendo um total de 109.628 pessoas. A prevalência média estimada para a condição SB foi de 67%, variando de 0% até 80,5%, com exaustão emocional e despersonalização presentes em 72% e 63,2%, em média, respectivamente. Outra pesquisa desenvolvida com 80 médicos e 102 profissionais de enfermagem em centro oncológico apontou níveis significativos de SB em ambas as categorias, que foram associados às disparidades notadas pelos trabalhadores entre os seus valores pessoais e aqueles promovidos pela gestão do serviço, especialmente no tocante à longos turnos, sobrecarga de trabalho e falta de reconhecimento dos resultados pelos gestores.²³ Outros trabalhos questionaram médicos sobre os principais fatores que consideravam relacionados à SB, tendo os participantes identificado a sobrecarga de trabalho como o principal, não havendo apontamentos dos profissionais sobre a relação com pacientes.^{24, 25}

No que concerne à sua avaliação, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI)¹³ (e suas variações) é o instrumento mais utilizado, presente em até 90% dos trabalhos no tema²⁶; outros instrumentos são a *Copenhagen Burnout Inventory*²⁷ e a *Shirom-Melamed Burnout Measurement*²⁸. Contudo, estudos adicionais apontaram críticas às qualidades psicométricas da primeira e à visão reducionista da SB a uma dimensão única, caracterizada por depleção de energia (ou exaustão), para as últimas.^{29, 30} Assim, o presente trabalho utilizou um outro instrumento, que foi desenhado para superar as fragilidades e as desvantagens metodológicas da MBI, a *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI)³¹, na sua versão validada para o português.³²

Há mais de 80 fatores elencados na etiopatogenia da SB.³³ Estudos apresentam esses elementos sob pontos de vista internos ou externos ao profissional.³⁴ Dentre os primeiros, estariam posturas perfeccionistas, expectativas idealizadas, supressão de necessidades pessoais, desejo de agradar outras pessoas, sentir-se insubstituível, ter o trabalho como única atividade útil ou com propósito e o hábito de trabalhar em substituição à vida pessoal. Dentre os últimos, os fatores externos, encontram-se problemas com a liderança, pressão do tempo e da produtividade, falta de liberdade para tomar decisões ou influenciar a organização, problemas com a hierarquia, comunicação interna frágil, responsabilidades crescentes, má organização dos processos de trabalho, falta de recursos (humanos ou financeiros), falta de clareza sobre objetivos e papéis desempenhados, trabalho em equipe frágil e falta de suporte social (dos pares e fora do ambiente de trabalho). A SB também se relacionou a diferenças mensuráveis na qualidade do cuidado³⁵⁻³⁷ e do profissionalismo relatados por estudantes, residentes e médicos especialistas; maiores taxas de erros médicos³⁸ e piores indicadores de produtividade, como aposentadoria antecipada e redução de carga horária, além de maiores níveis de estresse e transtornos mentais, como depressão.^{39, 40}

Nesse contexto, é imperativo considerar um elemento que pode passar despercebido, que é a sobreposição entre sinais, sintomas e fatores de risco entre a Síndrome de Burnout e o

transtorno depressivo. Essa aparente confusão ainda é reforçada pelo preconceito existente de forma irrestrita na sociedade e, infelizmente, também dentro do setor saúde, em relação a problemas ou diagnósticos de saúde mental.⁴¹

A SB está relacionada ao sofrimento no trabalho em condições ruins ou desafiadoras. Contudo, profissões de cuidado, como as da área da saúde, podem experimentar outras dimensões de sofrimento particulares, que encontram sua raiz no processo de cuidado de pacientes com sofrimentos intensos.

De dentro para fora: a vivência da fadiga por compaixão

Compreendendo a compaixão

O cuidado de alguém é uma experiência complexa que envolve a percepção das vulnerabilidades do outro, perpassa a sensação de uma resposta afetiva à elas e culmina na tomada de ação em direção à esse outro e suas necessidades de forma humana, preenchida por significado.⁴² Pessoas adoecidas desejam ser tratadas com cuidado que inclua a escuta sobre suas necessidades e uma relação humana e compassiva com o cuidador.⁴³

A compaixão pode ser descrita como um processo complexo que resulta da interação entre dimensões afetivas, somáticas e cognitivas que podem ser desenvolvidas.⁴³ Tal processo é dependente de relações e se inicia pelo reconhecimento do sofrimento de alguém. Por ser individual, o sofrimento externo não é passível de compreensão completa, mas pode ser minimamente entendido a partir de uma disposição empática em reconhecer, no outro, nossa mesma humanidade. Após a primeira resposta empática, o processo compassivo prossegue na forma de desejo de aliviar o sofrimento. Este desejo é intuitivo e cognitivo, uma vez que o alívio do sofrimento envolve uma avaliação sobre a capacidade de ação e um imperativo ético de superação da indiferença em relação à dor alheia com vistas à ação sobre a mesma de forma respeitosa.

Experiência prévia com dor semelhante pode ser um facilitador do processo da compaixão, que é guiado pelo sentimento de esperança genuína de poder proporcionar alívio e conforto.⁴⁴ Uma forma sistemática de compreender o processo compassivo foi descrita como a composição de cinco elementos, que relacionam à compaixão para com os outros e à autocompaixão: 1) Identificação do sofrimento; 2) Compreensão da universalidade do sofrimento na experiência humana; 3) Sentimento de empatia para com a pessoa em sofrimento e ressonância emocional; 4) Tolerância a sentimentos desconfortáveis evocados em resposta à pessoa em sofrimento, perseverando em postura acolhedora e 5) Motivação para agir ou atuar para aliviar o sofrimento.⁴⁵

Esclarecendo conceitos relacionados

A compaixão⁴³ pode ser entendida como sentimento ou atitude. O sentimento chamado compaixão representa uma combinação de emoções amorosas e dolorosas despertadas pelo reconhecimento do sofrimento desnecessário (ou sem propósito) pelo qual outras pessoas passam, isto é, uma disposição benevolente em direção ao outro, independente de julgamentos; já a atitude compassiva seria a tradução desse sentimento “temperando” a relação de cuidado de forma proativa e respeitosa, através de palavras, atitudes ou mesmo do silêncio.⁴⁶

A compaixão costuma ser utilizada para descrever o caráter de profissionais da área da saúde.⁴³ A título de esclarecimento, é necessário definir conceitos que tangenciam a compaixão e podem ser confundidos. A compaixão se diferencia da simpatia⁴⁷ porque esta última representa uma aproximação muito superficial de sentimento em relação ao outro, sem reflexão sobre o que os produziram, simbolizando mera postura de concordância com a visão e interpretações do outro diante de seu sofrimento.⁴⁸ Já a empatia⁴⁹ é classicamente descrita de forma figurada como a experiência imaginária de vivenciar os pensamentos e sentimentos do outro, como se se estivesse de fato em seu lugar, captando e dividindo esses sentimentos, ou

seja, um aprofundamento psíquico em relação à simpatia.⁵⁰ Na área da saúde, a empatia do profissional pode envolver qualidades cognitiva (saber o que o paciente sente), emocional (conectar-se com o sentimento do paciente) e comportamental (responder aos sentimentos do paciente de forma respeitosa).⁵¹ Enquanto a empatia simboliza emoções “referenciadas ao lugar do outro”, a compaixão as envolve e pode traduzi-las em atitude.⁵² O altruísmo é caracterizado como ação em benefício de outrem, cuja raiz pode ou não ser a empatia ou a compaixão.⁵³ Não obstante, a autocompaixão como conexão com o próprio sofrimento e prática de gentileza para consigo, com atenção ampliada e reconhecimento da própria humanidade.⁵⁴ Por fim, a piedade ou comiseração seriam os conceitos mais afastados da compaixão, pois pressupõe uma relação desigual para o com outro e, conseqüentemente, condescendência ou pena.⁵⁵

Quando falta compaixão

A fadiga por compaixão foi descrita inicialmente à guisa de explicação sobre a perda da habilidade de cuidar entre enfermeiros em serviço de emergência, os quais apresentavam sintomas como senso de baixa eficácia, cansaço, fadiga, tristeza e raiva, além de alterações orgânicas como problemas no sono, cefaleias e alterações do sistema digestivo, manifestações físicas e emocionais tratadas como conseqüências do cuidado continuado de pacientes com necessidades complexas e sobrecarga de trabalho.⁵⁶ Pouco depois, em 1995, o termo Fadiga por Compaixão (ou Síndrome de Fadiga por Compaixão [SFC]) foi utilizado para discorrer sobre o “custo do cuidado” entre profissionais da área.⁵⁷

Essa definição foi elaborada a partir de suas experiências com terapeutas que trabalharam com pacientes que sofreram traumas psíquicos ou físicos por abusos, desastres, guerras ou crimes. Posteriormente, a definição foi melhor desenvolvida para expor “a redução da capacidade do terapeuta de ser empático ou ouvir sobre o sofrimento dos clientes e é o estado emocional e comportamental resultante do conhecimento sobre eventos traumáticos vividos

por outrem”.⁵⁷ A SFC seria, então, uma função da resposta empática após o testemunho do sofrimento do outro.⁵⁸ Estudos das últimas duas décadas têm apontado para a SFC como uma das maiores ameaças à saúde mental dos profissionais de saúde.⁵⁹⁻⁶¹

A extensão dos danos

A SFC equivale ao estresse traumático secundário, isto é, uma combinação de pensamentos intrusivos, evitação dos clientes ou pacientes, estado de hipervigilância, irritabilidade, raiva e memórias traumáticas relacionadas aos traumas dos pacientes, causado pelo exercício contínuo de compaixão para com pessoas com sofrimentos insolúveis⁵³. O termo SFC teria o objetivo de reduzir a estigmatização relacionada ao estresse traumático secundário e ao transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), este último como condição psiquiátrica constituída em manuais diagnósticos.⁶²

Wang (2014) aponta, ainda, intersecções do conceito de TEPT com a experiência do trauma vicariante e do estresse moral.⁵⁵ O estresse traumático secundário exhibe sintomas similares aos do TEPT, que podem ser desencadeados após a narrativa de um único evento traumático de alguém.⁵⁵ O trauma vicariante tem relação com exposição indireta ao trauma de forma crônica, transformando negativamente a forma do indivíduo de se relacionar consigo e com o mundo. Evidências sugerem que esses efeitos negativos se traduziriam em menor autoconfiança, estresse emocional intenso, sintomas dissociativos, crenças negativas e piora da qualidade da autoestima e das relações interpessoais, afetando até 20% dos profissionais na área de oncologia e até 52% daqueles cuidando de pessoas que sofreram abusos sexuais.^{65, 66}

A compaixão demanda atitude em direção ao sofrimento do outro, sendo possível que barreiras externas limitem a ação do profissional de cuidado. Nesse contexto, o estresse moral se constitui quando, na relação de cuidado, o profissional faz um julgamento ou toma uma decisão para sua atuação e sofre restrições exteriores, que resultam em sentimentos dolorosos

e desequilíbrio afetivo.⁶⁷ O estresse moral se relaciona diretamente com a SB, que pode ser uma consequência desse estresse manifesta por embotamento afetivo e desvinculação moral.⁶⁸ Essa manifestação é comumente descrita no contexto da terapia intensiva e, principalmente, entre enfermeiros, que vivenciam o dilema moral de fornecer cuidados atendendo às necessidades dos seus pacientes em ambiente restritivo e recheado de tensões nos processos de trabalho.⁶⁸

Apesar da produção científica⁶⁹⁻⁷⁷ dos últimos anos, a relação entre SB e SFC ainda é controversa^{78, 79}, havendo divergências entre autores e considerações de fadiga por compaixão como uma consequência natural do cuidado de pessoas em sofrimento⁷¹; como culpa sentida pelo cuidador na falha da tentativa de salvar outrem; visão da fadiga por compaixão e Burnout como fenômeno único⁸⁰ descrito de formas diferentes ou, ainda, percepção do Burnout como uma das dimensões da SFC⁸¹. À despeito das divergências, a conceituação mais utilizada na literatura remonta à Figley e Stamm (1996), que compreendem a SFC como um produto complexo entre a Satisfação por Compaixão, o Burnout e a Fadiga por Compaixão (ou Estresse Traumático Secundário), sendo o primeiro um aspecto positivo, associado ao valor, sentido e propósito do trabalho, e os dois últimos aspectos negativos que contrabalançam o primeiro.⁸²

A proposta dessa investigação é produzir dados e realizar discussões em um campo pouco pesquisado no país, que é a interface entre as SB e SFC e profissionais de saúde que lidam com pacientes e familiares em contexto de cuidados paliativos e/ou oncológicos. Considerando a gravidade das situações clínicas enfrentadas pelas unidades de cuidado paciente/família nos contextos referidos; a sobrecarga de trabalho dos profissionais envolvidos na assistência e na gestão; os desafios éticos, financeiros e de gestão apresentados pelo sistema de saúde e a preponderância da instituição onde será realizada a pesquisa para a assistência, ensino e pesquisa na área de atenção oncológica, entende-se que o produto da pesquisa poderá permitir não só a identificação de problemas fulcrais para os processos de trabalho de uma

forma geral, mas também um olhar sobre os profissionais e os fatores de adoecimento aos quais podem estar submetidos, ambos fundamentais para a melhoria da qualidade da assistência à saúde. Aventou-se a hipótese de que, entre os profissionais médicos e de enfermagem no itinerário de pacientes em cuidados paliativos, as Síndromes de Fadiga por Compaixão e de Burnout estariam mais evidentes entre aqueles que não trabalham diretamente no setor de cuidados paliativos. Como produções técnicas decorrentes do estudo, serão apresentadas uma produção bibliográfica (artigo submetido para periódico), uma proposta de organização de evento (colóquio) e um material didático e instrucional (*e-book*).

OBJETIVOS

Objetivo geral:

Avaliar os fatores relacionados às Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão entre as equipes médicas e de enfermagem de cenários assistenciais em Cuidados Paliativos de um centro de referência em Oncologia.

Objetivos específicos:

1. Avaliar os fatores relacionados às Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão de acordo com variáveis sociodemográficas e técnicas dos profissionais;
2. Determinar os índices da Síndrome de Burnout entre os profissionais pesquisados através da *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI);
3. Determinar os índices da Síndrome de Fadiga por Compaixão entre os profissionais pesquisados através da *Professional Quality of Life Scale* (ProQol-IV-BR);
4. Determinar possíveis correlações entre as variáveis das Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão;
5. Estruturar uma proposta de educação permanente profissional no formato de colóquio em 3 momentos sobre qualidade de vida profissional na linha de cuidado oncológico e de cuidados paliativos, ofertando ao corpo de profissionais discussões sobre estratégias de autocuidado e prevenção de Burnout e Fadiga por Compaixão;
6. Elaborar um ebook norteador sobre a abordagem do capital psicológico de profissionais e instituições de saúde, contribuindo com a transformação do ambiente de trabalho em saúde.

3. MÉTODOS

3.1 Desenho do estudo

Trata-se de estudo exploratório, transversal, utilizando técnica quantitativa.

3.2 Local do estudo

O Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) é um complexo hospitalar de referência nas áreas clínica, cirúrgica, pediátrica e tocoginecológica para o Nordeste brasileiro e, em algumas especialidades como cuidados paliativos e oncologia, para o país. Credenciado

também como um Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), presta cuidados de diagnóstico e terapêuticos para todos os tipos de câncer nas populações adulta e pediátrica, com serviços de quimioterapia, cirurgia e radioterapia, além da oferta de cuidados paliativos e da formação de recursos humanos para a saúde nessas áreas, com as residências médica, multiprofissionais e uniprofissionais.

Os setores onde os participantes da pesquisa trabalham foram as enfermarias de Oncologia (unidades masculina e feminina, num total de 32 leitos), Cuidados Paliativos (Casinha) (14 leitos), Unidade de Terapia Intensiva clínica (UTI) (10 leitos) e o Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) (12 leitos).

3.3 Período do estudo e período de coleta

O período do estudo, isto é, do mestrado profissional em cuidados paliativos, foi de abril de 2019 a abril de 2021, sendo a coleta de dados realizada de outubro a dezembro de 2019.

3.4 População do estudo

Membros das equipes multidisciplinares assistenciais dos setores (enfermarias) de Cuidados Paliativos, Oncologia Adulto (masculina e feminina), Unidade de Terapia Intensiva Clínica e Serviço de Pronto-Atendimento, incluindo as categorias de medicina, enfermagem e técnicos em enfermagem.

3.5 Amostra

O cálculo do tamanho da amostra foi realizado no programa *OpenEpi (Open Source Epidemiologic Statistics for Public Health)* versão 3.01 Update 2013/04/06, baseado em dados de literatura pertinentes. Utilizou-se uma prevalência de 50% de SB entre profissionais que trabalham com cuidados paliativos⁸³, considerando uma variação de 5%, um poder de 80% e erro alfa de 5%, encontrando-se um tamanho de amostra de 96 participantes. Dessa forma, considerando-se uma taxa de resposta de moderada eficiência (25%) para questionário

eletrônico, calculou-se que deveriam ser enviados questionários para 144 profissionais (um aumento de 50%) nos diferentes setores, no mínimo, para se obter o tamanho amostral adequado diante de eventuais perdas de resposta.

3.6 Critérios de elegibilidade

3.6.1 Critérios de inclusão

Ser médico, enfermeiro ou técnico em enfermagem dos setores de Pronto-Atendimento, Cuidados Paliativos, Oncologia ou UTI.

3.6.2 Critérios de exclusão

Estar em período de férias ou em licença (maternidade, paternidade ou médica) no momento do estudo.

Foram excluídos os questionários incompletos ou preenchidos com inconsistências.

3.7 Procedimento de captação dos participantes da pesquisa

3.7.1 Fluxograma de captação dos sujeitos

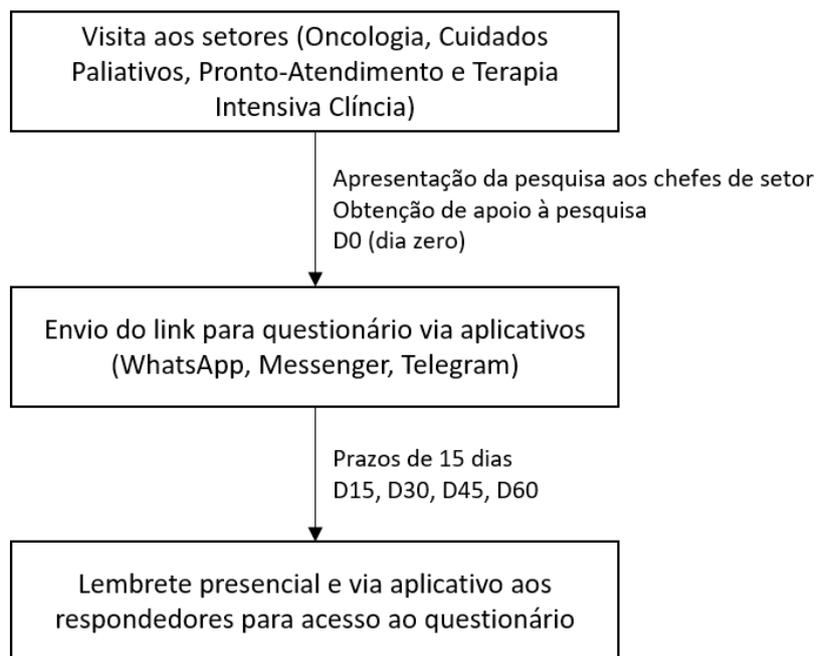


Figura 1. Fluxograma de captação dos profissionais

3.8 Definição e operacionalização de termos e variáveis

São descritas nos quadros a seguir as variáveis sociodemográficas (quadro 2), variáveis da Síndrome de Burnout (quadro 3) e variáveis da Síndrome de Fadiga por Compaixão (quadro 4).

3.8.1 Variáveis sociodemográficas:

Quadro 1. Variáveis sociodemográficas, definições operacionais e categorização.

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	CATEGORIZAÇÃO
Sexo	Informada por autorreferência durante o preenchimento do questionário.	Variável nominal dicotômica 1 - Masculino 2 - Feminino 3 - Outro 4 - Prefiro não informar
Estado civil	Autorrelatada na ficha de avaliação inicial,	Variável categórica policotômica

	sendo posteriormente categorizada.	1 - Solteiro(a) 2 - Casado(a)/união consensual 3 - Separado/divorciado(a) 4 - Viúvo(a)
Filhos	Informada por autorreferência durante o preenchimento do questionário.	Variável categórica dicotômica 1 - Não 2 - Sim
Idade	Calculada a partir da data de nascimento até o dia da admissão no estudo.	Variável numérica contínua expressa em anos
Raça	Conforme autodeclaração do participante, de acordo com a classificação Categorias Raciais nos censos demográficos - Brasil/2010 - FIBGE: branca, parda, negra, amarela e indígena	Variável categórica policotômica 1- Branca 2- Parda 3- Negra 4- Amarela 5- Indígena
Categoria profissional	Área de atuação profissional com registro em conselho de categoria.	Variável categórica policotômica 1 – Medicina 2 – Enfermagem 3 – Técnico em Enfermagem
Tempo de atuação na área	Número de anos completos de atuação dentro de sua categoria profissional. Na análise, foi categorizada em: menos que 5 anos, de 5 a 10 anos, de 10 a 20 anos, mais que 20 anos.	Variável numérica contínua expressa em anos
Sector de trabalho	Local ou setor de lotação na instituição.	Variável categórica policotômica 1 – Cuidados Paliativos 2 – Oncologia 3 – UTI 4 – Pronto-Atendimento
Tempo de atuação no setor	Número de anos de trabalho no setor informado. Posteriormente categorizada em menos que 5 anos; mais que 5 e menos que 10 anos; mais que 10 e menos que 20 anos; mais que 20 anos de trabalho.	Variável numérica contínua expressa em anos

Considerar-se religioso	Autodeclaração do participante durante o preenchimento do questionário.	Variável categórica dicotômica 1 - Não 2 - Sim
Denominação religiosa	Autodeclaração do participante durante o preenchimento do questionário.	Variável categórica policotômica 1 - Católica 2 - Protestante 3 - Espírita 4 - Budista 5 - Outra
Considerar-se espiritualizado	Obtida por autorreferência durante o preenchimento do questionário.	Variável categórica dicotômica 1 - Não 2 - Sim
Regime de trabalho do IMIP	Formato de distribuição da carga horária semanal ou mensal na instituição.	Variável categórica dicotômica 1 - Diarista 2 - Plantonista
Carga horária de trabalho semanal no setor	Número de horas semanais trabalhadas no setor.	Variável categórica policotômica 1 - 12h 2 - 24h 3 - 30h 4 - 40h 5 - Maior que 40h
Carga horária de trabalho semanal na instituição	Número de horas semanais trabalhadas na instituição.	Variável categórica policotômica 1 - 12h 2 - 24h 3 - 30h 4 - 40h 5 - Maior que 40h
Ocupação em outros locais	Exercer atividade laborativa em outra instituição.	Variável categórica dicotômica 1 - Não 2 - Sim
Ocupação em outro local	Exercício da mesma função na instituição e em outra(s).	Variável categórica dicotômica 1 - Não 2 - Sim
Quantidade de	Número de outros locais com atividade	Variável categórica dicotômica

locais de trabalho concomitantes	laborativa em exercício.	1 – Um local 2 – Mais de um local
Carga horária de trabalho semanal em outro local	Número de horas semanais trabalhadas em outra(s) instituição(ões).	Variável categórica policotômica 1 - 12h 2 – 24h 3 – 30h 4 – 40h 5 - Maior que 40h
Curso de graduação ou pós-graduação	Estar em desenvolvimento de curso de graduação ou pós-graduação além da formação original.	Variável categórica dicotômica 1 – Não 2 – Sim
Carga horária semanal dedicada a curso de graduação e/ou pós-graduação	Número de horas semanais dedicadas a cursos de graduação ou pós-graduação em desenvolvimento.	Variável categórica policotômica 1 – 6h 2 – 6 a 12h 3 – Mais que 12h
Animal de estimação	Possuir algum animal de estimação.	Variável categórica dicotômica 1 – Não 2 – Sim
Experiência de familiar com doença grave e incurável	Vivência com ente querido portador de doença ameaçadora à vida e progressiva.	Variável categórica dicotômica 1 – Não 2 – Sim
Perda de familiar por doença grave e incurável	Vivência de perda (ou morte) de ente querido por doença ameaçadora à vida e progressiva	Variável categórica dicotômica 1 – Não 2 – Sim

3.8.2 Variáveis da Síndrome de Burnout: subcategorias desligamento do trabalho (DT) e exaustão emocional (EE).³²

Quadro 2. Variáveis da Síndrome de Burnout, definições operacionais e categorização.

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	CATEGORIZAÇÃO
Desligamento	Distanciamento do objeto e conteúdo do	Variável numérica

do trabalho	trabalho, particularmente com respeito à identificação com o trabalho e vontade de continuar na mesma profissão. Obtida através de questionário específico (anexo 2) e através de escala tipo Likert, com 4 categorias, de discordo totalmente a concordo totalmente.	ordinal
Exaustão emocional	Consequência de intensa pressão, afetiva e física, isto é, como uma consequência de longo prazo à certas exigências desfavoráveis de trabalho. Obtida através de questionário específico (anexo 2) e através de escala tipo Likert, com 4 categorias, de discordo totalmente a concordo totalmente.	Variável numérica ordinal

3.8.3 Variáveis da Síndrome de Fadiga por Compaixão subcategorias burnout (BO), fadiga por compaixão (FC) e satisfação por compaixão (SC).⁸⁴

Quadro 3. Variáveis da Síndrome de Fadiga por Compaixão, definições operacionais e categorização.

VARIÁVEIS	DEFINIÇÃO OPERACIONAL	CATEGORIZAÇÃO
Burnout	Aspectos ligados à exaustão emocional, ou seja, um sentimento de falta de energia, de desânimo. Obtida através de questionário específico (anexo 1) e através da escala de Likert, com 5 categorias, de discordo totalmente a concordo totalmente.	Variável numérica ordinal
Fadiga por compaixão	Efeitos nocivos da exposição secundária a eventos ligados à dor e ao sofrimento.	Variável numérica ordinal

	Obtida através de questionário específico (anexo 1) e através da escala de Likert, com 5 categorias, de discordo totalmente a concordo totalmente.	
Satisfação por compaixão	<p>Prazer proveniente do sentir-se capaz de desempenhar bem o seu trabalho, um sentimento de satisfação por sentir-se capaz de ajudar as pessoas que estão sofrendo.</p> <p>Obtida através de questionário específico (anexo 1) e através da escala de Likert, com 5 categorias, de discordo totalmente a concordo totalmente.</p>	Variável numérica ordinal

3.9 Coleta de dados

Para a coleta de dados foram utilizadas as escalas *Professional Quality of Life Scale* (ProQoL-IV-BR, validada no Brasil por Lago e Codo⁸²) (Anexo I) e *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI, validada no Brasil por Schuster e Dias⁸¹) (Anexo II), para avaliação de das Síndromes de Fadiga por Compaixão e de Burnout, respectivamente. Além disso, foram coletados dados sociodemográficos.

3.10 Instrumentos de coleta de dados

A *Professional Quality of Life Scale* (ProQoL-IV-BR) (Anexo I), composta por 28 itens, é o produto de um processo de validação semântica e psicométrica da *Professional Quality of Life Scale* em sua quarta versão (ProQoL-IV) de autoria de Stamm (2005) realizada por Lago e Codo (2013).^{84, 85}

Trata-se de escala Likert, na qual os participantes devem responder aos itens pontuando de 1 (raramente) a 5 (sempre). Os escores obtidos do ProQol-BR serão transpostos a um banco de dados no programa Microsoft Excel e analisados conforme o “The ProQOL Manual”⁸⁵, publicação da autora da escala com instruções específicas sobre interpretação dos dados encontrados, que também conta com inferências em relação aos padrões de disposição (baixo, moderado ou alto) das sub-escalas satisfação por compaixão, burnout e fadiga por compaixão entre si. Esses padrões podem compor diferentes espectros de qualidade de vida profissional que Stamm (2005) descreve em seu manual.⁸⁵ A literatura na área, apesar de escassa, especialmente no Brasil, aponta como padrão mais compatível com desequilíbrio da qualidade de vida profissional as combinações de: escore baixo/moderado em SC e escores altos em BO e em FC, de acordo com Souza⁸⁶ sendo os demais padrões tidos como menos preocupantes quanto a esse indicador.

No manual da quinta e mais recente versão do Pro-Qol, Stamm (2005) mantém o uso da técnica dos quartis para estabelecer cortes entre níveis seguros e níveis preocupantes ou indicadores de risco de SFC.⁸⁵ A autora ressalta que é importante entender o ProQol não como instrumento diagnóstico, visto que a fadiga por compaixão não consta oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V), mas sim como um elemento auxiliar no rastreamento de aspectos individuais a serem investigados com o uso correto de meios diagnósticos.

A *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI)⁸⁷ (Anexo II) foi desenvolvida por Demerouti (2008) como um instrumento alternativo à avaliação tradicional do Burnout pela *Maslach*

Burnout Inventory (MBI)¹³, propiciando uma avaliação baseada em dois fatores (duas subescalas com 8 itens cada), quais sejam, exaustão e desligamento do trabalho, e pode ser aplicada em qualquer situação ocupacional. A versão validada para o português, de autoria de Schuster e Dias (2018), foi publicada com treze itens, o que melhorou seu poder de mensuração na língua nacional.³² Os participantes devem responder aos itens usando uma escala tipo Likert que varia de 1 (discordo totalmente) a 4 (concordo fortemente).

O fator exaustão é definido como decorrente de pressão afetiva ou física intensa, em consecução a longo período de demandas desfavoráveis no ambiente de trabalho, em um continuum de energia que vai do vigor emocional à exaustão. A dimensão desligamento do trabalho diz respeito ao distanciamento do objeto e do conteúdo deste trabalho, especialmente no tocante à identificação com o mesmo e o desejo de continuar na mesma profissão, este um continuum de identificação do trabalho, que vai da dedicação ao desligamento.

3.11. Procedimentos, testes, técnicas e exames

Após verificação dos critérios de elegibilidade, os participantes foram convidados a participar da pesquisa através de visitas do pesquisador aos setores de trabalho (Cuidados Paliativos, Unidade de Terapia Intensiva, Oncologia Adulto e Serviço de Pronto-Atendimento). A aplicação dos questionários foi realizada em formato eletrônico, através da plataforma SurveyMonkey, dentro de um período máximo de coleta de respostas de sessenta dias, entre os meses de outubro a dezembro de 2019. O tempo médio para resposta ao questionário foi de cerca de dez minutos. Considerando que o engajamento, isto é, a cooperação dos participantes em pesquisas eletrônicas costuma ser menor, com taxas de 20 a 30% sendo consideradas razoáveis, o pesquisador realizou intervenções breves, baseadas na comunidade, no intuito de favorecer o engajamento: explicações simples junto aos trabalhadores e supervisores sobre a importância do estudo para melhor compreensão de fatores que podem influenciar os processos

de trabalho e, desta forma, catalisar melhorias através de decisões individuais ou organizacionais.⁸⁸

3.12 Procedimentos para análise dos dados

Questionário sociodemográfico

Os dados do questionário sociodemográfico foram exportados da aplicação SurveyMonkey, geradora da base de dados do questionário eletrônico, para o programa Microsoft Excel 2016, software de edição de planilhas que permite sua análise.

Inicialmente foram analisados os dados descritivos da amostra (média, desvio-padrão e frequências). Em seguida, para a escolha de cada teste, foi realizada a normalidade dos dados em todas as variáveis, por meio do teste de *Shapiro-Wilks*. Para as avaliações inferenciais foram utilizados os testes não paramétricos, uma vez que não foi encontrada normalidade dos dados: *Mann-Whitney* (2 grupos independentes) e *Kruskal-Wallis* (3 ou mais grupos independentes) e correlação de *Spearman*. O software escolhido para todas as análises foi o SPSS-IBM 22.0 – devidamente registrado, estipulando-se um nível de significância de $p \leq 0,05$.

3.13 Aspectos éticos

Esse projeto de pesquisa foi submetido à Plataforma SIGAP/IMIP sob N° 1134. Posteriormente, foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP), sendo aprovado sob o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética – CAAE 21626619.2.0000.5201. Os profissionais elegíveis foram informados sobre o objetivo do estudo, sua duração e a não obrigatoriedade de participação. Na aceitação em participar, receberam um termo de consentimento informado contendo todos os dados relevantes da pesquisa.

Este estudo envolveu riscos mínimos para os participantes, uma vez que poderia haver algum desconforto por responderem sobre alguns aspectos de sua vida pessoal e profissional. Como forma de evitar ou reduzir esse possível constrangimento, os autores assumiram o compromisso de garantir o total sigilo das informações dadas. Também existiu o risco mínimo de os participantes de se sentirem entediados ao responder ao questionário e nesse ínterim, foram tomadas as devidas precauções para que o mesmo seja o mais sucinto e objetivo possível. Não obstante, os pesquisadores se colocaram à disposição para ofertar suporte de cuidado caso algum dos participantes relatasse qualquer desconforto emocional decorrente da participação na pesquisa. Todos os procedimentos seguiram à risca as orientações da Resolução N° 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde, em respeito aos aspectos éticos da pesquisa.

Aos profissionais participantes do estudo foi assegurado o direito de declinar do mesmo a qualquer momento. Da mesma forma, foi-lhes assegurada confidencialidade dos dados, deixando-se claro que os dados coletados poderiam ser divulgados de maneira consolidada em eventos de cunho científico ou ainda publicados em periódicos.

Como benefício para a área acadêmica e científica, pretendeu-se descrever como as Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão poderiam estar afetando os profissionais dos referidos serviços e tecer correlações e considerações sobre os fatores de risco e de proteção envolvidos, além de pontuar possíveis focos de ação para cuidar desses profissionais e prevenir seu adoecimento, com consequentes ganhos na melhoria da assistência à população.

4. RESULTADOS

De acordo com as normas do Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos associado à Residência em Saúde do IMIP, os resultados dessa dissertação serão apresentados na forma de: uma produção bibliográfica (artigo submetido a periódico) e dois produtos técnico-

educacionais, sendo uma proposta de organização de evento (colóquio) e um material didático e instrucional (e-book).

Burnout e Fadiga por Compaixão entre equipes médica e de enfermagem em cenários do itinerário terapêutico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos: um estudo transversal

Burnout and Compassion Fatigue among medical and nursing teams in palliative care: a cross-sectional study

Burnout y fatiga por compasión en equipos médicos y de enfermería en cuidados paliativos: un estudio transversal

Burnout e Fadiga por Compaixão entre equipes de saúde

Arthur Fernandes da Silva, MsC, médico, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal
Quadra CA 9, lote 2, Ed San Diego, apto 103. Bairro Lago Norte. Brasília, DF. CEP 71.503-509 / (61) 98212-9809

arthurfernandes.mfc@gmail.com <https://orcid.org/0000-0001-7917-836X>

Josene Ferreira Carvalho, PhD, psicóloga, Grupo Oncologia D'Or

josene.carvalho@yahoo.com.br <https://orcid.org/0000-0002-7056-4958>

Jurema Telles de Oliveira Lima, PhD, médica, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira

jurematsales@gmail.com <https://orcid.org/0000-0002-8607-1584>

RESUMO

Introdução: Trabalhadores da área da saúde, como médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem, podem estar submetidos aos estresses físicos ou emocionais relacionados ao trabalho por diversos motivos: fatores organizacionais, falta de habilidades ou competências e baixo suporte social no trabalho, além de questões internas, como a exposição frequente no cuidado de pessoas com sofrimentos intensos. **Objetivo:** Este estudo objetivou avaliar os fatores relacionados à Síndrome de *Burnout* (SB) e à Fadiga por Compaixão (FC) entre equipes médicas e de enfermagem de cenários do itinerário terapêutico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos. **Método:** Este foi um estudo transversal com equipes médicas e de enfermagem dos serviços de cuidados paliativos, emergência, oncologia clínica e terapia intensiva de um centro de referência em oncologia em Recife, Pernambuco (Brasil). Foram coletados dados sociodemográficos e utilizadas as escalas *Oldenburg Burnout Inventory* e *Professional Quality of Life Scale* para avaliar SB e FC, respectivamente. **Resultados:** Os médicos exibiram características mais propensas ao sofrimento, com menor satisfação por

compaixão ($45,67 \pm 10,55$) e maior desligamento do trabalho ($2,28 \pm 0,66$). Profissionais no setor cuidados paliativos demonstraram caracteres mais positivos em comparação aos demais, com menor desligamento do trabalho ($1,86 \pm 0,38$; $p = 0,04$) e maior satisfação por compaixão ($53,63 \pm 10,33$). Os setores de terapia intensiva e emergência apresentaram perfil de risco de adoecimento maior, com reduzida satisfação por compaixão e elevado desligamento do trabalho. **Conclusão:** Médicos e equipes de emergência e de terapia intensiva estiveram mais propensos ao sofrimento pelas SB e FC, enquanto técnicos em enfermagem e a equipe de cuidados paliativos apresentaram indicadores mais salútares. Esses dados podem subsidiar abordagens institucionais a fim de identificar fatores de risco para a SB e FC entre os trabalhadores e desenvolver soluções efetivas a eles direcionadas.

Descritores: Cuidados Paliativos, Burnout, Fadiga de Compaixão.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare workers, such as doctors, nurses and nursing technicians, may be subjected to physical or emotional stress related to work for several reasons: organizational factors, lack of skills or competencies and low social support at work, in addition to internal issues, such as frequent exposure to caring for people with intense suffering. **Aim:** This study aimed to evaluate the factors related to Burnout Syndrome (BS) and Compassion Fatigue (CF) among medical and nursing teams in scenarios of the therapeutic itinerary of oncology patients in palliative care. **Method:** This was a cross-sectional study with medical and nursing teams from palliative care, emergency, clinical oncology, and intensive care services at a referral center for oncology in Recife, Pernambuco (Brazil). Sociodemographic data were collected and the Oldenburg Burnout Inventory and Professional Quality of Life Scales were used to assess BS and CF, respectively. **Results:** 83 professionals participated, the majority of whom were female (73.50%), single (48.20%), with children (50.60%), brown skin color/race (50.60%), professing some religion (84.30%), with around three quarters of the sample (74.70%) having worked in their respective area for less than 10 years. Physicians exhibited characteristics more prone to suffering, with lower compassion satisfaction ($45,67 \pm 10,55$) and greater disengagement from work ($2,28 \pm 0,66$). Professionals in the palliative care sector demonstrated more positive characteristics compared to others, with lower disengagement from work ($1,86 \pm 0,38$; $p = 0,04$) and greater compassion satisfaction ($53,63 \pm 10,33$). The intensive care and emergency departments presented a higher risk profile for illness, with reduced compassion satisfaction and high levels of disengagement from work. **Conclusion:** Physicians and emergency and intensive care teams were more likely to suffer from BS and CF, while nursing technicians and the palliative care team presented healthier indicators. These data can support institutional approaches to identify risk factors for BS and CF among workers and develop effective solutions aimed at them.

Key words: Palliative Care, Burnout, Compassion Fatigue.

RESUMEN

Introducción: Los trabajadores de la salud, como médicos, enfermeras y técnicos de enfermería, pueden estar sujetos a estrés físico o emocional relacionado con el trabajo por varias razones: factores organizacionales, falta de habilidades o competencias y bajo apoyo social en el trabajo, además de cuestiones internas, como la exposición frecuente al cuidado de personas con intenso sufrimiento. **Objetivo:** Este estudio tuvo como objetivo evaluar los factores relacionados con el síndrome de Burnout (SB) y el fatiga por compasión (FC) entre los equipos médicos y de enfermería en escenarios del itinerario terapéutico de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. **Método:** Se trata de un estudio transversal con equipos médicos y de enfermería de cuidados paliativos, urgencias, oncología clínica y cuidados intensivos de un centro de referencia en oncología de Recife, Pernambuco (Brasil). Se recopilaron datos sociodemográficos y se utilizaron el Inventario de Burnout de Oldenburg y las Escalas de Calidad de Vida Profesional para evaluar el SB y el FC, respectivamente. **Resultados:** Participaron 83 profesionales, siendo en su mayoría mujeres (73,50%), solteras (48,20%), con hijos (50,60%), color de piel/raza morena (50,60%), que profesaban alguna religión (84,30%), y alrededor de tres cuartas partes de la muestra (74,70%) tenían menos de 10 años de trabajar en su respectiva área. Los médicos exhibieron características que los hicieron más proclives a la angustia, con menor satisfacción por compasión ($45,67 \pm 10,55$) y mayor desconexión con el trabajo ($2,28 \pm 0,66$). Los profesionales del sector de cuidados paliativos demostraron características más positivas en comparación con otros, con menor desconexión del trabajo ($1,86 \pm 0,38$; $p = 0,04$) y mayor satisfacción debido a la compasión ($53,63 \pm 10,33$). Los sectores de cuidados intensivos y emergencias presentaron un mayor perfil de riesgo de enfermedad, con menor satisfacción con la compasión y altos niveles de desconexión laboral. **Conclusión:** Los médicos y los equipos de urgencias y cuidados intensivos presentaron mayor probabilidad de padecer SB y FC, mientras que los técnicos de enfermería y el equipo de cuidados paliativos presentaron indicadores más saludables. Estos datos pueden respaldar los enfoques institucionales para identificar los factores de riesgo del síndrome de Down y el síndrome de fatiga crónica entre los trabajadores y desarrollar soluciones eficaces dirigidas a ellos.

Palabras clave: Cuidados Paliativos, Burnout, Desgaste por Empatía.

INTRODUÇÃO

Trabalhadores da área da saúde podem estar submetidos ao estresse relacionado ao trabalho por diversos motivos: fatores organizacionais, falta de habilidades ou competências e

baixo suporte social no trabalho. Tais fatores podem conduzi-los ao sofrimento e ao burnout, culminando com perda de qualidade de vida e comprometimento da qualidade do trabalho.¹⁻³ Junto à percepção de níveis de estresse sem precedentes entre profissionais de saúde nos últimos anos, há índices crescentes de insatisfação com a relação entre o trabalho e a vida pessoal, uso de substâncias psicoativas, escolha de carreira e existência concorrente de transtornos do humor, que vão de quadros de distímia, passando por depressão menor, até transtornos depressivos maiores.^{4,5} Estudos indicam que profissionais com habilidades sociais bem desenvolvidas tendem a enfrentar esses desafios de forma resiliente e saudável, mantendo-se estimulados no trabalho.⁶

Na área da saúde, os cuidados paliativos apresentam características singulares, posto que representam uma porção fundamental de um sistema de saúde centrado nos indivíduos e representa uma abordagem voltada ao cuidado de pessoas convivendo com doenças graves e ameaçadoras à vida, com foco no controle de sintomas físicos, emocionais, sociais e espirituais; não obstante, pressupõe a preservação da qualidade de vida, a partir de uma visão interdisciplinar, também considerando a família no processo de cuidado.⁷

A disposição ao cuidado de pessoas e famílias com demandas complexas e multidimensionais pode expor profissionais de saúde a sofrimentos intensos, envolvendo o controle de sintomas de difícil controle, comunicação de notícias difíceis, exposição à morte e ao morrer, trabalho em equipe, convivência com incertezas e absorção de sentimentos conflituosos, como pesar, raiva e desespero por parte de pacientes e famílias.⁸ Pessoas podem necessitar de cuidados paliativos relacionados a diversas histórias naturais de adoecimento, como insuficiências orgânicas, câncer, demências, dentre outras e, naturalmente, podem apresentar tais demandas nos mais diversos cenários assistenciais, como serviços de emergência, unidades de terapia intensiva, ambulatorios, enfermarias especializadas em clínica médica, oncologia ou cuidados paliativos.⁹

Tendo em vista as demandas dos pacientes e familiares e os recursos diversos entre tantos cenários de assistência, compreende-se que os profissionais de saúde envolvidos no itinerário terapêutico dos pacientes oncológicos em cuidados paliativos podem estar expostos à intenso estresse. Considerando um centro de referência em oncologia, esse itinerário é fundamentalmente composto por serviços como pronto-atendimento, enfermarias de oncologia clínica e de cuidados paliativos, bem como terapia intensiva. As sobrecargas físicas e

emocionais relacionadas ao cuidado de doentes podem ter consequências negativas, como a Síndrome de Burnout (SB) e a Fadiga por Compaixão (FC).¹⁰

De fora para dentro: a experiência do *Burnout*

O burnout pode ser descrito como uma síndrome complexa relacionada ao trabalho com subcomponentes como exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal.¹¹ A exaustão emocional envolve uma sensação de energia mental drenada ou muito reduzida; a despersonalização representa um distanciamento do trabalho, com desresponsabilização progressiva sobre os processos relacionados e a baixa realização pessoal se traduz no sentimento de incompetência ou reduzida eficácia pessoal na profissão.¹¹ Esses fatores, combinados e expressos na forma de sofrimento na SB, comprometem significativamente a qualidade do trabalho¹² e, no caso de profissionais da área da saúde, a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.^{13, 14}

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu a SB na nova Classificação Internacional de Doenças, a CID-11¹⁵, com sua definição atualizada para "uma síndrome resultante de um estresse crônico no trabalho que não foi administrado com êxito", sendo entendida como um fenômeno relacionado ao trabalho. Para a OMS, quando instalada, a SB pode se caracterizar por sensação de esgotamento, sentimentos negativos relacionados ao trabalho e eficácia profissional reduzida.

Uma revisão sistemática sobre SB entre médicos incluiu 176 estudos transversais e 6 estudos longitudinais, totalizando 182 trabalhos em 45 países, publicados entre 1991 e 2018, com 4 a 7830 participantes em cada estudo, perfazendo um total de 109.628 pessoas.¹⁶ A prevalência média estimada para a condição SB foi de 67%, variando de 0% até 80,5%, com exaustão emocional e despersonalização presentes em 72% e 63,2%, em média, respectivamente.¹⁷ Outra pesquisa desenvolvida com 80 médicos e 102 enfermeiros em centro oncológico apontou níveis significativos de SB em ambas as categorias, que foram associados às disparidades notadas pelos trabalhadores entre os seus valores pessoais e aqueles promovidos pela gestão do serviço, especialmente no tocante à longos turnos, sobrecarga de trabalho e falta de reconhecimento dos resultados pelos gestores.¹⁸

Quanto à sua avaliação, o *Maslach Burnout Inventory* (MBI)¹¹ (e suas variações) é o instrumento mais utilizado, presente em até 90% dos trabalhos no tema¹⁸; outros instrumentos são a *Copenhagen Burnout Inventory* e a *Shirom-Melamed Burnout Measurement*.^{19, 20} Contudo, estudos adicionais apontaram críticas às qualidades psicométricas da primeira e à

visão reducionista da SB a uma dimensão única, caracterizada por depleção de energia (ou exaustão), para as últimas.^{21, 22} Assim, o presente trabalho utilizou um outro instrumento, que foi desenhado para superar as fragilidades e as desvantagens metodológicas da MBI, a *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI)²³, na sua versão validada para o português brasileiro.²⁴

Há mais de 80 fatores elencados na etiopatogenia da SB.²⁵ Estudos apresentam esses elementos sob pontos de vista internos ou externos ao profissional.²⁶ Dentre os primeiros, estariam posturas perfeccionistas, expectativas idealizadas, supressão de necessidades pessoais, desejo de agradar outras pessoas.²⁶ Dentre os últimos, os fatores externos, encontram-se problemas com a liderança, pressão do tempo e da produtividade, falta de liberdade para tomar decisões ou influenciar a organização.²⁶

A SB está relacionada ao sofrimento no trabalho em condições ruins ou desafiadoras. Contudo, profissões de cuidado, como as da área da saúde, podem experimentar outras dimensões de sofrimento particulares, que encontram sua raiz no processo de cuidado de pacientes com sofrimentos intensos.

De dentro para fora: a vivência da fadiga por compaixão

O cuidado de alguém é uma experiência complexa que envolve a percepção das vulnerabilidades do outro, perpassa a sensação de uma resposta afetiva a elas e culmina na tomada de ação em direção a esse outro e suas necessidades de forma humana, preenchida por significado.²⁷ Pessoas adoecidas desejam ser tratadas com cuidado que inclua a escuta sobre suas necessidades e uma relação humana e compassiva com o cuidador.²⁸ A compaixão pode ser descrita como um processo complexo que resulta da interação entre dimensões afetivas, somáticas e cognitivas que podem ser desenvolvidas; tal processo é dependente de relações e se inicia pelo reconhecimento do sofrimento de alguém.²⁸ O sentimento chamado compaixão representa uma combinação de emoções amorosas e dolorosas despertadas pelo reconhecimento do sofrimento desnecessário (ou sem propósito) pelo qual outras pessoas passam, isto é, uma disposição benevolente em direção ao outro, independente de julgamentos. A atitude compassiva seria a tradução desse sentimento “temperando” a relação de cuidado de forma proativa e respeitosa, através de palavras, atitudes ou mesmo do silêncio.²⁹

A fadiga por compaixão foi descrita inicialmente à guisa de explicação sobre a perda da habilidade de cuidar entre enfermeiros em serviço de emergência, os quais apresentavam sintomas como senso de baixa eficácia, cansaço, fadiga, tristeza e raiva, além de alterações orgânicas como problemas no sono, cefaleias e alterações do sistema digestivo, manifestações

físicas e emocionais tratadas como consequências do cuidado continuado de pacientes com necessidades complexas e sobrecarga de trabalho.³⁰ Pouco depois, em 1995, a FC foi utilizada para discorrer sobre o “custo do cuidado” entre profissionais da área.³¹

A FC equivale ao estresse traumático secundário, isto é, uma combinação de pensamentos intrusivos, evitação dos clientes ou pacientes, estado de hipervigilância, irritabilidade, raiva e memórias traumáticas relacionadas aos traumas dos pacientes, causado pelo exercício contínuo de compaixão para com pessoas com sofrimentos insolúveis.³¹

Apesar da produção científica³²⁻³⁴ dos últimos anos, a relação entre SB e FC ainda é controversa^{35, 36}, havendo divergências entre autores e considerações de fadiga por compaixão como uma consequência natural do cuidado de pessoas em sofrimento³²; como culpa sentida pelo cuidador na falha da tentativa de salvar outrem; visão da FC e SB como fenômeno único³⁷ descrito de formas diferentes ou, ainda, percepção da SB como dimensão da FC³⁸. Nesse cenário, a prevalência de FC varia em médias de 25 a 45% entre profissionais de saúde³⁴.

Este estudo objetivou avaliar os fatores relacionados às SB e FC entre as equipes médicas e de enfermagem cenários do itinerário terapêutico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos de um centro de referência em oncologia brasileiro.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Este foi um estudo exploratório, transversal, utilizando técnica quantitativa, descrito segundo as diretrizes STROBE (Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology)³⁹. O trabalho foi conduzido na cidade de Recife (PE), Brasil, em um centro de referência de alta complexidade em oncologia para todos os tipos de câncer, além da formação de recursos humanos para a saúde nessas áreas.

O Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) é um complexo hospitalar de referência nas áreas clínica, cirúrgica, pediátrica e tocoginecológica para o Nordeste brasileiro e, em algumas especialidades como cuidados paliativos e oncologia, para o país. Credenciado também como um Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON), presta cuidados de diagnóstico e terapêuticos para todos os tipos de

câncer nas populações adulta e pediátrica, com serviços de quimioterapia, cirurgia e radioterapia, além da oferta de cuidados paliativos e da formação de recursos humanos para a saúde nessas áreas, com as residências médica, multiprofissionais e uniprofissionais.

Os setores onde os participantes da pesquisa trabalham foram as enfermarias de Oncologia (unidades masculina e feminina, num total de 32 leitos), Cuidados Paliativos (Casinha) (14 leitos), Unidade de Terapia Intensiva clínica (UTI) (10 leitos) e o Serviço de Pronto-Atendimento (SPA) (12 leitos).

Participantes

Foram recrutados profissionais para o preenchimento de questionário eletrônico. Os critérios de inclusão foram (1) ser médico, enfermeiro ou técnico em enfermagem e (2) compor as equipes dos serviços de cuidados paliativos, oncologia, terapia intensiva ou emergência. Os critérios de exclusão foram: (1) estar em período de férias ou em licença (maternidade, paternidade ou médica) no momento do estudo ou (2) preenchimento incompleto dos questionários.

Utilizou-se prevalência de 50% de SB entre profissionais que trabalham com cuidados paliativos, considerando variação de 5%, poder de 80% e erro alfa de 5%, encontrando-se uma amostra populacional de 96 participantes e, considerando-se uma taxa de resposta média (25%) para questionário eletrônico, calculou-se que deveriam ser enviados questionários para 144 profissionais (um aumento de 50%) nos diferentes setores para se obter o tamanho amostral adequado diante de eventuais perdas de resposta. Os questionários foram encaminhados aos profissionais através de aplicativo de mensagens eletrônicas utilizados em sua rotina dentro de cada equipe. O tempo médio para resposta ao questionário foi de cerca de dez minutos. Considerando que o engajamento, isto é, a cooperação dos participantes em pesquisas eletrônicas costuma ser menor, com taxas de 20 a 30% sendo consideradas razoáveis, o pesquisador realizou intervenções breves, baseadas na comunidade, no intuito de favorecer o engajamento: explicações simples junto aos trabalhadores e supervisores sobre a importância do estudo para melhor compreensão de fatores que podem influenciar os processos de trabalho e, desta forma, catalisar melhorias através de decisões individuais ou organizacionais. Os dados do questionário sociodemográfico foram exportados da aplicação SurveyMonkey, geradora da base de dados do questionário eletrônico, para o programa Microsoft Excel 2016, software de

edição de planilhas que permite sua análise. Os dados foram coletados entre outubro e dezembro de 2019.

Instrumentos de coleta

Foram coletados dados sociodemográficos e profissionais dos participantes e aplicadas a *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI)²⁴ para avaliação da SB e a *Professional Quality of Life Scale* (ProQol-IV)³⁷ para avaliação da FC, ambas validadas para o português brasileiro. A OLBI é uma escala tipo Likert composta por 8 itens em duas subescalas, que avaliam as dimensões exaustão emocional e desligamento do trabalho, com maiores valores indicando maior nível de sofrimento por SB. No estudo de validação da OLBI para o português do Brasil, as validades convergentes, divergente e unidimensional foram alcançadas, demonstrando bom ajuste global.²⁴ A ProQol-IV é uma escala Likert composta por 28 itens em três subescalas, que avaliam as dimensões fadiga por compaixão, burnout e satisfação por compaixão, sendo os dois primeiros componentes relacionados a risco de sofrimento e o último um protetor para a FC. O estudo de validação da ProQol-IV para o idioma nacional foi conduzido em duas etapas: a primeira consistiu na validação semântica, em que 37 profissionais de saúde avaliaram e/ou responderam ao questionário; a segunda, de validação psicométrica, contou com a participação de 203 respondentes.³⁷ Nesta última, foram realizadas análises fatoriais e testes de consistência dos itens, resultando em uma versão brasileira que apresenta qualidades psicométricas e propriedades semânticas compatíveis com o instrumento original.³⁷

O questionário sociodemográfico e profissional incluiu a identificação de sexo, estado civil, filhos, cor/raça, religião, animal de estimação, tempo e setor de atuação profissional, regime de trabalho, carga horária na instituição e trabalho/carga horária em outro local e dedicação a estudos além do trabalho.

Análise dos dados

Dados demográficos e dos questionários foram analisados em termos de frequências e percentagens para variáveis categóricas e média e desvio-padrão para variáveis contínuas. Inicialmente foram analisados os dados descritivos da amostra (média, desvio-padrão e frequências). Em seguida, para a escolha de cada teste, foi realizada a normalidade dos dados em todas as variáveis, por meio do teste de *Shapiro-Wilks*. Para as avaliações inferenciais foram

utilizados os testes não paramétricos, uma vez que não foi encontrada normalidade dos dados: *Mann-Whitney* (2 grupos independentes) e *Kruskal-Wallis* (3 ou mais grupos independentes) e correlação de *Spearman*. O software escolhido para todas as análises foi o SPSS-IBM 22.0⁴⁰ – devidamente registrado, estipulando-se um nível de significância de $p \leq 0,05$. Foram excluídos da análise 23 questionários contendo respostas incompletas.

Considerações éticas

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) do IMIP (nº registro no CEP: 1134; nº registro CAAE: 21626619.2.0000.5201). Os participantes elegíveis aceitaram participar voluntariamente do estudo e forneceram o seu consentimento por escrito por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.⁴¹

RESULTADOS

Considerando a amostra de 144 indivíduos, a taxa de resposta final foi de 57,6% (83) formulários preenchidos completamente. Os dados sociodemográficos e profissionais estão resumidos na Tabela 1.

Tabela 1 – Características sociodemográficas e profissionais de equipes médicas e de enfermagem em um centro de referência em Oncologia em Recife-PE, 2019.

Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	22	26,50
	Feminino	61	73,50
Estado Civil	Solteiro(a)	40	48,20
	Casado(a) legalmente	29	34,90
	União estável há mais de seis meses	11	13,30
	Separado(a) ou divorciado(a)	02	2,40
	Viúvo(a)	01	1,20
Filhos	Sim	42	50,60
	Não	41	49,40
Cor/Raça	Branca	34	41,00
	Parda	42	50,60
	Negra	07	8,40
Religião	Sim	70	84,30
	Não	13	15,70
Denominação religiosa	Católica	40	48,20
	Espírita	10	12,00
	Evangélica	26	31,30
	Outras	07	8,50
Animal de estimação	Sim	30	36,10
	Não	53	63,90
Categoria Profissional	Medicina	28	33,70
	Enfermagem	21	25,30
	Técnico em enfermagem	34	41,00
Tempo de atuação	Menos de 5 anos	27	32,50

	Mais de 5 e menos de 10 anos	35	42,20
	Mais de 10 e menos de 20 anos	19	22,90
	20 ou mais anos	02	2,40
Setores	Cuidados Paliativos	16	19,30
	Oncologia Adulto	38	45,80
	SPA	20	24,10
	UTI Clínica	09	10,80
Tempo no Setor	Menos de 5 anos	49	59,00
	Mais de 5 e menos de 10 anos	28	33,80
	Mais de 10 e menos de 15 anos	06	7,20
Regime de trabalho	Diarista	39	47,00
	Plantonista	44	53,00
Carga Horária na instituição	12 horas	27	32,50
	24 horas	06	7,20
	30 horas	11	13,30
	40 horas	26	31,30
	Maior que 40	13	15,70
Trabalha em outros locais	Sim	39	47,00
	Não	44	53,00
Carga horária além da instituição	12 horas	10	25,60
	20 horas	02	5,10
	24 horas	06	15,40
	30 horas	04	10,30
	40 horas	10	15,60
	Maior que 40	07	17,90
Atualmente está em algum curso?	Sim	30	36,10

	Não	53	63,90
Dedicação aos estudos	Não se aplica	53	63,90
	6 horas semanais	10	12,00
	De 7 a 12 horas semanais	08	9,60
	Mais de 12 horas semanais	12	14,00

Abreviações: SPA: Serviço de Pronto-Atendimento; UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

SB/FC entre as categorias profissionais

Os profissionais médicos avaliados apresentaram taxas estatisticamente significativas menores de satisfação por compaixão ($45,67 \pm 10,55$) quando comparados aos profissionais enfermeiros ($52,22 \pm 9,35$) ou técnicos em enfermagem ($52,18 \pm 8,98$), além de liderar os índices de desligamento do trabalho ($2,28 \pm 0,66$) em comparação aos demais (Tabela 2). Os enfermeiros estiveram mais propensos a apresentar fadiga por compaixão ($53,98 \pm 8,14$) e exaustão emocional ($3,04 \pm 0,74$) que as outras categorias (Tabela 2).

Tabela 2 – Relação entre variáveis das Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão em função das categorias profissionais em um centro de referência em Oncologia em Recife-PE, 2019.

Variáveis	Medicina			Enfermagem			Técnico em Enfermagem			p
	Média	DP	MD	Média	DP	MD	Média	DP	MD	
ProQOL-IV										
<i>SC</i>	45,6	10,5	45,6	52,2	9,35	55,0	52,18	8,98	54,3	0,02
		5	5	2		6			0	
<i>Burnout</i>	51,1	8,82	54,0	51,8	11,0	51,2	47,91	10,1	47,5	0,29
	1		4	7	2	5		6	2	
<i>FC</i>	49,0	9,89	46,8	53,9	8,14	54,5	48,32	10,7	46,4	0,03
	4		5	8		1		0	6	

OLBI										
<i>DT</i>	2,28	0,66	2,36	2,19	0,70	2,36	1,99	0,59	1,86	0,19
<i>EE</i>	2,68	0,68	2,83	3,04	0,74	3,17	2,46	0,76	2,25	0,02

Abreviações: *ProQOL-IV: Professional Quality of Life Scale, version IV*; *OLBI:*

Oldenburg Burnout Inventory; SC: satisfação por compaixão; DT: desligamento do trabalho; EE: exaustão emocional; DP: desvio-padrão; MD: mediana. Legenda: Os valores de *p* foram obtidos através de testes de *Kruskal-Wallis*, uma vez que os pressupostos de normalidade não foram atendidos, para comparar as médias/medianas entre as categorias profissionais.

SB/FC entre setores de trabalho

A satisfação por compaixão foi maior no setor cuidados paliativos, seguido pela oncologia, terapia intensiva e emergência ($53,63 \pm 10,33$; $51,64 \pm 8,64$; $50,13 \pm 10,00$; $43,90 \pm 11,25$; $p = 0,02$) (Tabela 3). No tocante às dimensões da SB, aquele setor também apresentou menores indicadores ($1,86 \pm 0,38$; $p = 0,04$) que os setores oncologia ($2,06 \pm 0,64$), emergência ($2,33 \pm 0,73$) e terapia intensiva ($2,52 \pm 0,64$) (Tabela 3).

Tabela 3 – Relação entre variáveis das Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão em função dos setores assistenciais de equipes médicas e de enfermagem em um centro de referência em Oncologia em Recife-PE, 2019.

Variáveis	Cuidados paliativos			Oncologia Adulto			SPA			UTI Clínica			p
	Média	DP	MD	Média	DP	MD	Média	DP	MD	Média	DP	MD	
ProQOL-IV													
<i>SC</i>	53,6	10,3	57,3	51,6	8,64	53,5	43,9	11,2	49,5	50,1	10,0	48,9	0,0
	3	3	5	4		3	0	5	9	3	0	5	2
<i>Burnout</i>	46,1	11,2	44,7	49,7	10,6	50,3	53,4	8,41	55,9	50,0	6,11	51,2	0,1
	3	5	3	8	2	2	8		0	1		5	7
<i>FC</i>	48,8	10,7	47,5	49,6	9,07	48,2	52,0	12,1	50,3	48,9	7,6	48,9	0,8
	5	7	5	4		5	8	8	3	4	5	4	1

OLBI

<i>DT</i>	1,86	0,38	1,71	2,06	0,64	2,07	2,33	0,73	2,29	2,52	0,6	2,71	0,0
											4		4
<i>EE</i>	2,39	0,80	2,25	2,74	0,82	2,75	2,77	0,59	2,83	2,78	0,68	3,00	0,3
													7

Abreviações: *ProQOL-IV: Professional Quality of Life Scale, version IV*; *OLBI: Oldenburg Burnout Inventory*; *SC: satisfação por compaixão*; *DT: desligamento do trabalho*; *EE: exaustão emocional*; *DP: desvio-padrão*; *MD: mediana*. Legenda: Os valores de *p* foram obtidos através de testes de *Kruskal-Wallis*, uma vez que os pressupostos de normalidade não foram atendidos, para comparar as médias/medianas entre as categorias profissionais.

DISCUSSÃO

O presente estudo evidencia uma questão de relevância progressiva no campo da saúde: o bem-estar psicológico dos profissionais da área, grupo frequentemente identificado como vulnerável ao sofrimento.⁴² Foram obtidas respostas de de 57,6% dos sujeitos da pesquisa, proporção considerada elevada em comparação a outras pesquisas que utilizaram formulários eletrônicos⁴³, sendo a maioria dos respondentes (73,50%) mulheres.

Os achados centrais apontaram que os profissionais médicos exibiram perfil de características estatisticamente mais propensas ao sofrimento, com menor satisfação por compaixão e maior desligamento do trabalho. Coletivamente, esses resultados não apenas apontam positivamente para a hipótese central da investigação, mas também sugerem que o cultivo da satisfação por compaixão pode ser uma estratégia vital para mitigar o desgaste profissional e fomentar a resiliência.

Um estudo realizado com mais de 15.800 médicos de cerca de 25 especialidades, as maiores taxas de SB ocorreram entre terapia intensiva, urologia e medicina de emergência, com 55%, sendo seguidos de perto pela medicina de família e comunidade e pela clínica médica, com 54%.⁴⁴

Nesta pesquisa, enfermeiros demonstraram maiores índices de fadiga por compaixão e exaustão emocional as quais, apesar de associadas a características negativas, podem estar sendo ressignificadas na experiência daqueles profissionais, uma vez que também mostraram a maior satisfação por compaixão entre as categorias.

Em 2018, um estudo inglês investigou 1.651 médicos de diversas especialidades através de questionários de SB, FC e de resiliência, tendo aqueles atuantes em serviços de emergência apresentado maior SB ($p = 0,001$) e menor satisfação por compaixão ($p < 0,001$), enquanto os profissionais paliativistas apresentaram maiores índices de satisfação por compaixão e menores índices de fadiga por compaixão e SB que aqueles colegas dos serviços de terapia intensiva ou oncologia.⁴⁵

Tendo em vista um estudo⁴⁶ que apontou a prevalência de níveis de resiliência moderados (47%) a elevados (43%) entre profissionais de enfermagem, e compreendendo a resiliência⁴⁷ como um constructo composto de dimensões como espiritualidade, capacidade de formar vínculos, humor, boa auto-estima e criatividade, isto é, fatores também relacionados a experiências positivas com relações de cuidado, é possível conceber mecanismos pelos quais esses profissionais apresentaram maior satisfação por compaixão e menor exaustão emocional no presente estudo.

O atual trabalho identificou que os profissionais atuantes no setor cuidados paliativos exibiram perfil de caracteres mais positivo em comparação aos demais, com menor desligamento do trabalho e maior satisfação por compaixão.

Uma revisão sistemática recente sobre a prevalência de SB entre profissionais médicos ou enfermeiros paliativistas identificou taxas de 3 a 66% de SB entre os 13,845 participantes nos 59 artigos avaliados, publicados entre 2008 e 2020.⁴⁸

Outra investigação utilizando a MBI entre 1.357 paliativistas americanos encontrou taxa de SB de 38,7%, não havendo diferença estatisticamente significativa entre médicos (41,9%) ou outros profissionais (37,1%; $p = 0,17$). A maior contribuinte para a SB foi a exaustão emocional, sendo o trabalho em instituições menores; idade menor que 50 anos; trabalho no fim de semana e turnos longos fatores associados a maiores índices de sofrimento por SB.⁴²

Uma revisão sistemática de 15 trabalhos publicados entre 1999 e 2009 com profissionais médicos ou enfermeiros em serviços de cuidados paliativos indicou que médicos paliativistas apresentam menores índices de SB, principalmente se comparados a médicos oncologistas e que apenas um quarto dos enfermeiros avaliados demonstrou índices elevados de SB.⁴⁹

Adicionalmente, o conflito moral entre a percepção de grande demanda de pacientes com necessidades de cuidados paliativos contrastando com a baixa oferta de serviços a esses pacientes também é um fator estabelecido na gênese da SB.⁴⁹ Esse elemento é mais evidente em países com sistemas de saúde não universais, em que as oportunidades de acesso aos serviços de saúde para toda a população são limitadas e/ou mediadas por questões financeiras, em que os paliativistas se encontram sob o dilema bioético da preservação da autonomia do paciente, em nível individual e, a nível coletivo, a preocupação com a necessidade de mais procedimentos que gerem renda para esse serviço, de modo que mais pacientes possam ter acesso.^{50, 51}

No presente trabalho, os setores de terapia intensiva e emergência apresentaram perfil de risco de adoecimento maior, com reduzida satisfação por compaixão e elevado desligamento do trabalho.

Entre enfermeiras atuantes em emergência, avaliadas quanto à síndrome de fadiga por compaixão com o questionário ProQOL-IV, um estudo recente apontou níveis moderados de FC e SB na maioria das participantes, juntamente com níveis elevados de satisfação por compaixão em 78% delas. Um fator preditivo de maior satisfação por compaixão foi a formação especializada em enfermagem em emergência.⁵²

Níveis significativos de SB também foram encontrados entre profissionais de terapia intensiva e, particularmente, entre médicos intensivistas, que apresentaram taxas de 18 a 49% em revisão sistemática³¹ de 31 trabalhos entre 1998 e 2018.⁵³ Apesar das discrepâncias metodológicas, os autores chamam a atenção para o fato de que os níveis mais baixos de SB relatados entre médicos ainda são maiores que os níveis dos demais profissionais da equipe de terapia intensiva.⁵³

A abordagem da SB e da FC demanda estratégias individuais e coletivas ou organizacionais. Considerando que estudos já demonstraram uma relação inversa em SB e empatia, uma estratégia inteligente para abordar a SB no nível individual é desenvolver mecanismos de sustentar e elevar a empatia entre os trabalhadores.^{54, 55}

Profissionais paliativistas são instrumentos⁴³ potentes e vulneráveis no processo de cuidado, necessitando administrar os sentimentos derivados de suas perdas e lutos recorrentes e também agirem como fonte de amparo e cuidado compassivo junto à pacientes e familiares.⁵⁶ Como descrito por Balint, esses profissionais exemplificam a metáfora do “terapeuta como remédio” e precisam, ainda, cuidar de si mesmos.⁵⁷ O reconhecimento do autocuidado como

estratégia para prevenção do sofrimento por SB ou FC passa pelo reconhecimento de fatores individuais que constituem o chamado “capital psicológico”, o conjunto de recursos de enfrentamento aos estressores nos processos de trabalho, composto por elementos protetivos como empoderamento, resiliência e resistência.⁵⁸ Esses elementos vêm corroborar estudo⁵⁹ que aponta que práticas holísticas de autocuidado são elementos primordiais na sustentação de profissionais de saúde e também que práticas⁶⁰ de autoconhecimento estão associadas a maiores índices de satisfação por compaixão e menores de SB e de FC.

Em 2022, a entrada em vigor da 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças (CID-11), descrevendo o burnout como um fenômeno ocupacional, sinalizou uma mudança significativa na observação da síndrome, desviando o foco da resiliência individual e atribuindo responsabilidade às organizações na criação de ambientes de trabalhos mais saudáveis.⁶¹ Há que se considerar, ainda, que a pandemia de coronavírus em 2019 rerepresentou fontes de estresse ocupacional através da erosão das fronteiras entre a vida pessoal e profissional, com novos gatilhos para o esgotamento manifestado através da SB.⁶² Não obstante, a mesma pandemia foi catalisadora de pesquisas sobre FC, compreendendo o estresse traumático secundário elevado nos contextos de escassez de recursos, exaustão emocional e física e exposição continuada ao sofrimento de outrem naquele cenário.⁶³

Este estudo inova ao investigar a SB e a FC especificamente em equipes médicas e de enfermagem de um centro de referência em oncologia no Brasil, utilizando o OLBI validado para o português, o que o diferencia de análises mais amplas. Embora corrobore a vulnerabilidade de profissionais da saúde ao estresse ocupacional, com médicos e equipes de emergência/UTI apresentando maior risco, e paliativistas demonstrando indicadores mais salutares – achados consistentes com a literatura global –, sua abordagem contextualizada fornece dados relevantes para a realidade brasileira. Assim, o estudo adiciona à literatura uma compreensão granular dos fatores de risco e proteção por categoria profissional e setor, podendo embasar o desenvolvimento de intervenções institucionais direcionadas e políticas de saúde mental mais eficazes no contexto nacional.

Este estudo apresenta limitações. Primeiramente, houve uma perda de 21% em relação aos que iniciaram o preenchimento e os que efetivamente concluíram o questionário. Fatores como a sobrecarga de trabalho, falta de tempo, grande quantidade e mensagens recebidas diariamente, falta de interesse no tema (tanto pela não compreensão do mesmo, quanto por possível estado de estresse que reduziu seu interesse ou energia) podem justificar tais perdas.¹⁴

Adicionalmente, a vivência do pesquisador enquanto residente na área, atuando no serviço, e o envio de lembretes aos supervisores e a realização de visitas periódicas aos setores e podem ter contribuído para a melhoria da taxa de resposta.⁶⁰ Por fim, tratou-se de estudo realizado exclusivamente em um centro de oncologia no Brasil, e utilizando um questionário de informações sociodemográficas e profissionais desenvolvido pelos autores e não validado.

CONCLUSÕES

Profissionais médicos e as equipes dos serviços de emergência e de terapia intensiva demonstraram perfis de maior risco para o sofrimento pelas Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão. Profissionais técnicos em enfermagem e a equipe do serviço de cuidados paliativos apresentaram indicadores mais salutares, como maior satisfação por compaixão. Esses dados podem subsidiar abordagens institucionais a fim de identificar fatores de risco às Síndromes de Burnout ou Fadiga por Compaixão entre os trabalhadores e desenvolver soluções efetivas a eles direcionados.

REFERÊNCIAS

1. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers [Internet]. Vol. 2015, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2015 [cited 2021 May 1]. Disponível em: [/pmc/articles/PMC6718215/](#)
2. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Mörkl S, et al. Depression-burnout overlap in physicians. PLoS One [Internet]. 2016;11(3). Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26930395/>
DOI: 10.1371/journal.pone.0149913
3. Oquendo MA, Bernstein CA, Mayer LES. A Key Differential Diagnosis for Physicians – Major Depression or Burnout? [Internet]. Vol. 76, JAMA Psychiatry. American Medical Association; 2019. p. 1111. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31314066/>
DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1332
4. Utriainen K, Kyngäs H. Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. J Nurs Manag [Internet]. 2009;17(8):1002–10.

DOI: 10.1111/j.1365-2834.2009.01028.x

5. Yu X, Zhao Y, Li Y, Hu C, Xu H, Zhao X, et al. Factors Associated With Job Satisfaction of Frontline Medical Staff Fighting Against COVID-19: A Cross-Sectional Study in China. *Front Public Heal* [Internet]. 2020;8:426. Disponible em: [/pmc/articles/PMC7417651/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3417651/)

DOI: 10.3389/fpubh.2020.00426

6. Schwendimann R, Dhaini S, Ausserhofer D, Engberg S, Zúñiga F. Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes - A cross sectional survey study. *BMC Nurs*. 2016 Jun 6;15(1). Disponible em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4895903/>

DOI: 0.1186/s12912-016-0160-8

7. World Health Organization. WHO definition of palliative care. Disponible em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>

8. 1. Rokach A. Caring for those who care for the dying: coping with the demands on palliative care workers. [Internet]. Vol. 3, *Palliative & supportive care*. Cambridge University Press; 2005 p. 325–32. Disponible em: <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/abs/caring-for-those-who-care-for-the-dying-coping-with-the-demands-on-palliative-care-workers/170C5B153F1F5FFC7DA0A9F664A2082F>

9. Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. *Campion EW*, editor. *N Engl J Med* [Internet]. 2015;373(8):747–55. Disponible em: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1404684>

10. Marilaf Caro M, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Empathy, loneliness, Burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services. *Enfermería Clínica* (English Ed. 2017 Nov 1;27(6):379–86. Disponible em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117300633?via%3Dihub>

DOI: 10.1016/j.enfcli.2017.04.007

11. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced Burnout. *J Organ Behav* [Internet]. 1981;2(2):99–113. Disponible em: <http://doi.wiley.com/10.1002/job.4030020205>

DOI: 10.1002/job.4030020205

12. Frey R, Robinson J, Wong C, Gott M. Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018;43:1–9. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30220354/>

DOI: 10.1016/j.apnr.2018.06.003

13. Kang EK, Lihm HS, Kong EH. Association of intern and resident Burnout with self-reported medical errors. *Korean J Fam Med* [Internet]. 2013;34(1):36–42. Disponível em: </pmc/articles/PMC3560338/>

DOI: 10.4082/kjfm.2013.34.1.36

14. Goldhagen BE, Kingsolver K, Stinnett SS, Rosdahl JA. Stress and Burnout in residents: Impact of mindfulness-based resilience training. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 2015;6:525–32. Disponível em: </pmc/articles/PMC4554415/>

DOI: 10.2147/AMEP.S88580

15. World Health Organization - International Disease Classification (IDC-11) [homepage na internet]. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 04 / 2019). Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281>

16. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout among physicians a systematic review [Internet]. Vol. 320, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2018. p. 1131–50. Disponível em: <https://jamanetwork.com/>

DOI: 10.1001/jama.2018.12777

17. Caruso A, Vigna C, Bigazzi V, Sperduti I, Bongiorno L, Alloca A. Burnout among physicians and nurses working in oncology. *Med Lav* [Internet]. 2012;103(2):96–105. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22619985/>

18. Shirom A. Reflections on the study of burnout [Internet]. Vol. 19, *Work and Stress*. 2005. p. 263–70. Disponível em: </record/2005-15347-007>

DOI: 10.1080/02678370500376649

19. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* [Internet]. 2005;19(3):192–207. Disponível em: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678370500297720>

20. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *Int J Stress Manag.* 2006 May;13(2):176–200.

DOI: <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176>

21. Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto AM, Salanova M, Bakker AB. Burnout and Engagement in University Students. *J Cross Cult Psychol* [Internet]. 2002;33(5):464–81. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022022102033005003>

DOI: 10.1177/0022022102033005003

22. Halbesleben JRB. The role of exhaustion and workarounds in predicting occupational injuries: a cross-lagged panel study of health care professionals. *J Occup Health Psychol* [Internet]. 2010;15(1):1–16. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20063955/>

DOI: 10.1037/a0017634

23. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A. The convergent validity of two burnout instruments: A multitrait-multimethod analysis [Internet]. Vol. 19, *European Journal of Psychological Assessment*. Hogrefe & Huber Publishers; 2003. p. 12–23. Disponível em: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027//1015-5759.19.1.12>

DOI: 10.2147/LRA.S240564

24. Schuster M da S, Dias V da V. Oldenburg Burnout Inventory – validação de uma nova forma de mensurar Burnout no Brasil. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2018;23(2):553–62. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200553&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

DOI: 10.1590/1413-81232018232.27952015

25. Brigham T, Barden C, Legreid Dopp A, Hengerer A, Kaplan J, Malone B, et al. A Journey to Construct an All-Encompassing Conceptual Model of Factors Affecting Clinician Well-Being and Resilience. *NAM Perspect* [Internet]. 2018;8(1). Disponível em: <https://nam.edu/journey-construct-encompassing-conceptual-model-factors-affecting-clinician-well-resilience/>

DOI: 10.31478/201801b

26. De Hert S. Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies [Internet]. Vol. 13, Local and Regional Anesthesia. Dove Medical Press Ltd; 2020. p. 171–83. Disponível em: [/pmc/articles/PMC7604257/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3240564/)

DOI: 10.2147/LRA.S240564

27. Dewar B, Pullin S, Tocheris R. Valuing compassion through definition and measurement. *Nurs Manag (Harrow)* [Internet]. 2011;17(9):32–7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21473217/>

DOI: 10.7748/nm2011.02.17.9.32.c8301

28. Perez-Bret E, Altisent R, Rocafort J. Definition of compassion in healthcare: A systematic literature review. *Int J Palliat Nurs* [Internet]. 2016;22(12):599–606. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27992278/>.

DOI: 10.12968/ijpn.2016.22.12.599

29. Shih CY, Hu WY, Lee LT, Yao CA, Chen CY, Chiu TY. Effect of a Compassion-Focused Training Program in Palliative Care Education for Medical Students. *Am J Hosp Palliat Med* [Internet]. 2013;30(2):114–20. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22584149/>

DOI: 10.1177/1049909112445463

30. Joinson C. Coping with compassion fatigue [Internet]. Vol. 22, *Nursing*. 1992. p. 116–21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1570090/>

DOI: 10.1097/00152193-199204000-00035

31. Figley CR. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* [Internet]. 1st ed. New York: Brunner/Mazel; 1995 [cited 2021 Apr 5]. 268 p. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/compassion-fatigue-coping-with-secondary-traumatic-stress-disorder-in-those-who-treat-the-traumatized-edited-by-charles-r-figley-new-york-brunnermazel-1995-268-pp-3595-hb-isbn-0876307594/F07DF92F29D837E49897419FC8401FDF>

32. Sabo B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. [Internet]. Vol. 16, *Online journal of issues in nursing*. Online J Issues Nurs; 2011. p. 1. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21800932/>

DOI: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man01

33. Neville K, Cole DA. The relationships among health promotion behaviors, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in nurses practicing in a community medical center. *J Nurs Adm* [Internet]. 2013;43(6):348–54. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23708503/>

DOI: 10.1097/NNA.0b013e3182942c23

34. Dasan S, Gohil P, Cornelius V, Taylor C. Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: A mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emerg Med J* [Internet]. 2015;32(8):588–94. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/>

DOI: 10.1136/emered-2014-203671

35. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2017;69:9–24. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28119163/>

DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003

36. Fernando AT, Consedine NS. Beyond Compassion Fatigue: The Transactional Model of Physician Compassion. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2014;48(2):289–98. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24417804/>

DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.09.014

37. Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estud psicol (Natal)* [Internet]. 2013Apr;18(2):213–21. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/vyz5Lg35SHqNZc83ZM39BPz/>

38. Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In: Figley CR, editor. *Treating compassion fatigue* [Internet]. 1st ed. New York: Routledge; 2002. p. 107–19. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232476002_Measuring_compassion_satisfaction_as_well_as_fatigue_Developmental_history_of_the_Compassion_Satisfaction_and_Fatigue_Test

- novo** 39. Vandembroucke JP, von Elm E, Altman DG, et al. Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2007;147(8):W163-W194. Disponível em: https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010-w1?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Aacrossref.org
DOI:10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010-w1
40. IBM Corp. Released 2013. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 22.0. Armonk, NY: IBM Corp.
41. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n o 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília, 2012. Disponível em: http://www.conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html
42. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, Swetz KM, Shanafelt TD, Ast K, et al. Retraction of “Prevalence and Predictors of Burnout Among Hospice and Palliative Care Professionals From 2016 Apr;51(4):690-6” (*Journal of Pain and Symptom Management* (2016) 51(4) (690–696), (S0885392415006144), (10.1016/j.jpainsymman.2015.10.020)) [Internet]. Vol. 59, *Journal of Pain and Symptom Management*. Elsevier Inc.; 2020. p. 965. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32334776/>
DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2020.03.027
43. Cendón BV, Ribeiro NA, Chaves CJ. Pesquisas de survey: análise das reações dos respondentes memórica científica original. *Informação Soc Estud* [Internet]. 2014;24(3):29–48. Disponível em: <https://periodicos.ufpb.br/ojs/index.php/ies/article/view/19963>
44. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med* 172:1377-85, 2020.
45. McKinley N, McCain RS, Convie L, Clarke M, Dempster M, Campbell WJ, et al. Resilience, burnout and coping mechanisms in UK doctors: a cross-sectional study. *BMJ Open* [Internet]. 2020;10(1):e031765. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31988223/>
DOI: 10.1136/bmjopen-2019-031765
46. Koen MP, van Eeden C, Wissing MP. The prevalence of resilience in a group of professional nurses. *Heal SA Gesondheid* [Internet]. 2011;16(1):11. Disponível em: <http://www.hsag.co.za>

DOI: 10.4102/hsag.v16i1.576

47. Chequini MCM. A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. *Psicol Rev* [Internet]. 2007;16(1–2):93–117. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/psicorevista/article/view/18059>

48. Dijkhoorn AFQ, Brom L, van der Linden YM, Leget C, Raijmakers NJH. Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: A systematic literature review [Internet]. Vol. 35, *Palliative Medicine*. SAGE Publications Ltd; 2021. p. 6–26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33063609/>

DOI: 10.1177/0269216320956825

49. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: A systematic review [Internet]. Vol. 18, *Nursing Ethics*. SAGE PublicationsSage UK: London, England; 2011. p. 317–26. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21558108/>

DOI: 10.1177/0969733011398092

50. Harrison KL, Dzeng E, Ritchie CS, Shanafelt TD, Kamal AH, Bull JH, et al. Addressing Palliative Care Clinician Burnout in Organizations: A Workforce Necessity, an Ethical Imperative. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017;53(6):1091–6. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28196784/>

DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2017.01.007

51. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA - J Am Med Assoc* [Internet]. 2008;300(14):1665–73. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18840840/>

DOI: 10.1001/jama.300.14.1665

52. O’Callaghan EL, Lam L, Cant R, Moss C. Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: A descriptive cross-sectional study. *Int Emerg Nurs* [Internet]. 2020;48:100785. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31331839/>

DOI: 10.1016/j.ienj.2019.06.008

53. Sanfilippo F, Palumbo GJ, Noto A, Pennisi S, Minieri M, Vasile F, et al. Prevalência de burnout entre médicos atuantes em terapia intensiva: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ter intensiva* [Internet]. 2020;32(3):458–67. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-507X2020000300458&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

DOI: 10.5935/0103-507X.20200076

54. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between Burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burn Res*. 2017 Sep;6:18-29. doi: 10.1016/j.burn.2017.06.003.

55. Brockhouse R, Msetfi RM, Cohen K, Joseph S. Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: The moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *J Trauma Stress* [Internet]. 2011;24(6):735–42. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22147494/>

56. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: Exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015;50(2):200–7. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25701688/>

DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013

57. Balint M. *The doctor, his patient and the illness*. London: Churchill Livingstone; 2000.

58. Lima LG de, Nassif VMJ, Garçon MM. O Poder do Capital Psicológico: A Força das Crenças no Comportamento Empreendedor. *Rev Adm Contemp* [Internet]. 2020;24(4):317–34. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-65552020000400317&lng=en&nrm=iso&tlng=en

DOI: 10.1590/1982-7849rac2020180226

59. Jones SH. A self-care plan for hospice workers. *Am J Hosp Palliat Care* [Internet]. 2005;22(2):125–8. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15853090>

DOI: 10.1177/104990910502200208

60. Kearney M, Weininger R. Whole person self-care: self-care from the inside out. In: Hutchinson TA, editor. Whole person care - A New Paradigm for the 21st Century. 1st ed. Montreal Quebec: Springer; 2011. p. 109–25.

61. World Health Organization. ICD-11 International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. Eleventh Revision. Reference Guide [Internet]. 2022. Disponível em: <https://icdcdn.who.int/icd11referenceguide/en/html/index.html>

62. Faria ARQ de P, Coelho HFC, Silva AB, et al.. Impact of the COVID-19 pandemic on the development of burnout syndrome in frontline physicians: prevalence and associated factors. *Rev Assoc Med Bras.* 2021;67(7):942-949. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ramb/a/HB3gcDzRBKp5fTJSmZKKy5g/?lang=en>

DOI:10.1590/1806-9282.20210244

63. Lluch C, Galiana L, Doménech P, Sansó N. The Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout, Compassion Fatigue, and Compassion Satisfaction in Healthcare Personnel: A Systematic Review of the Literature Published during the First Year of the Pandemic. *Healthcare (Basel).* 2022;10(2):364. Disponível em: <https://www.mdpi.com/2227-9032/10/2/364>

DOI:10.3390/healthcare10020364

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Demonstrou-se que o itinerário terapêutico de pacientes em cuidados paliativos é permeado por profissionais expostos à níveis e tipos de sofrimentos diferentes. Os perfis de indicadores mais preocupantes das Síndromes de Burnout ou de Fadiga por Compaixão se manifestaram nos setores de emergência e de terapia intensiva e entre profissionais médicos. Apresentaram caracteres mais salutares, como maior satisfação por compaixão, profissionais técnicos em enfermagem ou que trabalham no setor de cuidados paliativos.

Adicionalmente, foi aferida relação negativa entre a satisfação por compaixão e elementos da SB, como o desligamento do trabalho e a exaustão emocional. Não obstante, o fator burnout, componente da SFC, mostrou-se positiva e intensamente relacionados àquelas últimas variáveis.

Este estudo apresenta limitações. Primeiramente, houve uma perda de 21% em relação aos que iniciaram o preenchimento e os que efetivamente concluíram o questionário. Fatores como a sobrecarga de trabalho, falta de tempo, grande quantidade e mensagens recebidas diariamente, falta de interesse no tema (tanto pela não compreensão do mesmo, quanto por possível estado de estresse que reduziu seu interesse ou energia) podem justificar tais perdas.¹⁸ Adicionalmente, a vivência do pesquisador enquanto residente na área, atuando no serviço, e o envio de lembretes aos supervisores e a realização de visitas periódicas aos setores e podem ter contribuído para a melhoria da taxa de resposta.⁸⁹

Essa base de informações deve ser levada em conta por instituições como hospitais ou sistemas de saúde para a identificação dos fatores de risco nelas presentes e desenvolvimento de soluções efetivas direcionadas a eles, evitando gasto de recursos agindo em pontos inespecíficos ou que não produzirão resultados diretos na SB vivida pelos trabalhadores.⁸⁹

Por fim, como componentes desta dissertação, e com o intuito de promover aprofundamento do referido debate nos âmbitos individual e institucional, foram desenvolvidos dois produtos técnico-educacionais, sendo I – Proposta de evento “Cuidando de Quem Cuida – Colóquio sobre Qualidade de Vida Profissional (Apêndice IV) e II – Ebook “O custo do cuidado: Estratégias para reforçar o capital psicológico individual e organizacional” (Apêndice V).

6. SUGESTÕES E RECOMENDAÇÕES

6.1. Recomendações para a prática clínica

Recomenda-se a realização uma autoavaliação institucional em diferentes esferas (gestão, assistência, apoio administrativo e operacional) no tocante à percepção do ambiente de trabalho e seus caracteres que podem influenciar positiva ou negativamente a experiência de trabalho dos funcionários.

Adicionalmente, a partir dos produtos do presente estudo, recomendamos a realização de análise da situação de saúde ocupacional dos funcionários, considerando sua situação de saúde no exame admissional e sua evolução ao longo do tempo, tomando por bases perfis de caracteres associados a maior ou menor sofrimento (por SB ou SFC) nos setores investigados. Não obstante, outros setores assistenciais da instituição também devem ser avaliados, sugerindo-se que os próximos sejam as demais unidades de terapia intensiva e emergência e suas correspondentes nas clínicas pediátrica e obstétrica.

Por fim, considerando os perfis de resultados sobre SB e SFC os profissionais do setor de cuidados paliativos, recomenda-se que a instituição não só nutra a manutenção desses indicadores, mas também promova intercâmbios e trocas de experiências entre essa equipe e as demais, a fim de estimular a reprodução de boas práticas de autocuidado e influenciar

positivamente outros setores. Uma sugestão seria a viabilização de grupos Balint, especialmente focando nos setores mais afetados (oncologia, terapia intensiva e emergência).

6.2. Recomendações para pesquisas futuras

Pesquisas futuras em níveis locais podem se debruçar sobre a avaliação global de profissionais de saúde mesclando instrumentos quantitativos de SB ou SFC associados a elementos qualitativos coletados em entrevistas, a fim de construir um perfil de caracteres profissionais que represente de forma confiável a experiência institucional.

Além disso, ofertas de cursos de capacitação sobre SB e SFC associados a treinamento sobre seus fatores de risco e estratégias de prevenção podem ser objetos de estudos de intervenção, por exemplo comparando os indicadores de SB e SFC na antes e após a realização dos cursos ou, ainda, avaliando grupos de profissionais que realizaram e que não realizaram tais cursos no momento da admissão no serviço e acompanhando-os ao longo do tempo.

7. REFERÊNCIAS

1. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, Serra C. Preventing occupational stress in healthcare workers [Internet]. Vol. 2015, Cochrane Database of Systematic Reviews. John Wiley and Sons Ltd; 2015 [cited 2021 May 1]. Available from: [/pmc/articles/PMC6718215/](#)
2. Wurm W, Vogel K, Holl A, Ebner C, Bayer D, Mörkl S, et al. Depression-burnout overlap in physicians. PLoS One [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2021 Apr 5];11(3). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26930395/>
DOI: 10.1371/journal.pone.0149913
3. Oquendo MA, Bernstein CA, Mayer LES. A Key Differential Diagnosis for Physicians - Major Depression or Burnout? [Internet]. Vol. 76, JAMA Psychiatry. American Medical Association; 2019 [cited 2020 Jan 27]. p. 1111. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31314066/>
DOI: 10.1001/jamapsychiatry.2019.1332
4. Utriainen K, Kyngäs H. Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. J Nurs Manag [Internet]. 2009 Dec 1 [cited 2021 Mar 29];17(8):1002–10.
DOI: 10.1111/j.1365-2834.2009.01028.x
- 5 Yu X, Zhao Y, Li Y, Hu C, Xu H, Zhao X, et al. Factors Associated With Job Satisfaction of Frontline Medical Staff Fighting Against COVID-19: A Cross-Sectional Study in China. Front Public Heal [Internet]. 2020 Aug 4 [cited 2021 Apr 5];8:426. Available from: [/pmc/articles/PMC7417651/](#)
DOI: 10.3389/fpubh.2020.00426
6. Schwendimann R, Dhaini S, Ausserhofer D, Engberg S, Zúñiga F. Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes - A cross sectional survey study. BMC Nurs. 2016 Jun 6;15(1). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4895903/>
DOI: 10.1186/s12912-016-0160-8

7. World Health Organization. WHO definition of palliative care. [cited 2021 May 01]. Available from: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
8. Rokach A. Caring for those who care for the dying: coping with the demands on palliative care workers. [Internet]. Vol. 3, Palliative & supportive care. Cambridge University Press; 2005 [cited 2021 May 1]. p. 325–32. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/palliative-and-supportive-care/article/abs/caring-for-those-who-care-for-the-dying-coping-with-the-demands-on-palliative-care-workers/170C5B153F1F5FFC7DA0A9F664A2082F>
9. Kelley AS, Morrison RS. Palliative Care for the Seriously Ill. Campion EW, editor. N Engl J Med [Internet]. 2015 Aug 20 [cited 2021 May 1];373(8):747–55. Available from: <http://www.nejm.org/doi/10.1056/NEJMra1404684>
10. Marilaf Caro M, San-Martín M, Delgado-Bolton R, Vivanco L. Empathy, loneliness, Burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services. Enfermería Clínica (English Ed. 2017 Nov 1;27(6):379–86. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862117300633?via%3Dihub>
DOI: 10.1016/j.enfcli.2017.04.007
11. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2011 Nov [cited 2021 Apr 5];108(46):781–7. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22163259>
DOI: 10.3238/arztebl.2011.0781
12. Freudenberger H, Richelson G. Burnout: The High Cost of High Achievement. 1st ed. New York: Anchor Press; 1980. 214 p.
13. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced Burnout. J Organ Behav [Internet]. 1981 Apr 1 [cited 2021 Apr 5];2(2):99–113. Available from: <http://doi.wiley.com/10.1002/job.4030020205>

DOI: 10.1002/job.4030020205

14. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job Burnout. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2001 Feb 28 [cited 2021 Apr 5];52(1):397–422. Available from:

<http://www.annualreviews.org/doi/10.1146/annurev.psych.52.1.397>

DOI: 10.1146/annurev.psych.52.1.397

15. Demerouti E, Nachreiner F, Bakker AB, Schaufeli WB. The job demands-resources model of Burnout. *J Appl Psychol* [Internet]. 2001 [cited 2021 Apr 5];86(3):499–512.

Available from: <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0021-9010.86.3.499>

DOI: 10.1037/0021-9010.86.3.499

16. Frey R, Robinson J, Wong C, Gott M. Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2021 Apr 3];43:1–9. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30220354/>

DOI: 10.1016/j.apnr.2018.06.003

17. Kang EK, Lihm HS, Kong EH. Association of intern and resident Burnout with self-reported medical errors. *Korean J Fam Med* [Internet]. 2013 Jan [cited 2021 Apr 5];34(1):36–42. Available from: </pmc/articles/PMC3560338/>

DOI: 10.4082/kjfm.2013.34.1.36

18. Goldhagen BE, Kingsolver K, Stinnett SS, Rosdahl JA. Stress and Burnout in residents: Impact of mindfulness-based resilience training. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 3];6:525–32. Available from: </pmc/articles/PMC4554415/>

DOI: 10.2147/AMEP.S88580

19. World Health Organization - International Disease Classification (IDC-11) [homepage na internet]. ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version : 04 / 2019). [acesso em 27 mai 2019]. Disponível em: <https://icd.who.int/browse11/1->

m/en#/http://id.who.int/icd/entity/129180281

20. Freudenberger HJ. Counseling and dynamics: treating the end-stage person In: Jones JW, editor. The Burnout Syndrome. Park Ridge III: London House Press; 1982.

21. Kaschka WP, Korczak D, Broich K. Burnout: a fashionable diagnosis. Dtsch Arztebl Int [Internet]. 2011 Nov [cited 2021 Apr 5];108(46):781–7. Available from:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22163259>

DOI: 10.3238/arztebl.2011.0781

22. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of Burnout among physicians a systematic review [Internet]. Vol. 320, JAMA - Journal of the American Medical Association. American Medical Association; 2018 [cited 2021 Feb 14]. p. 1131–50. Available from: <https://jamanetwork.com/>

DOI: 10.1001/jama.2018.12777

23. Caruso A, Vigna C, Bigazzi V, Sperduti I, Bongiorno L, Alloca A. Burnout among physicians and nurses working in oncology. Med Lav [Internet]. 2012;103(2):96–105.

Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22619985/>

24. Gillies C, Bristow B, Gallant F, Osmar K, Lange-Mechlen I, Tran WT. Results of a Canadian study examining the prevalence and potential for developing compassion fatigue and Burnout in radiation therapists. J Radiother Pract [Internet]. 2013 Sep 4 [cited 2021 Apr 5];13(4):383–92. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-radiotherapy-in-practice/article/abs/results-of-a-canadian-study-examining-the-prevalence-and-potential-for-developing-compassion-fatigue-and-Burnout-in-radiation-therapists/D6724D70E237F4B94504DC1064C46D2A>

<https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-radiotherapy-in-practice/article/abs/results-of-a-canadian-study-examining-the-prevalence-and-potential-for-developing-compassion-fatigue-and-Burnout-in-radiation-therapists/D6724D70E237F4B94504DC1064C46D2A>

DOI: 10.1017/S1460396914000144

25. Borteyrou X, Truchot D, Rasclé N. Development and validation of the Work Stressor Inventory for Nurses in Oncology: Preliminary findings. J Adv Nurs [Internet]. 2014 Feb

[cited 2021 Apr 5];70(2):443–53. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23967901/>

DOI: 10.1111/jan.12231

26. Shirom A. Reflections on the study of burnout [Internet]. Vol. 19, *Work and Stress*. 2005

[cited 2021 Apr 5]. p. 263–70. Available from: /record/2005-15347-007

DOI: 10.1080/02678370500376649

27. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, Christensen KB. The Copenhagen Burnout

Inventory: A new tool for the assessment of burnout. *Work Stress* [Internet]. 2005 Jul [cited

2021 Apr 26];19(3):192–207. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/02678370500297720>

28. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *Int J Stress Manag*. 2006 May;13(2):176–200.

DOI: <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176>

29. Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto AM, Salanova M, Bakker AB. Burnout and

Engagement in University Students. *J Cross Cult Psychol* [Internet]. 2002 Sep 27 [cited 2021

Apr 5];33(5):464–81. Available from:

<http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0022022102033005003>

DOI: 10.1177/0022022102033005003

30. Halbesleben JRB. The role of exhaustion and workarounds in predicting occupational

injuries: a cross-lagged panel study of health care professionals. *J Occup Health Psychol*

[Internet]. 2010 [cited 2021 Apr 5];15(1):1–16. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20063955/>

DOI: 10.1037/a0017634

31. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, Kantas A. The convergent validity of two burnout

instruments: A multitrait-multimethod analysis [Internet]. Vol. 19, *European Journal of*

Psychological Assessment. Hogrefe & Huber Publishers; 2003 [cited 2021 Apr 5]. p. 12–23.

Available from: <https://econtent.hogrefe.com/doi/abs/10.1027//1015-5759.19.1.12>

DOI: 10.2147/LRA.S240564

32. Schuster M da S, Dias V da V. Oldenburg Burnout Inventory – validação de uma nova forma de mensurar Burnout no Brasil. Cienc e Saude Coletiva [Internet]. 2018 Feb 1 [cited 2021 Apr 5];23(2):553–62. Available from:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232018000200553&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

DOI: 10.1590/1413-81232018232.27952015

33. Brigham T, Barden C, Legreid Dopp A, Hengerer A, Kaplan J, Malone B, et al. A Journey to Construct an All-Encompassing Conceptual Model of Factors Affecting Clinician Well-Being and Resilience. NAM Perspect [Internet]. 2018 Jan 29 [cited 2021 Apr 3];8(1).

Available from: <https://nam.edu/journey-construct-encompassing-conceptual-model-factors-affecting-clinician-well-resilience/>

DOI: 10.31478/201801b

34. De Hert S. Burnout in healthcare workers: Prevalence, impact and preventative strategies [Internet]. Vol. 13, Local and Regional Anesthesia. Dove Medical Press Ltd; 2020 [cited 2021 Feb 16]. p. 171–83. Available from: /pmc/articles/PMC7604257/

DOI: 10.2147/LRA.S240564

35. West CP, Huschka MM, Novotny PJ, Sloan JA, Kolars JC, Habermann TM, et al. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: A prospective longitudinal study. J Am Med Assoc [Internet]. 2006 Sep 6 [cited 2021 Apr 5];296(9):1071–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16954486/>

DOI: 10.1001/jama.296.9.1071

36. Shanafelt TD, Balch CM, Bechamps G, Russell T, Dyrbye L, Satele D, et al. Burnout and

medical errors among American surgeons. *Ann Surg* [Internet]. 2010 Jun [cited 2021 Apr 5];251(6):995–1000. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19934755/>

DOI: 10.1097/SLA.0b013e3181bfdab3

37. Dyrbye LN, Massie FS, Eacker A, Harper W, Power D, Durning SJ, et al. Relationship between Burnout and professional conduct and attitudes among US medical students. *JAMA - J Am Med Assoc* [Internet]. 2010 Sep 15 [cited 2021 Apr 5];304(11):1173–80. Available from: <http://www.jama>

DOI: 10.1001/jama.2010.1318

38. Christensen JF, Levinson W, Dunn PM. The heart of darkness - The impact of perceived mistakes on physicians. *J Gen Intern Med* [Internet]. 1992 Jul [cited 2021 Apr 5];7(4):424–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1506949/>

DOI: 10.1007/BF02599161

39. Shanafelt T, Sloan J, Satele D, Balch C. Why do surgeons consider leaving practice? [Internet]. Vol. 212, *Journal of the American College of Surgeons*. *J Am Coll Surg*; 2011 [cited 2021 Apr 5]. p. 421–2. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21356491/>

DOI: 10.1016/j.jamcollsurg.2010.11.006

40. Roberts DL, Shanafelt TD, Dyrbye LN, West CP. A national comparison of burnout and work-life balance among internal medicine hospitalists and outpatient general internists. *J Hosp Med* [Internet]. 2014 [cited 2021 Apr 6];9(3):176–81. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24435981/>

DOI: 10.1002/jhm.2146

41. Melnick ER, Powsner SM, Shanafelt TD. In Reply—Defining Physician Burnout, and Differentiating Between Burnout and Depression [Internet]. Vol. 92, *Mayo Clinic Proceedings*. Elsevier Ltd; 2017 [cited 2021 Apr 5]. p. 1456–8. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.07.006>

DOI:<https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2017.07.007>

42. Dewar B, Pullin S, Tocheris R. Valuing compassion through definition and measurement.

Nurs Manag (Harrow) [Internet]. 2011 [cited 2021 Apr 5];17(9):32–7. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21473217/>

DOI: 10.7748/nm2011.02.17.9.32.c8301

43. Perez-Bret E, Altisent R, Rocafort J. Definition of compassion in healthcare: A

systematic literature review. Int J Palliat Nurs [Internet]. 2016 [cited 2021 Apr

5];22(12):599–606. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27992278/>.

DOI: 10.12968/ijpn.2016.22.12.599

44. Simon-thomas ER, Godzik J, Castle E, Antonenko O, Ponz A, Kogan A, et al. An fmri

study of caring vs self-focus during induced compassion and pride. Soc Cogn Affect

Neurosci [Internet]. 2012 Aug [cited 2021 Apr 5];7(6):635–48. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21896494/>

DOI: 10.1093/scan/nsr045

45. Strauss C, Lever Taylor B, Gu J, Kuyken W, Baer R, Jones F, et al. What is compassion

and how can we measure it? A review of definitions and measures. Clin Psychol Rev. 2016

Jul 1;47:15–27.

DOI: 10.1016/j.cpr.2016.05.004

46. Shih CY, Hu WY, Lee LT, Yao CA, Chen CY, Chiu TY. Effect of a Compassion-

Focused Training Program in Palliative Care Education for Medical Students. Am J Hosp

Palliat Med [Internet]. 2013 Mar 1 [cited 2021 Apr 5];30(2):114–20. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22584149/>

DOI: 10.1177/1049909112445463

47. Schantz ML. Compassion: a concept analysis. [Internet]. Vol. 42, Nursing forum. Nurs

Forum; 2007 [cited 2021 Apr 5]. p. 48–55. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17474937/>

DOI: 10.1111/j.1744-6198.2007.00067.x

48. Post SG, Ng LE, Fischel JE, Bennett M, Bily L, Chandran L, et al. Routine, empathic and compassionate patient care: Definitions, development, obstacles, education and beneficiaries. *J Eval Clin Pract* [Internet]. 2014 Dec 1 [cited 2021 Apr 5];20(6):872–80. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25266564/>

DOI: 10.1111/jep.12243

49. Dymond RF. A scale for the measurement of empathic ability. *J Consult Psychol* [Internet]. 1949 Apr [cited 2021 Apr 5];13(2):127–33. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18118267/>

DOI: 10.1037/h0061728

50. Decety J, Jackson PL. The functional architecture of human empathy. [Internet]. Vol. 3, Behavioral and cognitive neuroscience reviews. *Behav Cogn Neurosci Rev*; 2004 [cited 2021 Apr 5]. p. 71–100. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15537986/>

DOI: 10.1177/1534582304267187

51. Tamayo CA, Rizkalla MN, Henderson KK. Cognitive, behavioral and emotional empathy in pharmacy students: Targeting Programs for Curriculum Modification. *Front Pharmacol* [Internet]. 2016 Apr 19 [cited 2021 Apr 5];7(APR). Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27148055/>

DOI: 10.3389/fphar.2016.00096

52. Gilbert P. *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. 1st ed. Abingdon: Routledge; 2010. 248 p.

53. Batson CD, Ahmad N, Powell AA, Stocks EL, Shah J, Gardner WL. Prosocial motivation. In: Shah J, Gardner W, editors. *Handbook of motivation science*. 1st ed. New York: The Guilford Press; 2008. p. 135–49.

54. Germer CK, Neff KD. Self-compassion in clinical practice. *J Clin Psychol* [Internet]. 2013 Aug [cited 2021 Apr 5];69(8):856–67. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23775511/>
DOI: 10.1002/jclp.22021
55. Wang D, Strosky D, Fletes A. Secondary and Vicarious Trauma: Implications for Faith and Clinical Practice. *J Psychol Christ* [Internet]. 2014 [cited 2021 Apr 5];33(3):281. Available from: <https://psycnet.apa.org/record/2014-44951-008>
56. Joinson C. Coping with compassion fatigue [Internet]. Vol. 22, *Nursing*. 1992 [cited 2021 Apr 5]. p. 116–21. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1570090/>
DOI: 10.1097/00152193-199204000-00035
57. Figley CR. *Compassion Fatigue: Coping with Secondary Traumatic Stress Disorder in Those Who Treat the Traumatized* [Internet]. 1st ed. New York: Brunner/Mazel; 1995 [cited 2021 Apr 5]. 268 p. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/compassion-fatigue-coping-with-secondary-traumatic-stress-disorder-in-those-who-treat-the-traumatized-edited-by-charles-r-figley-new-york-brunners-mazel-1995-268-pp-3595-hb-isbn-0876307594/F07DF92F29D837E49897419FC8401FDF>
58. Figley CR. Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self care [Internet]. Vol. 58, *Journal of Clinical Psychology*. *J Clin Psychol*; 2002 [cited 2021 Apr 5]. p. 1433–41. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12412153/>
DOI: 10.1002/jclp.10090
59. Collins S, Long A. Too tired to care? The psychological effects of working with trauma [Internet]. Vol. 10, *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. *J Psychiatr Ment Health Nurs*; 2003 [cited 2021 Apr 5]. p. 17–27. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12558918/>

DOI: 10.1046/j.1365-2850.2003.00526.x

60. Huggard P. Compassion fatigue: How much can I give? [Internet]. Vol. 37, Medical Education. Med Educ; 2003 [cited 2021 Apr 5]. p. 163–4. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12558888/>

DOI: 10.1046/j.1365-2923.2003.01414.x

61. Ainsworht K, Sgorbini M. Compassion Fatigue: Who Cares for the Carers? Transpl J Australas [Internet]. 2010 Jul 1 [cited 2021 Apr 5];19(2):21–5. Available from:

<https://search.informit.org/doi/10.3316/INFORMIT.563834691887152>

DOI: 10.3316/INFORMIT.563834691887152

62. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders [Internet]. 5th ed. Vol. 1. American Psychiatric Association; 2013 [cited 2021 Apr 5]. 992 p.

Available from: <https://psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>

DOI: 10.1176/appi.books.9780890425596

63. Jordan K. Vicarious trauma: Proposed factors that impact clinicians. J Fam Psychother [Internet]. 2010 Oct [cited 2021 Apr 5];21(4):225–37. Available from:

<https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08975353.2010.529003>

DOI: 10.1080/08975353.2010.529003

64. Elwood LS, Mott J, Lohr JM, Galovski TE. Secondary trauma symptoms in clinicians: A critical review of the construct, specificity, and implications for trauma-focused treatment

[Internet]. Vol. 31, Clinical Psychology Review. Clin Psychol Rev; 2011 [cited 2021 Apr 5]. p. 25–36. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21130934/>

DOI: 10.1016/j.cpr.2010.09.004

65. Quinal L, Harford S, Rutledge DN. Secondary traumatic stress in oncology staff. Cancer Nurs [Internet]. 2009 Jul [cited 2021 Apr 5];32(4). Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19444086/>

DOI: 10.1097/NCC.0b013e31819ca65a

66. Way I, VanDeusen KM, Martin G, Applegate B, Jandle D. Vicarious Trauma: A Comparison of Clinicians Who Treat Survivors of Sexual Abuse and Sexual Offenders. *J Interpers Violence* [Internet]. 2004 Jan [cited 2021 Apr 5];19(1):49–71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14680529/>

DOI: 10.1177/0886260503259050

67. Perni S. Moral distress: A call to action. *AMA J Ethics*. 2017 Jun 1;19(6):533–6.

DOI: 10.1001/journalofethics.2017.19.6.fred1-1706

68. Bruce CR, Miller SM, Zimmerman JL. A qualitative study exploring moral distress in the ICU team: The importance of unit functionality and intrateam dynamics. *Crit Care Med* [Internet]. 2015 Apr 20 [cited 2021 Apr 5];43(4):823–31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25525754/>

DOI: 10.1097/CCM.0000000000000822

69. Perry B. Why exemplary oncology nurses seem to avoid compassion fatigue. *Can Oncol Nurs J* [Internet]. 2008 [cited 2021 Apr 5];18(2):87–99. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18649700/>

DOI: 10.5737/1181912x1828792

70. Potter P, Deshields T, Divanbeigi J, Berger J, Cipriano D, Norris L, et al. Compassion fatigue and burnout: Prevalence among oncology nurses. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2010 Oct [cited 2021 Apr 5];14(5). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20880809/>

DOI: 10.1188/10.CJON.E56-E62

71. Sabo B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. [Internet]. Vol. 16, Online journal of issues in nursing. *Online J Issues Nurs*; 2011 [cited 2021 Apr 5]. p. 1. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21800932/>

DOI: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man01

72. Neville K, Cole DA. The relationships among health promotion behaviors, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in nurses practicing in a community medical center. *J Nurs Adm* [Internet]. 2013 Jun [cited 2021 Apr 5];43(6):348–54. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23708503/>
DOI: 10.1097/NNA.0b013e3182942c23
73. Mendes A. Recognising and combating compassion fatigue in nursing [Internet]. Vol. 23, *British Journal of Nursing*. MA Healthcare Ltd; 2014 [cited 2021 Apr 5]. p. 1146. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25426529/>
DOI: 10.12968/bjon.2014.23.21.1146
74. Berger J, Polivka B, Smoot EA, Owens H. Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2015 Nov 1 [cited 2021 Apr 5];30(6):e11–7. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25800590/>
DOI: 10.1016/j.pedn.2015.02.005
75. Cho HJ, Jung MS. Effect of Empathy, Resilience, Self-care on Compassion Fatigue in Oncology Nurses. *J Korean Acad Nurs Adm* [Internet]. 2014 Sep 1 [cited 2021 Apr 5];20(4):373. Available from: <https://jkana.or.kr/DOIx.php?id=10.11111/jkana.2014.20.4.373>
DOI: 10.11111/jkana.2014.20.4.373
76. Dasan S, Gohil P, Cornelius V, Taylor C. Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: A mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emerg Med J* [Internet]. 2015 Aug 1 [cited 2021 Apr 5];32(8):588–94. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/>
DOI: 10.1136/emered-2014-203671
77. Zeidner M, Hadar D, Matthews G, Roberts RD. Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress Coping* [Internet]. 2013 Nov [cited 2021 Apr 5];26(6):595–609. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23614527/>.

DOI: 10.1080/10615806.2013.777045

78. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L.

Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud*

[Internet]. 2017 Apr 1 [cited 2017 Jul 25];69:9–24. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28119163/>

DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003

79. Fernando AT, Consedine NS. Beyond Compassion Fatigue: The Transactional Model of

Physician Compassion. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2014 Aug 1 [cited 2017 Jul

25];48(2):289–98. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24417804/>

DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2013.09.014

80. Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: O sofrimento dos profissionais em saúde

[Internet]. 1a. Petrópolis: Vozes; 2010 [cited 2021 Apr 5]. 224 p. Available from:

<https://www.amazon.com.br/Fadiga-por-compaixão-sofrimento-profissionais/dp/8532639704>

81. Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: Developmental history

of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In: Figley CR, editor. *Treating compassion*

fatigue [Internet]. 1st ed. New York: Routledge; 2002 [cited 2021 Apr 5]. p. 107–19.

Available from:

[https://www.researchgate.net/publication/232476002_Measuring_compassion_satisfaction_as](https://www.researchgate.net/publication/232476002_Measuring_compassion_satisfaction_as_well_as_fatigue_Developmental_history_of_the_Compassion_Satisfaction_and_Fatigue_Test)

[_well_as_fatigue_Developmental_history_of_the_Compassion_Satisfaction_and_Fatigue_Te](https://www.researchgate.net/publication/232476002_Measuring_compassion_satisfaction_as_well_as_fatigue_Developmental_history_of_the_Compassion_Satisfaction_and_Fatigue_Test)

[st](https://www.researchgate.net/publication/232476002_Measuring_compassion_satisfaction_as_well_as_fatigue_Developmental_history_of_the_Compassion_Satisfaction_and_Fatigue_Test)

82. Figley CR, Stamm BH. Psychometric review of the compassion fatigue self test. In:

Stamm BH, editor. *Measurement of stress, trauma, & adaptation*. 1st ed. Lutherville, MD:

Sidran Press; 1996. p. 445.

83. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, Eames C. Examining the relationship between

burnout and empathy in healthcare professionals: A systematic review. *Burn Res* [Internet].

2017 Sep 1 [cited 2019 Aug 12];6:18–29. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28868237/>

DOI: 10.1016/j.burn.2017.06.003

84. Lago KC, Codo W. Fadiga por compaixão: Evidências de validade fatorial e consistência interna do proqol-BR. *Estud Psicol [Internet]*. 2013 [cited 2021 Apr 5];18(2):213–21.

Available from: www.scielo.br/epsic

DOI: 10.1590/S1413-294X2013000200006

85. Stamm BH. *The Pro-QOL Manual: The Professional Quality of Life Scale: Compassion Satisfaction, Burnout & Compassion Fatigue/Secondary Trauma Scales [Internet]*. 1st ed.

Baltimore, MD: Sidran Press; 2005. 29 p. Available from:

[https://www.scirp.org/\(S\(351jmbntvnsjt1aadkposzje\)\)/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2454842](https://www.scirp.org/(S(351jmbntvnsjt1aadkposzje))/reference/ReferencesPapers.aspx?ReferenceID=2454842)

86. Souza CGVM de. *Investigação da fadiga e/ou satisfação por compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde [Internet]*.

[São Paulo]: Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo; 2015

[cited 2021 Apr 5]. Available from: <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-12112015-122237/>

87. Demerouti E, Bakker AB. The Oldenburg Burnout Inventory: A good alternative to measure burnout and engagement. In: Halbesleben JRB, editor. *Stress and burnout in health care*. 3rd ed. Nova Science Pub Inc; 2008. p. 243.

88. Passmore SR, Casper E, Olgin JE, Maguire C, Marcus GM, Pletcher MJ, et al. Setting and motivation in the decision to participate: An approach to the engagement of diverse samples in mobile research. *Contemp Clin Trials Commun*. 2019 Dec 1;16:100428.

DOI: 10.1016/j.conctc.2019.100428

89. Behrend TS, Sharek DJ, Meade AW, Wiebe EN. The viability of crowdsourcing for

survey research. Behav Res Methods [Internet]. 2011 Sep 25 [cited 2021 Apr 5];43(3):800–

13. Available from: <https://link.springer.com/article/10.3758/s13428-011-0081-0>

DOI: 10.3758/s13428-011-0081-0

90. Shapiro DE, Duquette C, Abbott LM, Babineau T, Pearl A, Haidet P. Beyond Burnout: A Physician Wellness Hierarchy Designed to Prioritize Interventions at the Systems Level. Am J Med. 2019 May;132(5):556-563. doi: 10.1016/j.amjmed.2018.11.028.

APÊNDICES

Apêndice I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A DURAS PENAS: SENTIDOS, VIVÊNCIAS E DESAFIOS DE EQUIPES, PACIENTES E FAMILIARES EM CUIDADOS PALIATIVOS

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa porque faz parte do corpo de profissionais do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Caso prefira, converse com os seus familiares, amigos e com a equipe médica antes de tomar uma decisão. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento, rubricando e/ou assinando em todas as páginas deste Termo, em duas vias (uma do pesquisador responsável e outra do participante da pesquisa), caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Através desta pesquisa pretende-se avaliar os fatores relacionados às Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão entre as equipes médicas e de enfermagem de cenários assistenciais em Cuidados Paliativos de um centro de referência em Oncologia.

O tempo estimado para responder o questionário é de 15 a 20 minutos.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

Você será convidado a participar através de meio eletrônico (endereço eletrônico [email] e aplicações de mensageiros de celular) e em visita presencial dos pesquisadores aos serviços. Serão enviados e-mails individuais e mensagens em grupos formados dentro de aplicativos como WhatsApp/Messenger ou Telegram a você e aos demais participantes envolvidos, primeiramente comunicando e apresentando a investigação, disponibilizando *link* para o questionário eletrônico, bem como alertando para o prazo máximo de 60 dias para respostas e também para os prazos-chave, nos quais novos e-mails serão enviados e visitas presenciais serão realizadas a título de recordação para os participantes (45 dias, 30 dias, 15 dias, 7 dias). Também será anexada uma cópia do TCLE assinada pelos pesquisadores. Além disso, os pesquisadores farão uma visita aos serviços no início do período de coleta para solicitar a colaboração das chefias locais no sentido de incentivar a participação dos profissionais.

BENEFÍCIOS

Como benefício para a área acadêmica e científica, pretende-se descrever como as Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão podem estar afetando os profissionais dos referidos serviços e tecer correlações e considerações sobre os fatores de risco e de proteção envolvidos, além de pontuar possíveis focos de ação para cuidar desses profissionais e prevenir seu adoecimento, com consequentes ganhos para sua saúde, em perspectiva individual, e para melhoria da assistência à população, em perspectiva coletiva.

RISCOS

Este estudo envolve riscos mínimos para os participantes, uma vez que poderá haver algum desconforto por responderem sobre alguns aspectos de sua vida pessoal e profissional. Como forma de evitar ou reduzir esse possível constrangimento, os autores assumem o compromisso de garantir o total sigilo das informações dadas. Também existe o risco mínimo de os participantes de se sentirem entediados ao responder ao questionário e nesse ínterim, foram tomadas as devidas precauções para que o mesmo seja o mais sucinto e objetivo possível. Não obstante, os pesquisadores se colocam à disposição para ofertar suporte de cuidado caso algum dos participantes relate qualquer desconforto emocional decorrente da participação na pesquisa. Todos os procedimentos seguem à risca as orientações da Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, em respeito aos aspectos éticos da pesquisa.

CUSTOS

A participação no estudo não acarretará custos para você nem você receberá retorno financeiro pela participação.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações sobre a sua saúde e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados individuais, resultados de exames e testes bem como às informações do seu registro médico. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada e a coleta de dados relativos à pesquisa será imediatamente interrompida.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para o Arthur Fernandes da Silva no telefone (81) 99631-9309 e email tucafsilva@gmail.com ou Jurema Telles de Oliveira Lima Sales no telefone (81) 99191-2013 e email jurematelles@me.com das 8h às 12h ou das 14h às 16h. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do IMIP. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em

contato com o comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, nº 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: (81) 2122-4756 – Email: comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 07:00 às 11:30 h e 13:30 às 16:00h.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito do estudo. Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos, benefícios e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

/ /

Nome e Assinatura do Participante	Data
--	-------------

/ /

Nome e Assinatura da Testemunha Imparcial	Data
--	-------------

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo.

/ /

Nome e Assinatura do Responsável pela Obtenção do Termo	Data
--	-------------

Impressão digital (opcional)

Rubrica do Participante da Pesquisa	Rubrica do Pesquisador
--	-------------------------------

Apêndice II

Questionário de dados sociodemográficos

1. Qual seu gênero? () masculino () feminino () outro () prefiro não informar
2. Qual seu estado civil? () solteiro () casado/união consensual () separado/divorciado () viúvo
3. Você tem filhos? () não () sim
4. Idade: _____
5. Cor/raça: () branca () preta () amarela () parda () indígena
6. Qual sua categoria profissional? () medicina () enfermagem () técnico em enfermagem
7. Há quanto tempo você atua nessa área? () <5 anos () 5-10 anos () 10-20 anos () >20 anos
8. Qual seu setor? () Cuidados Paliativos () UTI Clínica () Oncologia Adulto () SPA
10. Há quanto tempo você atua nesse setor? _____ anos
11. Você se considera uma pessoa religiosa? () não () sim
12. Se sim, qual sua denominação religiosa: () católica () evangélica () espírita () budista () outra
13. Você se considera uma pessoa espiritualizada? () não () sim
14. Qual seu regime de trabalho no IMIP? () diarista () plantonista
15. Qual sua carga horária de trabalho semanal neste setor? () 12h () 20h () 24h () 30h () 40h () maior que 40h
16. Qual sua carga horária de trabalho semanal, no IMIP: () 12h () 20h () 24h () 30h () 40h () maior que 40h

17. Você trabalha em outro local? () não () sim

18. Se sim, na mesma função: () não () sim

19. Se sim, em quantos outros locais: () um local () mais de um local

20. Qual sua carga horária de trabalho semanal, além do IMIP: () 12h () 20h () 24h () 30h () 40h () maior que 40h

21. Você está cursando algum curso de graduação ou pós-graduação? () não () sim

22. Se sim, quantas horas semanais, em média, você se dedica a esta atividade: () 6h () 6 a 12h () mais que 12h

23. Você tem algum animal de estimação? () não () sim

24. Você já vivenciou a experiência de ter um familiar com doença grave, incurável e ameaçadora à vida? () não () sim

25. Você já vivenciou a experiência de perda (ou morte) de um familiar devido a uma doença grave, incurável e ameaçadora à vida? () não () sim

Apêndice III

Capturas de tela da apresentação do formulário online

PESQUISA DE MESTRADO

CONVITE A PARTICIPAÇÃO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa: A DURAS PENAS: SENTIDOS, VIVÊNCIAS E DESAFIOS DE EQUIPES, PACIENTES E FAMILIARES EM CUIDADOS PALIATIVOS.

Trata-se de projeto do pesquisador Arthur Fernandes da Silva, discente do programa de Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos Integrado à Residência em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), sob orientação da Profa. Dra. Jurema Telles de Oliveira Sales.

Para prosseguir, você deverá ler e consentir com a participação na pesquisa através da concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), disponível na próxima seção.

O tempo médio de resposta ao questionário completo é de 15 minutos.

Quando estiver pronto(a) para começar, clique no botão abaixo.

OK

PRÓX.

Desenvolvido pela

0 de 67 respondidas

Figura 1. Tela inicial do formulário

PESQUISA DE MESTRADO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE) (continuação)

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE

Eu fui informada(o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas.

Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e motivar minha decisão se assim o desejar. Os pesquisadores Arthur Fernandes da Silva (mestrando), Prof. Dra. Jurema Telles de Oliveira Lima Sales certificaram-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Também sei que caso existam gastos adicionais, estes serão absorvidos pelo orçamento da pesquisa e não terei nenhum custo com esta participação.

Em caso de dúvidas poderei ser esclarecido pelo pesquisador responsável: Arthur Fernandes da Silva, através do telefone (81) 99631-9309 ou e-mail: tucafsilva@gmail.com ou pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMIP (CEP-IMIP).

O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar, tel: (81) 2122-4756, email: comitedeetica@imip.org.br. O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários: 7h às 11h30 e 13h30 às 16h.

O CEP-IMIP objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas.

OK

*1. Você está de acordo com o TCLE?

0 de 67 respondidas

Figura 2. Tela de aceite do TCLE

Apêndice IV

Produto técnico-educacional I – Proposta de capacitação “Cuidando de Quem Cuida – Colóquio sobre Qualidade de Vida Profissional”

**CUIDANDO DE QUEM CUIDA – TRILHA DE CUIDADO:
QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL NA LINHA DE CUIDADO
ONCOLÓGICO E DE CUIDADOS PALIATIVOS**

Pessoas que cuidam de pessoas na linha de cuidado oncológico no mundo pós-pandemia: estamos preparados?

Visão geral: produção técnica em formato de colóquio *online* em três momentos de atualização científica, com espaço para discussões e debates com os ouvintes, com previsão de uso de materiais audiovisuais e estéticos na forma de palestras e conferências inseridas no evento.¹ Não obstante, prevê-se a oferta de material de apoio, com objetivo de intensificar o diálogo entre os pesquisadores envolvidos no trabalho e a comunidade acadêmica e assistencial não só do IMIP, mas de toda a rede de assistência oncológica e de cuidados paliativos de Pernambuco, sendo disponibilizado ao público de profissionais de saúde em torno da temática qualidade de vida profissional, autocuidado, síndromes de burnout e fadiga por compaixão, cuidados com a equipe e no ambiente de trabalho nos cuidados oncológicos e paliativos. A programação prevista inclui apresentação dos resultados da pesquisa e amplo espaço para debates e reflexão com o público alvo.²

No ano de 2020, o IMIP teve 1.970 estudantes em graduação, 797 em pós-graduação *lato sensu* (incluindo 339 em residências médicas, 272 em residências uniprofissionais ou multiprofissionais e 21 especializações em saúde), 165 em pós-graduação *stricto sensu* (incluindo 109 mestrados, 55 doutorandos e 1 pós-doutorando) e 274 em ensino técnico.³

Considerando o contexto atual de uso de mídias digitais nos formatos assíncrono e síncrono na vigência da pandemia de Covid-19, propõe-se a gravação prévia das aulas pelos

respectivos facilitadores, arquivando-as em meio eletrônico. Em momento oportuno, possivelmente no segundo semestre de 2021, sugere-se proceder à realização do colóquio, disponibilizando aos participantes as aulas online, de maneira assíncrona, e convidando-os a um momento de integração e debate em mesa-redonda com os mesmos oradores, desta vez de modo síncrono, a fim de proporcionar um espaço de diálogo e discussões.

Não obstante, também foi programado a disponibilização de todo o material gravado e compilado, com apoio do Núcleo de Telessaúde do IMIP, no Repositório Hígia, após autorização dos palestrantes. Este é um repositório aberto e de livre acesso, que pode potencializar a difusão desse material, inclusive para outras instituições ou serviços de saúde, incluindo as instituições parceiras: Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco (CREMEPE) e Sociedade Brasileira de Oncologia – Seccional Nordeste (SBOC-NE).

**CUIDANDO DE QUEM CUIDA – TRILHA DE CUIDADO:
SOBRE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL NA LINHA DE CUIDADO
ONCOLÓGICO E DE CUIDADOS PALIATIVOS**

**Pessoas que cuidam de pessoas na linha de cuidado oncológico no mundo pós-
pandemia: estamos preparados?**



CUIDANDO DE QUEM CUIDA
colóquio sobre qualidade de
vida profissional

Natureza: Educação permanente para profissionais com vínculo institucional a partir de um produto de pesquisa do mestrado intitulado “A duras penas: Síndromes de Burnout e Fadiga por Compaixão entre equipes médica e de enfermagem em cenários assistenciais de cuidados paliativos“ do mestrando Arthur Fernandes da Silva do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos associado à Residência em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP).

Objetivo: Ofertar um programa de educação continuada em forma de colóquio sobre qualidade de vida, autocuidado, síndromes de burnout e fadiga por compaixão, cuidados com a equipe e no ambiente de trabalho nos cuidados oncológicos e paliativos com atualização técnico-científica e interação entre os oradores e o público-alvo.

Visão geral: Produção técnica em formato de colóquio online em três momentos de atualização científica, com espaço para discussões e debates com os ouvintes, com previsão de uso de

materiais audiovisuais e estéticos na forma de palestras e conferências inseridas no evento.¹ Não obstante, prevê-se a oferta de material de apoio, com objetivo de intensificar o diálogo entre os pesquisadores envolvidos no trabalho e a comunidade acadêmica e assistencial não só do IMIP, mas de toda a rede de assistência oncológica e de cuidados paliativos de Pernambuco, sendo disponibilizado ao público de profissionais de saúde em torno da temática qualidade de vida profissional, autocuidado, síndromes de burnout e fadiga por compaixão, cuidados com a equipe e no ambiente de trabalho nos cuidados oncológicos e paliativos. A programação prevista inclui apresentação dos resultados da pesquisa e amplo espaço para debates e reflexão com o público-alvo.²

Esses conteúdos, a partir de um olhar de uma pesquisa do mundo real, somado ao momento atual de trans/pós pandemia e dos desafios ampliados de cuidar de pacientes oncológicos e de pessoas que necessitam de cuidados paliativos em um ambiente emocionalmente seguro, ressaltando a necessidade de reconhecer síndromes de burnout e fadiga por compaixão, seus fatores de risco e oportunidade de prevenção para melhoria da qualidade de vida dos cuidadores, da equipe e pacientes. O evento *online* ocorrerá ao vivo, com possibilidade de interação, mantendo a possibilidade de acesso assíncrono ao material gravado e material de apoio permitindo a flexibilidade da participação.

Público -alvo: Profissionais de Saúde e gestores das instituições da rede de atenção oncológica de Pernambuco e demais profissionais e estudantes da área de saúde interessados sob o tema

Perfil do egresso: ao término do curso o participante ser capaz:

- Compreender as síndromes de burnout e fadiga por compaixão reconhecendo sua importância e prevalência no ambiente de cuidados oncológicos e paliativos;
- Reconhecer a importância do cuidado do ambiente de trabalho e da equipe na linha de cuidado oncológico e de cuidados paliativos aplicando estratégias para reforçar os

capitais psicológicos individual e organizacional na rede de atenção oncológica e cuidados paliativos;

- Permitir uma reflexão do autocuidado do profissional da saúde e de seu papel como cuidador e membro de equipe de saúde.

Promoção: Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu - Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos associado à Residência em Saúde do IMIP.

Apoio: Conselho Regional de Medicina do Estado de Pernambuco (CREMEPE) e Sociedade Brasileira De Oncologia Clínica – Regional Nordeste (SBOC-NE).

Evento online através do canal do CREMEPE no YouTube:

<https://www.youtube.com/user/Cremepe>

Inscrição e divulgação: site do evento e redes sociais do IMIP, CREMEPE, SES-PE e SBOC-NE.

A ser enviada: carta convite para instituições e coordenadores dos serviços da rede assistência oncológica e cuidados paliativos.

Oferta: intermitente, única com possibilidade de acesso posterior online

Previsão de três encontros:

ENCONTRO 1: Desafios e necessidades de cuidar de quem cuida: olhares sobre as síndromes de burnout e fadiga por compaixão no cuidado oncológico e cuidados paliativos e do ambiente de cuidado

Data: 08/07/2021. Horário: 18-21h

Programação:

Moderadora: Dra. Zilda Cavalcanti, secretária-geral e coordenadora da Câmara Temática de Cuidados Paliativos do CREMEPE.

Abertura

Apresentação do propósito do evento e formação da mesa online

Público-alvo: profissionais de saúde e gestores da linha de cuidado oncológico e cuidados Paliativos de Pernambuco

Tema: DORES DE DENTRO, DORES DE FORA

Dor Física: uma dor que tem número (15min)

Apresentação da dor a partir de viés fisiopatológico, considerando suas características neurobiológicas.

Davi Câmara. Médico geriatria e paliativista, mestre em Cuidados Paliativos | SAD-IMIP).

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/7534196283952264>

Dor Espiritual: uma dor abstrata (15min)

Visão fundamentada em paradigma holístico da saúde, considerando a dimensão espiritual como componente fundamental da experiência de ser humano.

Eduardo Gomes. Enfermeiro, doutorando em Ciências, mestre em Enfermagem | HC-UFPE.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/1845207866237645>

Dor Social: uma dor escancarada (ou silenciosa?) (15min)

Consideração sobre uma faceta negligenciada da vivência da dor, a partir de articulação com a assistência social e direito.

Fernanda Macêdo. Assistente social.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/5062085658436468>

Dor Emocional: uma dor reprimida (15min)

Integração da perspectiva psicológica sobre a convivência com processos dolorosos e suas influências sobre a personalidade e funcionalidade do humano.

Josene Carvalho. Mestre e doutoranda em Psicologia Cognitiva pela UFPE, psicóloga dos serviços de Oncologia Adulto e Cuidados Paliativos | IMIP.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0219976483301100>

Intervalo (10min)

Conferências

OLHARES SOBRE AS SÍNDROMES DE BURNOUT E FADIGA POR COMPAIXÃO

O custo do cuidado - resultados de pesquisa de mestrado no IMIP (20min)

Discussão sobre pontos-chave encontrados em pesquisa com profissionais do itinerário em cuidados paliativos no IMIP, avaliando as Síndromes de Burnout e Fadiga por Compaixão.

Arthur Fernandes

Médico de família e comunidade e paliativista, e mestrando em cuidados paliativos | SES-DF.

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6675934720423453>

Possibilidades de manejo institucional dos desafios das Síndromes de Burnout e Fadiga por Compaixão (20min)

Abordagem organizacional para prevenção e mitigação dos efeitos das síndromes sobre os profissionais.

Jurema Telles

Médica oncologista, doutora em Oncologia pelo INCA/IMIP e coordenadora do Serviço de Oncologia Adulto | IMIP

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8939705318930603>

Espaço para perguntas e discussões (50 min)

ENCONTRO 2: CUIDANDO DO AMBIENTE DE TRABALHO E DA EQUIPE NA LINHA DE CUIDADO ONCOLÓGICO E DE CUIDADOS PALIATIVOS

Moderadora: Dra. Zilda Cavalcanti, secretária-geral e coordenadora da Câmara Temática de Cuidados Paliativos do CREMEPE.

Data: 12/08/2021. Horário: 18-21h.

Público alvo: profissionais de saúde e gestores da linha de cuidado oncológico e cuidados Paliativos de Pernambuco.

O mundo do trabalho presente e futuro: um olhar nos cuidados oncológicos e paliativos
(15 min)

Jurema Telles

Médica oncologista, doutora em Oncologia pelo INCA/IMIP e coordenadora do Serviço de Oncologia Adulto | IMIP

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/8939705318930603>

Cuidando da equipe que cuida (15 min)

Josene Carvalho

Mestre e doutoranda em Psicologia Cognitiva pela UFPE, psicóloga dos serviços de Oncologia Adulto e Cuidados Paliativos | IMIP

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/0219976483301100>

Preparando um ambiente seguro para cuidar e ser cuidado (15 min)

Arthur Fernandes

Médico de família e comunidade e paliativista, e mestrando em cuidados paliativos | SES-DF

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6675934720423453>

Espaço para perguntas e discussões (50 min)

Lançamento do e-book : “O custo do cuidado: bases para o capital psicológico de profissionais de saúde e instituições”.

ENCONTRO 3: CONFERÊNCIA DE ABERTURA DO FORUM POLÍTICAS PÚBLICAS - DESAFIOS E OPORTUNIDADES NA ASSISTÊNCIA ONCOLÓGICA PÓS PANDEMIA

Data: 14/10/21. Horário: 8-9h.

Encontro inserido no III Congresso Onconordeste, promovido pela Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica – Regional Nordeste (SBOC-NE)

Tempo de cuidar de quem cuida: um olhar sobre as síndromes de burnout e fadiga por compaixão (30min)

Arthur Fernandes

Médico de família e comunidade e paliativista, e mestrando em cuidados paliativos | SES-DF

Lattes: <http://lattes.cnpq.br/6675934720423453>

Debates (30min)

REFERÊNCIAS

1. Universidade Federal de Minas Gerais. Conheça os principais tipos de eventos científicos [Internet]. Belo Horizonte: UFMG; [atualizado em 2018 Out 31; citado em 2021 Fev 17]. Disponível em: <https://ufmg.br/comunicacao/noticias/conheca-a-diferenca-entre-os-principais-tipos-de-eventos-cientificos>.
2. Souza, CGVM de et al. Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em Unidades de Terapia Intensiva. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2019, vol.24, n.3, pp. 269-280.
DOI: 10.22491/1678-4669.20190028.
3. Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Revista IMIP Notícias [Internet]. Recife (PE): Rpress Comunicação; 2021 Jan 14 [citado em 2021 Fev 17]. Disponível em: <https://www.flipsnack.com/imippublicacoes/revistaimip202012-dezembro-2020.html>

Apêndice V - *Checklist* avaliação do produto-técnico

Fonte: Produção técnica - relatório do Grupo de Trabalho Produtos Técnicos (CAPES 2019)

Campos descritivos obrigatórios para cursos ofertados a partir de propostas organizadas nos Programas de Pós-graduação, devem apresentar o Projeto de Curso, evidenciando:

<p>Título do produto técnico:</p> <p>Cuidando de Quem Cuida – Trilha de Cuidado: sobre Qualidade de Vida Profissional na linha de cuidado oncológico e de cuidados paliativos</p> <p>PESSOAS QUE CUIDAM DE PESSOAS NA LINHA DE CUIDADO ONCOLÓGICO NO MUNDO PÓS-PANDEMIA: ESTAMOS PREPARADOS?</p>	
ITEM /DESCRIÇÃO	AVALIAÇÃO
<p><i>Estrutura curricular correspondente à visão geral da organização dos componentes curriculares;</i></p> <p>Objetivo: Ofertar um programa de educação continuada em forma de colóquio sobre qualidade de vida, autocuidado, síndromes de burnout e fadiga por compaixão, cuidados com a equipe e no ambiente de trabalho nos cuidados oncológicos e paliativos com atualização técnico-científica e interação entre os oradores e o público-alvo.</p>	<p>(x) sim () não</p>
<p><i>Objetivos do curso, especificando-se a área de atuação do profissional, o que ele deverá ser capaz de realizar no seu domínio profissional e no âmbito da sociedade;</i></p> <p>Produção técnica em formato de colóquio online em três momentos de atualização científica, com espaço para discussões e debates com os ouvintes, com previsão de uso de materiais audiovisuais e estéticos</p>	<p>(x) sim () não</p>

<p>na forma de palestras e conferências inseridas no evento.1 Não obstante, prevê-se a oferta de material de apoio, com objetivo de intensificar o diálogo entre os pesquisadores envolvidos no trabalho e a comunidade acadêmica e assistencial não só do IMIP, mas de toda a rede de assistência oncológica e de cuidados paliativos de Pernambuco, sendo disponibilizado ao público de profissionais de saúde em torno da temática qualidade de vida profissional, autocuidado, síndromes de burnout e fadiga por compaixão, cuidados com a equipe e no ambiente de trabalho nos cuidados oncológicos e paliativos. A programação prevista inclui apresentação dos resultados da pesquisa e amplo espaço para debates e reflexão com o público alvo</p>	
<p><i>Contextualização e criticidade dos conhecimentos, expressando a flexibilidade da estrutura curricular, através de diferentes atividades acadêmicas de modo a favorecer o atendimento às expectativas e interesses dos alunos-profissionais;</i></p> <p>Esses conteúdos, a partir de um olhar de uma pesquisa do mundo real, somado o momento atual de trans /pós pandemia e dos desafios ampliados de cuidar de pacientes oncológico e de pessoas que necessitam de cuidados paliativos em um ambiente emocionalmente seguro, ressaltando a necessidade de reconhecer síndromes de burnout e fadiga por compaixão, seus fatores de risco e oportunidade de prevenção para melhoria da qualidade de vida dos cuidadores , da equipe e pacientes. o evento online ocorrerá ao vivo, mas com a</p>	<p>(x) sim () não</p>

possibilidade de acesso do material gravado e material de apoio permitindo a flexibilidade da participação.	
<i>Conteúdo teórico-prático, metodologia para elaboração e socialização dos conhecimentos;</i>	(x) sim () não
<i>Processo de avaliação qualitativa do aprendizado;</i>	(x) sim () não
<i>Perfil do egresso, entendendo a caracterização do profissional após a realização do curso;</i>	(x) sim () não
<i>Descrição do Curso e de sua finalidade até 50 palavras)</i> 3 encontros online com um programa de educação continuada em forma de colóquio sobre qualidade de vida, autocuidado, síndromes de burnout e fadiga por compaixão, cuidados com a equipe e no ambiente de trabalho no cuidados oncológicos e paliativos com grande interação, atualização e espaço para reflexão.	(x) sim () não
<i>Avanços tecnológicos/grau de novidade: (até 50 palavras)</i> compartilhamento de resultado de pesquisa baseado de resultados do mundo real e fornecimento de material de apoio e enfrentamento de tema relevante e de auto aplicabilidade. Estabelecer um espaço de conversa e troca das diversas instituições e categorias profissionais em momento de muita necessidade do conteúdo	(x) sim () não
<i>Avaliação pré e pós evento</i>	(x) sim () não
<i>Fornecimento de material de apoio link do repositório</i>	(x) sim () não
<i>Inovação:</i>	

produção com alto teor inovativo: desenvolvimento com base em conhecimento inédito;

produção com médio teor inovativo: combinação de conhecimentos pré-estabelecidos;

produção com baixo teor inovativo: adaptação de conhecimento existente;

produção sem inovação aparente: produção técnica

<p>Docentes (autores vinculados a pós-graduação):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jurema Telles de Oliveira Lima, CPF 741.631.164-00 <p>Discentes autores:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Arthur Fernandes da Silva, CPF 098.840.464-84 	<p><input checked="" type="checkbox"/> sim <input type="checkbox"/> não</p>
--	---

Demais autores: Josene Ferreira Carvalho, CPF: 064.160.814-40

Conexão com a Pesquisa (x) sim () não

Projeto de Pesquisa vinculado à produção: “A DURAS PENAS: SÍNDROMES DE BURNOUT E FADIGA POR COMPAIXÃO ENTRE EQUIPES MÉDICA E DE ENFERMAGEM EM CENÁRIOS ASSISTENCIAIS DE CUIDADOS PALIATIVOS”

Linha de Pesquisa vinculada à produção: Gestão e Avaliação dos Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos

Indicar produção resultante do trabalho realizado no Programa de Pós-graduação, informando:

se Projeto isolado, sem vínculo com o Programa de Pós-graduação

Conexão com a Produção Científica

Relacionar artigos publicados, apenas, em periódicos que estão correlacionados a esta produção: aguarda publicação

a) Título: BURNOUT E FADIGA POR COMPAIXÃO ENTRE EQUIPES MÉDICA E DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL

Periódico: Journal of Global Oncology (<https://ascopubs.org/journal/go>)

Outros dados: ano _____; vol. _____; páginas _____- _____; DOI _____.

2- DEFINIÇÃO DA CATEGORIA DO PRODUTO TÉCNICO:

Tipo de produto - **RELATÓRIO DE GRUPO DE TRABALHO produtos técnicos**

CAPES 2019

Definição: conjunto de conteúdos estabelecidos de acordo com as competências requeridas pela formação profissional, em conformidade com os objetivos do Programa de Pós-Graduação.

Natureza: a) oferta regular: oferta contínua e integrada às atividades das Instituições envolvidas com o processo da pesquisa; b) oferta em alternância: oferta intermitente, podendo estar integrada às Instituições envolvidas com o processo da pesquisa; c) formação em exercício [work in progress]: oferta regular ou em intermitente, devendo contar com profissionais vinculados às instituições envolvidas com o processo da pesquisa

Exemplos: a) Formação contínua para profissionais com vínculo institucional; b) oferta especial para profissionais vinculados a projetos de pesquisa; c) Formação pedagógica para profissionais não licenciados para atuação em sala de aula

Apêndice VI

Produto técnico-educacional II – e-book “O custo do cuidado: bases para o capital psicológico de profissionais de saúde e instituições”

**INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP**

**O CUSTO DO CUIDADO:
ESTRATÉGIAS PARA REFORÇAR O CAPITAL
PSICOLÓGICO INDIVIDUAL E ORGANIZACIONAL**

ARTHUR FERNANDES DA SILVA

**RECIFE,
2021**

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO FIGUEIRA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO SENSU
MESTRADO PROFISSIONAL EM CUIDADOS PALIATIVOS ASSOCIADO À
RESIDÊNCIA EM SAÚDE DO IMIP

O CUSTO DO CUIDADO:
ESTRATÉGIAS PARA REFORÇAR O CAPITAL PSICOLÓGICO INDIVIDUAL E
ORGANIZACIONAL

Produto técnico componente de Dissertação à banca examinadora do Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos Associado a Residência em Saúde como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre em Cuidados Paliativos

Mestrando: Arthur Fernandes da Silva

Orientadora: Jurema Telles de Oliveira Lima

Coorientadora: Josene Ferreira Carvalho

Área de concentração: Gestão, Inovação e Avaliação em Cuidados Paliativos

Linha de pesquisa: Gestão e Avaliação dos Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos

RECIFE,

2021

(ESPAÇO PARA FICHA CATALOGRÁFICA)

AUTORES

Arthur Fernandes da Silva

Mestrando em Cuidados Paliativos pelo Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP, 2019-2021) e Paliativista (2019-2020) pela mesma instituição. Médico de Família e Comunidade pela Secretaria de Saúde da Prefeitura da Cidade do Recife (2017-2019). Graduado pela Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Cariri (UFCA) (2011-2016). Membro dos Grupos de Trabalho em Espiritualidade e Saúde e em Cuidados Paliativos da Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade (SBMFC) e do Comitê de Atenção Primária à Saúde da Academia Nacional de Cuidados Paliativos (ANCP). Co-autor dos livros: Entre encontros e despedidas: histórias sobre o viver e o morrer na Casinha (Editora Escaleras), Cartas ao Dr. Bezerra de Menezes (AME Brasil Editora), Uma nova medicina para um novo milênio: a humanização do ensino médico (AME Brasil Editora), Diário de uma eucariótica (Editora Schoba).

Jurema Telles de Oliveira Lima

Doutora em Oncologia pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA)/Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) (2017). Mestre em Ciências Médicas pela Universidade de Pernambuco (UPE). Graduação em Medicina pela UPE (1995). Título de Especialista em Cancerologia Clínica pela AMB/SBC. Especialista em Bioética pela Universidade do Porto (Portugal). Coordenadora do serviço de Oncologia do IMIP. Tutor da Faculdade Pernambucana de Saúde (FPS). Vice-coordenadora do Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos Associado à Residência em Saúde (IMIP). Membro titular das Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica (SBOC), da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO) e Sociedade Europeia de oncologia clínica (ESMO). Presidente da SBOC - Regional Nordeste (2019-21).

REVISORES

Karla Alexsandra de Albuquerque

Doutora em Ciências pela Universidade de São Paulo (2015). Professora da Universidade Federal de Pernambuco na área de Enfermagem Médico-cirúrgica. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Cuidados Paliativos, Controle de sintomas, Caquexia, Dor oncológica, Hipodermólise, Oncologia, Processo de Morte e Morrer, e Cirurgias gastrointestinais. Atualmente é coordenadora do curso de graduação em Enfermagem da UFPE, 2019-2021.

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Graduação em Psicologia pela Universidade Estadual da Paraíba, Especialização em Psicologia Hospitalar pela Santa Casa de SP, Mestrado em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco e Doutorado em Neuropsiquiatria e Ciências do Comportamento pela Universidade Federal de Pernambuco. Pós-doutorado em ciências da Saúde pela Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Atualmente é tutor da graduação e da pós graduação da Faculdade Pernambucana de Saúde - FPS. Coordenador do Mestrado Profissional em Psicologia da Saúde da FPS. Colaborador do programa de pós graduação stricto sensu do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP) e supervisor do núcleo de saúde mental do IMIP. Membro do Grupo de Trabalho Pesquisa básica e aplicada em uma perspectiva Cognitivo-Comportamental da ANPEPP. Líder do Grupo de Pesquisa em Saúde Mental do IMIP. Foi membro da diretoria da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar (SBPH) nas gestões de 2007 até 2017 e da diretoria da Associação de Terapias Cognitivas de Pernambuco (ATC-PE) na Gestão de 2015-2018.

Zilda do Rego Cavalcanti

Graduação em Medicina pela Universidade de Pernambuco (1990), residência em Clínica Médica (1993) e mestrado em Medicina Interna (2005) pela Universidade Federal de Pernambuco. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina Paliativa. Tutora e preceptora do internato da Faculdade Pernambucana de Saúde. Preceptora da residência em Medicina Paliativa do IMIP. Título de Especialista em Medicina Paliativa pela AMB.

APRESENTAÇÃO DO PRODUTO

As Síndromes de Burnout (SB) e de Fadiga por Compaixão (SFC) representam desafios ao trabalho em saúde em níveis individual e organizacional, afetando não apenas a saúde mental e desempenho de profissionais de cuidado, mas também a eficiência e a qualidade de serviços de atenção à saúde, especialmente na área de cuidados paliativos.

Considerando a importância dos referidos temas; sua influência sobre processos de trabalho; a premente necessidade de identificar situações de risco de adoecimento com vistas à sua abordagem nas instituições e a carência de materiais específicos voltados para essa temática em serviços de saúde, vislumbrou-se a oportunidade de estruturar um instrumento apoiador para tal.

Este material compõe a dissertação *A duras penas: Síndromes de Burnout e de Fadiga por Compaixão* entre equipes médicas e de enfermagem em cenários assistenciais de cuidados paliativos, apresentada ao Programa de Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos Associado à Residência em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). A referida pesquisa constituiu-se de estudo exploratório transversal, a fim de avaliar fatores sociodemográficos e elementos das SB e SFC entre profissionais médicos, enfermeiros e técnicos em enfermagem dos setores de terapia intensiva, pronto-atendimento, oncologia adulto e cuidados paliativos do IMIP. Com a devida atenção aos preceitos éticos, os profissionais foram avaliados através de preenchimento de formulário eletrônico.

Apresentamos a seguir material didático e instrucional, na qualidade de *e-book* ou livro eletrônico, com o objetivo de 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 ou de estresse associado ao trabalho e ponderação quanto às possíveis abordagens para saná-lo.

O presente produto técnico-educacional não só fortalece o Programa de Pós-Graduação da instituição, como fruto de pesquisa de mestrado, mas também tem potencial para alcançar outras instituições ou serviços de saúde atentos para a importância do tema em questão, contribuindo para a melhoria da qualidade dos processos de trabalho e, por consequência, da qualidade da assistência prestada.

PREFÁCIO

A jornada através desta pandemia nos deixou exaustos. Exaustos os pacientes, lutando até suas últimas forças. Exaustos os familiares, tentando persistir em esperança quando todo o resto lhes falta.

E exaustos os profissionais de saúde que, lidando com a escassez de recursos e com o próprio medo, dão cada gota de si mesmos tentando salvar vidas.

Este é um momento propício para falar sobre Burnout: fenômeno que representa exatamente essa exaustão que ultrapassa os limites do mero cansaço para se tornar algo muito mais pungente.

Nesse contexto, lembro-me das palavras de Gonzaguinha, quando diz que “guerreiros são pessoas que também choram e que também precisam de um abraço”. Precisam de descanso. O poeta diz ainda que “sem o trabalho, não temos honra e assim não dá pra ser feliz”. Seguimos com o trabalho, nossa missão, cuidar das pessoas. Firmes nesta batalha que somente nós podemos travar. Essa missão que transcende o momento atual e segue pela vida.

Mas quem cuida dos cuidadores?

Forma-se aqui essa corrente de gente cuidando de gente. O gestor que cuida do profissional que cuida do paciente. Uma corrente viva de empatia e cuidado. A compaixão que é nossa ferramenta maior, e que serve para guiar nossa compreensão das atitudes necessárias para seguir cuidando uns dos outros para além da fadiga, em busca de um mundo mais amoroso e solidário.

Zilda do Rego Cavalcanti

O custo do cuidado:

Estratégias para reforçar o capital psicológico individual e organizacional

Índice

- 1 O fenômeno do trabalho
- 2 O *burnout* e a fadiga por compaixão como ameaças
- 3 A resistência psicológica como defesa
- 4 Entendendo as necessidades dos profissionais e as possibilidades de ação

1 O fenômeno do trabalho

O trabalho é o fenômeno da venda da força de trabalho do indivíduo a fim de obter uma remuneração, mas também se constitui como elemento de pertencimento a grupos sociais, e ainda tem uma função psíquica, relacionada à formação da identidade e da subjetividade do ser humano. O trabalho é, dessa forma, essencial para relações afetivas e econômicas entre as pessoas em sua vida cotidiana.

O trabalho nunca é neutro, é um campo de disputas entre:

Elementos positivos	Elementos negativos
Fonte de sentido e crescimento psicossocial para o adulto	Angústias e medos disparados pela lógica da empresa ou do empregador, baseada no lucro ou produtividade

A organização do trabalho é produto de acordo entre quem o estrutura e quem o executa, e está constantemente evoluindo e se transformando. Em cada um dos níveis de tomada de

decisão na hierarquia, essa organização é pensada considerando o que o trabalhador entende do seu próprio trabalho, sem que consiga perceber a realidade da prática dos outros. A comunicação visa exibir a racionalidade, a forma de pensar, o propósito do trabalho e os dilemas vividos pelos trabalhadores para desempenhá-lo e os porquês de perseguirem respostas para si mesmos, para os demais trabalhadores e outros níveis na hierarquia².

“Se o trabalhador é capaz de pensar o trabalho, de elaborar essa experiência ao falar, de simbolizar o pensamento e de chegar a uma interpretação, ele tem a possibilidade de negociar, de buscar um novo sentido partilhado, de transformar e de fazer a organização do trabalho evoluir.”¹

Em outras palavras, a ciência da Psicodinâmica do Trabalho nesse campo busca modificar não o trabalho em si, mas o trabalhador e suas relações.

2 O *burnout* e a fadiga por compaixão como ameaças

O *burnout*³ pode ser descrito como uma síndrome complexa relacionada ao trabalho, que congrega caracteres como exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal. A exaustão emocional seria uma sensação de energia mental drenada ou muito reduzida. A despersonalização pode ser vista como um distanciamento do trabalho, com desresponsabilização progressiva sobre os processos relacionados. Já a baixa realização pessoal se traduz no sentimento de incompetência ou reduzida eficácia pessoal na profissão. Esses fatores, combinados e expressos na forma de sofrimento no *burnout*, podem comprometer⁴ significativamente a qualidade do trabalho e, no caso de profissionais de ajuda, como na área da saúde, a qualidade do cuidado prestado aos pacientes^{5, 6}.

A exaustão emocional envolve uma sensação de energia mental drenada ou muito reduzida. A despersonalização pode ser vista como um distanciamento do trabalho, com desresponsabilização progressiva sobre os processos relacionados. Já a baixa realização pessoal se traduz no sentimento de incompetência ou reduzida eficácia pessoal na profissão. Esses fatores, combinados e expressos na forma de sofrimento na Síndrome de Burnout (SB), podem comprometer significativamente a qualidade do trabalho¹⁶ e, no caso de profissionais da área da saúde, a qualidade do cuidado prestado aos pacientes.^{17, 18}

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde (OMS), órgão das Nações Unidas para o tema, incluiu a SB na nova Classificação Internacional de Doenças, a CID-11¹⁹, publicada em 2020, devendo vigorar a partir de 2022. A SB teve sua definição atualizada para "uma síndrome resultante de um estresse crônico no trabalho que não foi administrado com êxito" e é entendida como um fenômeno relacionado ao trabalho. Para a OMS, quando instalada, a SB pode se caracterizar por sensação de esgotamento, sentimentos negativos relacionados ao trabalho e eficácia profissional reduzida.

Atualmente, o modelo de compreensão do desenvolvimento da Síndrome de Burnout em 5 etapas é o mais utilizado.²⁰ Trata-se da percepção de que, no início da experiência em um dado posto de trabalho, a aceitação de responsabilidade, produtividade e satisfação com o trabalho são elevadas, caracterizando um estágio de "lua de mel" com o serviço (estágio 1). Posteriormente, os estressores relacionados ao trabalho começam a influenciar a relação do indivíduo com suas tarefas; é nesse ponto que, na ausência de estratégias de enfrentamento, o estresse pode se estabelecer e se consolidar na forma de estagnação no trabalho (estágio 2), com percepção de dias bons e ruins pelo trabalhador, juntamente com sintomas emocionais e físicos, indicando desequilíbrio da relação entre vida e trabalho. A perpetuação da labuta sob estresse por períodos prolongados leva à cronificação do mesmo, manifestado sob a forma de

frustração, sensação de impotência e falha ou inadequação (estágio 3). Eventualmente esse quadro progride para a desilusão quanto ao trabalho, típica da sensação de apatia e indiferença (estágio 4), quando não há expectativas de melhoria da situação. Por fim, a SB se consolida (estágio 5) com sintomas físicos e emocionais mais graves, como tristeza, angústia, fadiga mental e orgânica, isolamento, ansiedade e alterações de comportamento.²¹

Há mais de 80 fatores elencados na etiopatogenia da SB.³³ Estudos apresentam esses elementos sob pontos de vista internos ou externos ao profissional.³⁴ Dentre os primeiros, estariam posturas perfeccionistas, expectativas idealizadas, supressão de necessidades pessoais, desejo de agradar outras pessoas, sentir-se insubstituível, ter o trabalho como única atividade útil ou com propósito e o hábito de trabalhar em substituição à vida pessoal. Dentre os últimos, os fatores externos, encontram-se problemas com a liderança, pressão do tempo e da produtividade, falta de liberdade para tomar decisões ou influenciar a organização, problemas com a hierarquia, comunicação interna frágil, responsabilidades crescentes, má organização dos processos de trabalho, falta de recursos (humanos ou financeiros), falta de clareza sobre objetivos e papéis desempenhados, trabalho em equipe frágil e falta de suporte social (dos pares e fora do ambiente de trabalho). A SB também se relacionou a diferenças mensuráveis na qualidade do cuidado³⁵⁻³⁷ e do profissionalismo relatados por estudantes, residentes e médicos especialistas; maiores taxas de erros médicos³⁸ e piores indicadores de produtividade, como aposentadoria antecipada e redução de carga horária, além de maiores níveis de estresse e transtornos mentais, como depressão.^{39, 40}

A SB está relacionada ao sofrimento no trabalho em condições ruins ou desafiadoras. Contudo, profissões de cuidado, como as da área da saúde, podem experimentar outras dimensões de sofrimento particulares, que encontram sua raiz no processo de cuidado de pacientes com sofrimentos intensos.

O cuidado de alguém é uma experiência complexa que envolve a percepção das vulnerabilidades do outro, perpassa a sensação de uma resposta afetiva a elas e culmina na tomada de ação em direção a esse outro e suas necessidades de forma humana, preenchida por significado.⁴² Pessoas adoecidas desejam ser tratadas com cuidado que inclua a escuta sobre suas necessidades e uma relação humana e compassiva com o cuidador.⁴³

A compaixão pode ser descrita como um processo complexo que resulta da interação entre dimensões afetivas, somáticas e cognitivas que podem ser desenvolvidas.⁴³ Tal processo é dependente de relações e se inicia pelo reconhecimento do sofrimento de alguém. Por ser individual, o sofrimento externo não é passível de compreensão completa, mas pode ser minimamente entendido a partir de uma disposição empática em reconhecer, no outro, nossa mesma humanidade. Após a primeira resposta empática, o processo compassivo prossegue na forma de desejo de aliviar o sofrimento. Este desejo é intuitivo e cognitivo, uma vez que o alívio do sofrimento envolve uma avaliação sobre a capacidade de ação e um imperativo ético de superação da indiferença em relação à dor alheia com vistas à ação sobre a mesma de forma respeitosa.⁴³

A compaixão⁴³ pode ser entendida como sentimento ou atitude. O sentimento chamado compaixão representa uma combinação de emoções amorosas e dolorosas despertadas pelo reconhecimento do sofrimento desnecessário (ou sem propósito) pelo qual outras pessoas passam, isto é, uma disposição benevolente em direção ao outro, independente de julgamentos; já a atitude compassiva seria a tradução desse sentimento “temperando” a relação de cuidado de forma proativa e respeitosa, através de palavras, atitudes ou mesmo do silêncio.⁴⁶

A fadiga por compaixão foi descrita inicialmente à guisa de explicação sobre a perda da habilidade de cuidar entre enfermeiros em serviço de emergência, os quais apresentavam sintomas como senso de baixa eficiência, cansaço, fadiga, tristeza e raiva, além de alterações orgânicas como problemas no sono, cefaleias e alterações do sistema digestivo, manifestações

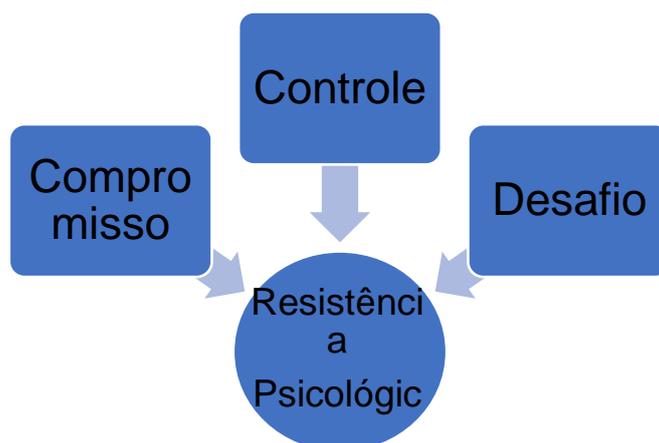
físicas e emocionais tratadas como consequências do cuidado continuado de pacientes com necessidades complexas e sobrecarga de trabalho.⁵⁶ Pouco depois, em 1995, o termo Fadiga por Compaixão (ou Síndrome de Fadiga por Compaixão [SFC]) foi utilizado para discorrer sobre o “custo do cuidado” entre profissionais da área.⁵⁷

Posteriormente, a definição foi melhor desenvolvida para expor “a redução da capacidade do terapeuta de ser empático ou ouvir sobre o sofrimento dos clientes e é o estado emocional e comportamental resultante do conhecimento sobre eventos traumáticos vividos por outrem”.⁵⁷ A SFC seria, então, uma disfunção da resposta empática após o testemunho do sofrimento do outro.⁵⁸

A SFC equivale ao estresse traumático secundário, isto é, uma combinação de pensamentos intrusivos, evitação dos clientes ou pacientes, estado de hipervigilância, irritabilidade, raiva e memórias traumáticas relacionadas aos traumas dos pacientes, causado pelo exercício contínuo de compaixão para com pessoas com sofrimentos insolúveis⁵³

3 A resistência psicológica como defesa

Estudos a partir da psicologia positiva tomam por base o conceito de resistência psicológica⁷ e o descrevem como produto de três dimensões concorrentes: compromisso, controle e desafio. A primeira simboliza o engajamento na própria vida. A segunda diz respeito à influência ou poder do indivíduo sobre os eventos que lhe ocorrem. A última traduz uma disposição ou inspiração para o desafio, no sentido de crescimento. Essa resistência psicológica se assemelha à resiliência, isto é, um grau de empoderamento psíquico que permite manejar os eventos estressantes na vida, seja agindo sobre o evento em si, seja redirecionando o investimento emocional para outro foco mais aprazível. Essa habilidade já se demonstrou^{8, 9} protetiva em relação ao *burnout* entre profissionais de saúde.



Partindo do pressuposto que elementos próprios da instituição (protocolos, fluxos, rotinas, infraestrutura, competência da administração etc.) podem influenciar¹⁰ no *burnout* no setor saúde, entende-se ser importante visar o fortalecimento dessa resistência psicológica transformando as condições de trabalho (agindo sobre a instituição), para além de ações a nível individual (sobre as pessoas). Tais transformações podem produzir maior senso de empoderamento¹¹ individual nos trabalhadores, o que inclui confiança, senso de propósito, autonomia e a percepção de realmente influenciar na instituição.

Estudos¹² apontam dezenas de fatores que podem contribuir para o *burnout* sob pontos de vista individuais e organizacionais.

4 Entendendo as necessidades dos profissionais e as possibilidades de ação

É fundamental que as instituições ou sistemas de saúde os conheçam para planejar intervenções assertivas, evitando tanto a abordagem de fatores de risco aleatórios (descontextualizados na instituição em si) quanto ações superficiais apenas em elementos individuais dos trabalhadores, evitando as questões estruturais da organização.

A partir da Hierarquia das Necessidades Humanas Básicas de Maslow¹³, um estudo¹⁴ idealizou adaptação para a Hierarquia do *Burnout* e Bem-estar de Médicos. Nesta cartilha, consideramos essa hierarquia para todas as categorias de profissionais de saúde. Essa

abordagem exemplifica de forma prática as principais necessidades dos profissionais – desejo de prestar cuidados de excelência aos seus pacientes, sem um custo pessoal insuportável e podendo se conectar com o sentido do seu trabalho – e permite tecer estratégias para atuação da organização para reduzir o *burnout* agindo sobre cada um dos níveis de complexidade. Obviamente, há necessidades mais básicas que precisam ser abordadas antes que outras demandas complexas sejam consideradas. O eixo central da hierarquia pode ser entendido como o equilíbrio entre a vida pessoal e vida profissional¹⁵.

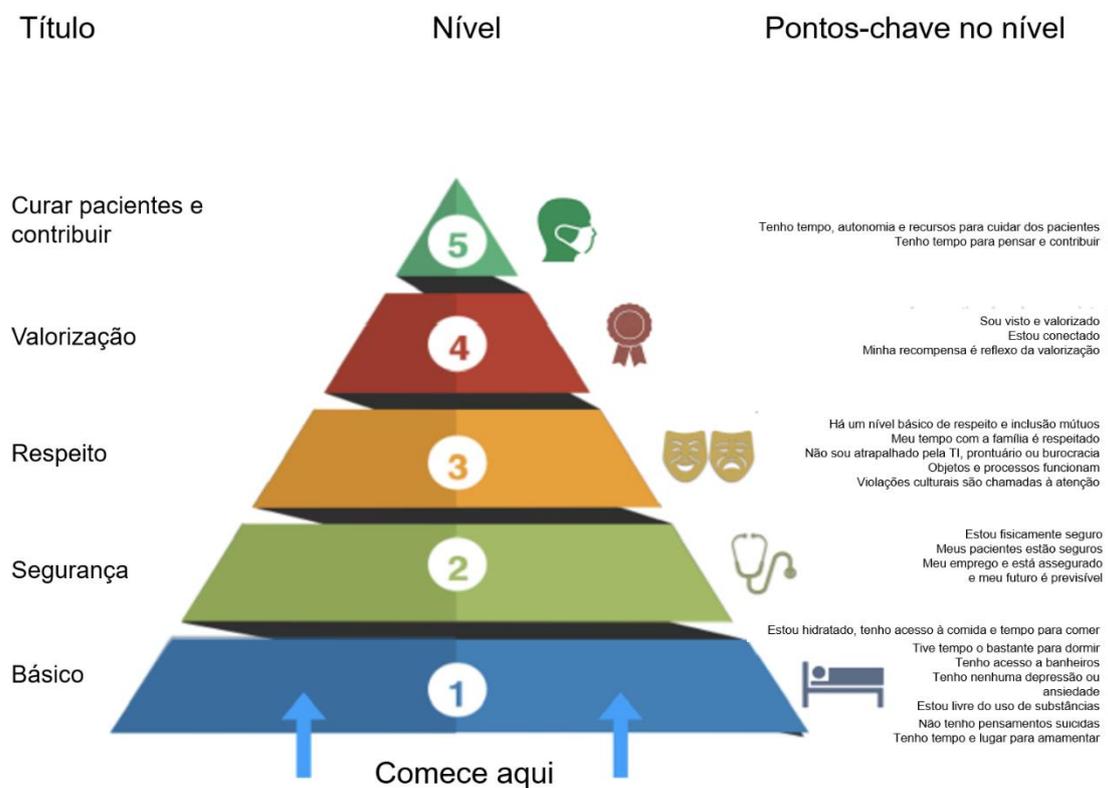


Figura 1. Hierarquia do *Burnout* e Bem-estar de Médicos, traduzido ao português com autorização dos autores¹⁵.

Nível 1 – Elementos básicos: saúde física e mental

Principais problemas:

- Tempo, oferta e acesso à alimentação de qualidade e hidratação adequada; tempo e acesso ao uso do banheiro durante o trabalho e, se necessário, possibilidade de amamentar. Estudos^{16, 17, 18, 19} já comprovaram que profissionais de saúde costumam se alimentar de refeições com valores nutricionais pobres, apresentar desidratação ao final dos plantões e sofrer por privação de sono; ambas as situações estão associadas a prejuízos cognitivos, perda de memória recente e pior humor.

Possibilidades de atuação:

- Ofertar acesso a sistemas de suporte (avaliação psicológica, intervenções breves, grupos de apoio etc.) no ambiente de trabalho (garantido pela instituição) e fora dele (iniciativas dos profissionais, como psicoterapias individuais). Apesar do preconceito que envolve temas de saúde mental e o tabu, inclusive entre profissionais de saúde, é mandatório abordar tal cultura de desvalorização da dimensão afetiva do sofrimento do profissional com vistas à proporcionar acolhimento a todos e tratamento adequado aos que necessitarem²⁰;
- Facilitar o acesso à hidratação e alimentação apropriadas aos trabalhadores, bem como a banheiros privativos e locais apropriados para amamentação;
- Avaliar o estado de privação do sono das equipes e garantir rodízios que permitam períodos de descanso apropriados e em ambientes salubres.

Nível 2 – Segurança física e patrimonial

Principais problemas:

- Sensação de ameaça dos trabalhadores em relação à sua segurança pelo trabalho em ambientes com déficits de recursos humanos, problemas com as lideranças, desorganização dos processos e ausência de rotinas, situações nas quais os profissionais de saúde tendem a ser mais agredidos²¹.

Possibilidades de atuação:

- Treinar as equipes em métodos de reescalonamento da violência;
- Garantir segurança e vigilância dos espaços, principalmente os mais vulneráveis, como os setores de psiquiatria e emergência;
- Manter um corpo de profissionais quantitativamente adequado, evitando sobrecargas ou turnos dobrados;
- Planejar ações incluindo rotinas e previsibilidade de mudanças.

Nível 3 – Respeito

Principais problemas:

- Profissionais que se sentem desrespeitados ou desvalorizados pelos superiores tendem a apresentar menor investimento de energia na clínica²²;
- Existência de atritos, rugas ou relações conflituosas no interior das equipes tendem a reduzir a habilidade diagnóstica, a criatividade e a eficiência dos processos²³;
- Desrespeito e atitudes violentas por parte dos pacientes;
- Excesso de burocracia e dificuldades no manejo de prontuários eletrônicos são a principal causa de *burnout* autorrelatada em estudo²⁴ recente com médicos.

Possibilidades de atuação:

- Desenvolver continuamente os sistemas como prontuários eletrônicos e garantia de infraestrutura adequada para seu bom funcionamento, incluindo capacitações periódicas programadas e, se possível, interativas, a nível individual, é possível pensar formas de reduzir o tempo gasto de forma ineficiente²⁵ (ex.: com a burocracia) e aumentar o tempo dispendido em tarefas úteis (ex.: cuidado direto aos pacientes) ou em descanso, em casa;

- Exibir os direitos e responsabilidades dos pacientes no serviço, prevenindo abusos ou desacatos à equipe e criar fluxos para intervenção quando ocorrerem;
- Treinar as lideranças para avaliar, abordar e agir assertivamente sobre situações de bullying ou outros abusos nas equipes;
- Responder às demandas dos profissionais, ainda que a resposta seja negativa;
- Participar dos momentos de interação entre profissionais com vistas a ouvir identificar reclamações ou problemas e responder de forma hábil.

Nível 4 – Valorização

Principais problemas:

- Esse modelo prediz que se sentir valorizado e apreciado na instituição é importante, bem como ser notado e receber agradecimentos pelo esforço investido no trabalho.

Possibilidades de atuação:

- Facilitar que pacientes, colegas, gestores e líderes possam expressar sua apreciação pelos indivíduos e serviços prestados. Lideranças devem compreender o *burnout* também como um problema sistêmico da cultura organizacional e desenvolver estratégias inovadoras, como a promoção de cultura de autocuidado entre os funcionários, partindo dos superiores e incluindo todos os trabalhadores. Além disso, iniciativas em grandes hospitais²⁶ como Stanford e Mount Sinai, nos EUA, apontam a criação do cargo de “chefe de bem-estar”, responsável por catalisar essas mudanças.
- Divulgar experiências de sucesso ou “vitórias” das equipes no tocante a casos complexos;
- Remunerar os profissionais de maneira justa. O sistema de remuneração também pode ser propulsor de piores índices de *burnout*, uma vez que pagamentos por produtividade ou bônus por produtividade tendem a levar profissionais à sobrecarga de trabalho.

Nesse sentido, é possível traçar alternativas²⁷ como salários independentes da performance associados a opções de remuneração que incluam maior flexibilidade de horários ou tempo livre, além de envolver medidas de bem-estar²⁰ profissional dentro da avaliação da performance.

-

Nível 5 – Cuidado aos pacientes

Principais problemas:

- Profissionais de saúde desejam o tempo, recursos e autonomia para executar suas habilidades nos maiores níveis junto aos pacientes, para serem “tão bons quanto possível”.

Possibilidades de atuação:

- Aperfeiçoar os fluxos para maximizar o tempo dos profissionais junto aos pacientes em encontros clínicos;
- Reduzir a influência do “negócio” sobre a prática da assistência à saúde no cotidiano;
- Proteger o tempo dedicado às atividades acadêmicas dos profissionais que as desenvolvem;
- Estruturar e apoiar grupos de mentoria ou supervisão profissional;
- Considerando a educação permanente dos profissionais de saúde, é mais assertivo abordar utilizar esses recursos não só para melhorar as habilidades profissionais, mas também para a prevenção do *burnout* desde a graduação e ao longo da formação, construindo um processo formativo e ambiente de trabalho menos tóxicos.

REFERÊNCIAS

1. Heloani R, Lancman S. Psicodinâmica do trabalho: o método clínico de intervenção e investigação. *Production* [Internet]. 2004 Dec [cited 2021 Jan 23];14(3):77–86. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-65132004000300009&lng=en&nrm=iso&tlng=pt
DOI: 10.1590/S0103-65132004000300009
2. Giongo CR, Monteiro JK, Sobrosa GMR. Psicodinâmica do trabalho no Brasil: revisão sistemática da literatura. *Temas em Psicol* [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 3];23(4):803–14. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v23n4/v23n4a01.pdf>
DOI: 10.9788/TP2015.4-ED
3. Maslach, C., Jackson, S. E & Leiter, M. P. (1996). *The Maslach Burnout Inventory: Test manual* (3rd ed.). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
4. Frey R, Robinson J, Wong C, Gott M. Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018 Oct 1 [cited 2021 Apr 3];43:1–9. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30220354/>
DOI:10.1016/j.apnr.2018.06.003
5. Kang EK, Lihm HS, Kong EH. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean J Fam Med* [Internet]. 2013 Jan [cited 2021 Apr 3];34(1):36–42. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23372904/>
DOI: 10.4082/kjfm.2013.34.1.36
6. Goldhagen BE, Kingsolver K, Stinnett SS, Rosdahl JA. Stress and burnout in residents: Impact of mindfulness-based resilience training. *Adv Med Educ Pract* [Internet]. 2015 [cited 2021 Apr 3];6:525–32. Available from: </pmc/articles/PMC4554415/>

DOI:10.2147/AMEP.S88580

7. Kobasa SC. Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 1979 [cited 2021 Apr 3];37(1):1–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/458548/>
DOI: 10.1037//0022-3514.37.1.1
8. Ladstätter F, Cooper-Thomas HD, Moreno-Jiménez B, et al. Deciphering Hardiness: Differential Relationships of Novelty Seeker, Rigid Control, and Hardy Profiles on Nurses' Burnout and their Effects. *Nurs Advan Health Care* 2018; 1:010
9. Garrosa E, Rainho C, Moreno-Jiménez B, Monteiro MJ. The relationship between job stressors, hardy personality, coping resources and burnout in a sample of nurses: A correlational study at two time points. *Int J Nurs Stud* [Internet]. 2010 Feb [cited 2021 Apr 3];47(2):205–15. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19596324/>
DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2009.05.014
10. Poncet MC, Toullic P, Papazian L, Kentish-Barnes N, Timsit JF, Pochard F, et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. *Am J Respir Crit Care Med* [Internet]. 2007 Apr 1 [cited 2021 Apr 3];175(7):698–704. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17110646/>
DOI: 10.1164/rccm.200606-806OC
11. Spreitzer GM. Psychological, empowerment in the workplace: dimensions, measurement and validation. *Acad Manag J*. 1995 Oct 1;38(5):1442–65. Available from: <https://www.jstor.org/stable/256865?seq=1>.
DOI: 10.2307/256865
12. Brigham T, Barden C, Legreid Dopp A, Hengerer A, Kaplan J, Malone B, et al. A Journey to Construct an All-Encompassing Conceptual Model of Factors Affecting Clinician Well-Being and Resilience. *NAM Perspect* [Internet]. 2018 Jan 29 [cited

2021 Apr 3];8(1). Available from: <https://nam.edu/journey-construct-encompassing-conceptual-model-factors-affecting-clinician-well-resilience/>

DOI: 10.31478/201801b

13. Maslow AH. A theory of human motivation. Psychol Rev [Internet]. 1943 Jul [cited 2021 Apr 3];50(4):370–96. Available from: /record/1943-03751-001

DOI: 10.1037/h0054346

14. Shapiro DE, Duquette C, Abbott LM, Babineau T, Pearl A, Haidet P. Beyond Burnout: A Physician Wellness Hierarchy Designed to Prioritize Interventions at the Systems Level [Internet]. Vol. 132, American Journal of Medicine. Elsevier Inc.; 2019 [cited 2021 Feb 16]. p. 556–63. Available from:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30553832/>

DOI: 10.1016/j.amjmed.2018.11.028.

15. Sinsky CA, Biddison LD, Mallick A, Legreid Dopp A, Perlo J, Lynn L, et al.

Organizational Evidence-Based and Promising Practices for Improving Clinician Well-Being. NAM Perspect [Internet]. 2020 Nov 2 [cited 2021 Apr 3]; Available from: <https://nam.edu/organizational-evidence-based-and-promising-practices-for-improving-clinician-well-being/>

DOI: 10.31478/202011^a

16. Saniotis A, Grantham JP, Kumaratilake J, Henneberg M. Neuro-hormonal Regulation Is a Better Indicator of Human Cognitive Abilities Than Brain Anatomy: The Need for a New Paradigm. Front Neuroanat [Internet]. 2020 Jan 9 [cited 2021 Apr 3];13:9.

Available from: /pmc/articles/PMC6962128/

DOI: 10.3389/fnana.2019.00101

17. Armstrong LE, Barquera S, Duhamel J -F., Hardinsyah R, Haslam D, Lafontan M.

Recommendations for healthier hydration: addressing the public health issues of

- obesity and type 2 diabetes. *Clin Obes* [Internet]. 2012 Oct [cited 2021 Apr 3];2(5–6):115–24. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25586246/>
DOI: 10.1111/cob.12006
18. Lemaire JB, Wallace JE, Dinsmore K, Roberts D. Food for thought: An exploratory study of how physicians experience poor workplace nutrition. *Nutr J* [Internet]. 2011 Dec 18 [cited 2021 Apr 3];10(1):18. Available from:
<http://nutritionj.biomedcentral.com/articles/10.1186/1475-2891-10-18>
DOI: 10.1186/1475-2891-10-18
19. Maltese F, Adda M, Bablon A, Hraeich S, Guervilly C, Lehingue S, et al. Night shift decreases cognitive performance of ICU physicians. *Intensive Care Med* [Internet]. 2016 Mar 1 [cited 2021 Apr 3];42(3):393–400. Available from:
<https://link.springer.com/article/10.1007/s00134-015-4115-4>
DOI: 10.1007/s00134-015-4115-4
20. Thomas LR, Ripp JA, West CP. Charter on Physician well-being [Internet]. Vol. 319, *JAMA - Journal of the American Medical Association*. American Medical Association; 2018 [cited 2021 Apr 3]. p. 1541–2. Available from:
<https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2677478>
DOI: 10.1001/jama.2018.1331
21. Trinkoff AM, Geiger-Brown JM, Caruso CC, Lipscomb JA, Johantgen M, Nelson AL, et al. Personal Safety for Nurses. In: Hughes RG, editor. Rockville (MD); 2008.
22. Shanafelt TD, Gorringer G, Menaker R, Storz KA, Reeves D, Buskirk SJ, et al. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2015 Apr 1 [cited 2021 Apr 3];90(4):432–40. Available from:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25796117/>
DOI: 10.1016/j.mayocp.2015.01.012

23. Riskin A, Erez A, Foulk TA, Kugelman A, Gover A, Shoris I, et al. The Impact of Rudeness on Medical Team Performance: A Randomized Trial. *Pediatrics*. 2015 Sep;136(3):487–95.
24. Leslie K. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide [Internet]. Medscape National Physician Burnout & Suicide Report 2020: The Generational Divide. 2020 [cited 2021 Apr 3]. p. <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle->. Available from: <https://www.medscape.com/slideshow/2020-lifestyle-burnout-6012460>
25. Shanafelt TD, West CP, Sloan JA, Novotny PJ, Poland GA, Menaker R, et al. Career fit and burnout among academic faculty. *Arch Intern Med* [Internet]. 2009 May 25 [cited 2021 Apr 3];169(10):990–5. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19468093/>
DOI: 10.1001/archinternmed.2009.70
26. Lagnado L. Hospitals Address Widespread Doctor Burnout. *WSJ* [Internet]. 2018 [cited 2021 Apr 3];4–7. Available from: <https://www.wsj.com/articles/hospitals-address-widespread-doctor-burnout-1528542121>
27. Shanafelt TD, Noseworthy JH. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout. *Mayo Clin Proc* [Internet]. 2017 Jan 1 [cited 2021 Apr 3];92(1):129–46. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27871627/>
DOI: 10.1016/j.mayocp.2016.10.004

Apêndice VII – Checklist de avaliação do produto técnico-educacional II

Fonte: Produção técnica - relatório do Grupo de Trabalho Produtos Técnicos (CAPES 2019)

Atende a definição abaixo sim não

PRODUTO: é o resultado palpável de uma atividade docente ou discente, podendo ser realizado de forma individual ou em grupo. O produto é algo tangível, que se pode tocar, ver, ler, etc. Pode ser um cultivar ou um conjunto de instruções de um método de trabalho. O Produto é confeccionado previamente ao recebimento pelo cliente/receptor, que só terá acesso após a conclusão dos trabalhos

Atende a definição abaixo sim não

Produto tecnológico é um “objeto tangível” com elevado grau de novidade fruto da aplicação de novos conhecimentos científicos, técnicas e expertises desenvolvidas no âmbito da pesquisa na PG, usados diretamente na solução de problemas de empresas produtoras de bens ou na prestação de serviços à população visando o bem-estar social.

Campos descritivos obrigatórios (deve haver a possibilidade de inserir “não se aplica”, visto que se trata de uma grande variedade de subtipos):

Título do produto técnico:

“O custo do cuidado: bases para o capital psicológico de profissionais de saúde e instituições”

Natureza da Obra:

Livro eletrônico (e-book)

Natureza do Conteúdo:

Reflexões sobre o Burnout e o ambiente de trabalho

Área de Concentração:

Gestão, Inovação e Avaliação em Cuidados Paliativos

Linha de Pesquisa:

Gestão e Avaliação dos Modelos de Assistência em Cuidados Paliativos

Descrição de sua finalidade: (até 50 palavras):

Este e-book é uma reflexão sobre a necessidade da construção coletiva de um ambiente emocionalmente seguro no trabalho, do trabalho em si e sobre o Burnout como uma síndrome

relacionada ao trabalho, necessidades dos profissionais e as possibilidades de ação preventivas e sistemáticas	
<i>Avanços tecnológicos/grau de novidade: (até 50 palavras):</i>	
Relaciona a hierarquia das necessidades humanas e dos profissionais de saúde com pontos chaves de reflexão e possibilidades de ação de uma forma gráfica e assertiva.	
<i>Nome Da Instituição:</i>	
Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)	
<i>Autores:</i>	
<ul style="list-style-type: none"> ● Arthur fernandes da silva ● Jurema Telles de Oliveira Lima ● Josene Ferreira Carvalho 	
<i>Parecer e Revisão por Pares: (providenciando na defesa)</i>	
Karla Alexandra de Albuquerque	
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa	
Maria Julia Gonçalves de Mello	
Zilda do Rego Cavalcanti	
Prefácio: Zilda do Rego Cavalcanti	
ITEM/DESCRIÇÃO	AVALIAÇÃO
Docentes Autores: Jurema Telles de Oliveira Lima	(x) sim () não
Discentes Autores: Arthur Fernandes Da Silva	(x) sim () não
Colaborador: Bruno Hipólito	
Cidade /País: Recife/Brasil	(x) sim () não
Distribuição e Acesso: <i>online</i>	(x) sim () não
ISSN: a ser providenciado pela Biblioteca do IMIP na versão final após defesa/ajustes	(x) sim () não
Conselho Editorial: Jessica Cavalcanti	(x) sim () não
Ediane Isabel Sales dos Santos	

Cidade da Editora: Recife	
Data: maio / 2021	
Divulgação: Site institucional , repositório e instituições parceiras	
DOI: a ser providenciado pela Biblioteca do IMIP na versão final após defesa/ajustes	
Financiamento: Institucional	
Idioma: português	
Meio de Divulgação: <i>online (sites do IMIP e instituições parceiras)</i> <i>Enviados convites: SBOC -NE (convite aceito), CREMEPE (convite aceito), Academia Nacional de Cuidados Paliativos (aguarda resposta), Faculdade Pernambucana de Saúde (aguarda resposta).</i>	
Financiamento Institucional	
Nome do Financiador: IMIP	
Nome da editora: CEPE (300 unidades - tiragem inicial)	
Número da página final: em fase final de editoração (pós-defesa)	
Número da página inicial: em fase final de editoração (pós-defesa)	
Número de páginas: em fase final de editoração (pós-defesa)	
Produção necessita estar no repositório? Sim	
URL: http://higia.imip.org.br/	
Projeto de Pesquisa vinculado: A DURAS PENAS: SÍNDROMES DE BURNOUT E FADIGA POR COMPAIXÃO ENTRE EQUIPES MÉDICA E DE ENFERMAGEM EM CENÁRIOS ASSISTENCIAIS DE CUIDADOS PALIATIVOS Mestrado Profissional em Cuidados Paliativos associado a Residência em Saúde do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP)	

<p><u>A produção é resultado do trabalho realizado pelo programa de pós-graduação</u> ou se é resultado do trabalho individual do docente, o qual seria realizado independentemente do mesmo se docente de um programa</p>	<p>(x) SIM () NÃO</p>
<p>Autores vinculados a pós-graduação: Jurema Telles de Oliveira Lima, CPF 741631164- 00 (x) Permanente; () Colaborador Discentes Autores: Arthur Fernandes da Silva, CPF: 098840446484 () Mest Acad; (x) Mest Prof; ()Doutorado Demais Autores: Josene Ferreira Carvalho, CPF: 064.160.814-40 Organização: IMIP</p>	
<p>Informações Sobre Autores Conexão com relacione os artigos publicados/ a serem enviados para publicação apenas em periódicos que estão correlacionados a esta produção: a) Título: BURNOUT E FADIGA POR COMPAIXÃO ENTRE EQUIPES MÉDICA E DE ENFERMAGEM EM CUIDADOS PALIATIVOS: UM ESTUDO TRANSVERSAL Periódico: Journal of Global Oncology (https://ascopubs.org/journal/go) Outros dados: ano____; vol____; páginas____- ____; doi____.</p>	<p>(x) SIM () NÃO</p>
<p>Informações Sobre Autores: Arthur Fernandes Médico de família e comunidade e paliativista, e mestrando em cuidados paliativos SES-DF Lattes: http://lattes.cnpq.br/6675934720423453 Josene Carvalho</p>	

<p>Mestre e doutoranda em Psicologia Cognitiva pela UFPE, psicóloga dos serviços de Oncologia Adulto e Cuidados Paliativos IMIP</p> <p>Lattes: http://lattes.cnpq.br/0219976483301100</p> <p>Jurema Telles</p> <p>Médica oncologista, doutora em Oncologia pelo INCA/IMIP e coordenadora do Serviço de Oncologia Adulto IMIP , membro da câmara técnica CFM medicina paliativa e da câmara técnica de oncologia . Presidente da SBOC_NE</p> <p>Lattes: http://lattes.cnpq.br/8939705318930603</p>	
---	--

<p>Título : <i>“O custo do cuidado: bases para o capital psicológico de profissionais de saúde e instituições” . Estratégias para reforçar O Capital Psicológico Individual e Organizacional</i></p>		
CRITÉRIO	DEFINIÇÃO	AValiação/ ATENDE A DEFINIÇÃO
Impacto	Relacionado com as mudanças causadas pela introdução do Produto no ambiente social	(x) sim () não
Aplicabilidade	se refere à facilidade com que se pode empregar o Produto e a possibilidade de Replicabilidade em diferentes ambientes e grupos sociais.	(x) sim () não Abrangência realizada
Inovação	Entendida aqui como a intensidade do uso de conhecimento inédito utilizado para a criação do	(x) sim () não

	Produto. Um produto derivado da adaptação de conhecimento existente será considerado um Produto técnico e não tecnológico;	Produção com alto teor inovativo: Desenvolvimento com base em conhecimento inédito;
Complexidade	Representa o grau de interação entre de atores, relações e conhecimentos necessários à elaboração e ao desenvolvimento do Produto	(x) sim () não alta complexidade Desenvolvimento com sinergia ou associação de diferentes tipos de conhecimento e interação de múltiplos atores (laboratórios, empresas etc.). Há multiplicidade de conhecimento
Atende a definição de Produto tecnológico (x) sim () não		

ANEXOS

Anexo I

Instrumento Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Subscales, R-IV (ProQoL-IV-BR)

Trabalhar na área de saúde lhe põe em contato direto com a vida das pessoas. Como provavelmente você já sentiu, sua compaixão pelas pessoas e o que você atende tem aspectos positivos e negativos.

Gostaríamos de fazer algumas perguntas a respeito das suas experiências. Escolha a opção que melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias. Considere a sua experiência enquanto profissional de saúde (independentemente do local de trabalho).

Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Sempre
1	2	3	4	5

1. Sinto-me feliz.	SC
2. Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.	SC
3. Sinto-me satisfeito por ser capaz de ajudar as pessoas.	SC
4. Sinto-me ligado aos outros.	SC
5. Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.	FC
6. Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo.	SC
7. Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional.	FC
8. Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo.	FC
9. Creio que posso ter sido “infectado” pelo estresse traumático daqueles que atendo.	FC

10. Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros.	FC
11. Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.	FC
12. Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.	SC
13. Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho.	FC
14. Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi.	FC
15. Tenho crenças que me sustentam.	SC
16. Sinto-me satisfeito por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.	SC
17. Sou a pessoa que sempre desejei ser.	SC
18. Sinto-me satisfeito com meu trabalho.	SC
19. Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho.	EE
20. Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los.	SC
21. Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.	EE
22. Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.	SC
23. Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.	FC
24. Estou orgulhoso (a) do que eu posso fazer para ajudar.	SC
25. Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.	FC
26. Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.	EE
27. Ocorre-me que sou bem-sucedido (a) no meu trabalho.	SC
28. Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	SC

Anexo II

Instrumento Oldenburg Burnout Inventory (OLBI)

As afirmações seguintes são referentes aos sentimentos/emoções de profissionais de saúde. Leia cuidadosamente cada afirmação e decida sobre a frequência com que se sente da forma descrita e de acordo com a tabela seguinte.

Discordo totalmente	Discordo parcialmente	Concordo parcialmente	Concordo totalmente
1	2	3	4

1. Com frequência faço coisas novas e interessantes no meu trabalho.	DT1
2. Cada vez falo mais e com mais frequência de forma negativa sobre meu trabalho.	DT2
3. Ultimamente, tenho realizado meu trabalho de forma quase mecânica.	DT3
4. Considero meu trabalho um desafio positivo.	DT4
5. Com o passar do tempo, venho me desinteressado do meu trabalho.	DT5
6. Sinto-me cada vez mais empenhado no meu trabalho.	DT7

7. Muitas vezes sinto-me farto das minhas tarefas.	DT8
8. Há dias em que me sinto cansado antes mesmo de chegar ao trabalho.	EE1
9. Depois do trabalho, preciso de mais tempo para sentir-me melhor do que precisava antigamente.	EE2
10. Consigo suportar muito bem as pressões do meu trabalho.	EE3
11. Durante o meu trabalho, sinto-me emocionalmente esgotado.	EE4
12. Depois das tarefas profissionais, tenho energia para as minhas atividades de lazer.	EE5
13. Depois do trabalho, sinto-me cansado e sem energia.	EE7

Anexo III – Instruções aos autores

Em alinhamento com a ciência aberta, a Revista Brasileira de Cancerologia (RBC) aceita a submissão de artigos publicados em preprint, e dá aos autores e pareceristas a opção de manter a modalidade de revisão duplo-anônima, ou abrir suas identidades. Também é sugerido aos autores que compartilhem em repositórios reconhecidos os dados primários, códigos e outros materiais subjacentes ao artigo submetido.

Os autores mantêm os direitos autorais e concedem ao periódico o direito de primeira publicação, com o trabalho simultaneamente licenciado sob a Licença Creative Commons Attribution, (CC BY 4.0), que permite o compartilhamento do trabalho com reconhecimento da autoria e publicação inicial neste periódico. Todos os artigos publicados possuirão número de DOI.

Uso de IA

- O uso de IA deve ser somente para auxiliar na redação e linguagem.
- NÃO utilizar para analisar, interpretar ou concluir sobre qualquer aspecto da pesquisa.

- Resultados produzidos por IA podem ser tendenciosos, incorretos e/ou incompletos, por isso é imprescindível que o seu uso seja feito de maneira cautelosa e com critério. Os autores devem se responsabilizar pela originalidade, acurácia e integridade do trabalho.

- O uso de IA, e como foi feito, deve ser declarado no fim do artigo.

Preparo do Manuscrito

O processador de textos utilizado deve ser o Microsoft Word, margens de 3 cm em ambos os lados, em folha de tamanho A4, fonte Times New Roman, tamanho 12, espaço 1,5 em todas as seções. Não são aceitas notas de rodapé.

O original deve ser escrito na terceira pessoa do singular, com o verbo na voz ativa.

Recomenda-se que a estrutura dos manuscritos obedeça às diretrizes de redação científica de acordo com o delineamento da pesquisa. As diretrizes para redação de ensaios clínicos, revisões sistemáticas e estudos observacionais podem ser acessadas no site da iniciativa EQUATOR Network.

Artigos que apresentem resultados parciais ou integrais de ensaios clínicos devem obrigatoriamente ser acompanhados do número e entidade de registro do ensaio clínico.

Os manuscritos aceitos para publicação poderão ser modificados para se adequar ao estilo editorial-gráfico da Revista, sem que, entretanto, nada de seu conteúdo técnico-científico seja alterado. Nesse caso, os autores serão previamente comunicados das mudanças ocorridas.

Principais Diretrizes sobre cada Seção

1. Folha de Rosto

Deve conter:

a) Título do artigo com até 150 caracteres sem espaçamento, iniciando cada palavra com letra maiúscula e depois em minúscula, em português, inglês e espanhol e sem abreviações.

b) Título abreviado com até 50 caracteres sem espaçamento.

c) Autores

Nome(s) por extenso do(s) autor(es).

Indicar afiliação institucional completa, localização geográfica, e-mail e Orcid iD para cada autor.

Todos os tipos de documentos, sem exceção, devem ter autoria com especificação completa dos níveis institucionais e local (cidade, estado e país). Cada nível institucional deve ser identificado em até três níveis hierárquicos ou programáticos em ordem de importância, por exemplo, universidade, faculdade e departamento.

Quando um autor é afiliado a mais de uma instância, cada afiliação deve ser identificada separadamente. Quando dois ou mais autores estão afiliados à mesma instância, a identificação da instância é feita uma única vez. No caso de autores sem nenhuma afiliação, a instituição é identificada como Pesquisador Autônomo.

d) Autor correspondente

Nome, endereço completo com CEP, telefone celular e e-mail do autor responsável pela correspondência sobre o manuscrito.

e) Critérios de autoria (contribuições dos autores)

A designação de autoria deve ser baseada nas deliberações do ICMJE, que considera autor aquele que cumpre integralmente todos os seguintes critérios:

contribui substancialmente na concepção ou no delineamento do estudo; na aquisição, análise ou interpretação dos dados;

contribui para a elaboração de versões preliminares do artigo ou revisão crítica do conteúdo intelectual;

aprova a versão final para publicação;

se responsabiliza por todos os aspectos do manuscrito, garantindo que dúvidas relacionadas à exatidão ou integridade de qualquer parte do trabalho sejam devidamente investigadas e resolvidas.

Os nomes dos pesquisadores responsáveis por estudos institucionais (de autoria coletiva) e estudos multicêntricos devem ser especificados e todos os que forem considerados autores devem cumprir os critérios listados acima.

f) Agradecimentos

Os demais colaboradores, que não se enquadram nos critérios de autoria anteriormente descritos, devem ter seus nomes referidos nesse item especificando o tipo de colaboração.

g) Declaração de conflito de interesses

É de responsabilidade dos autores a declaração sobre possíveis conflitos de interesse, incluindo interesses políticos ou financeiros associados a patentes ou propriedade, provisão de materiais, insumos ou equipamentos utilizados no estudo.

O conflito de interesses pode ser de natureza pessoal, comercial, política, acadêmica ou financeira. Conflitos de interesses podem ocorrer entre autores, revisores ou editores.

Manuscritos escritos em nome da indústria do tabaco, ou com seu apoio, serão rejeitados pelo editor. Aqueles com fomento da indústria alimentícia e/ou farmacêutica deverão declará-lo devidamente como fonte de financiamento.

Quando não houver, escrever “Nada a declarar”.

h) Fontes de financiamento

Os autores devem declarar todas as fontes de financiamento ou suporte, público ou privado, para a realização da pesquisa (incluindo as agências de fomento) em cumprimento à Portaria Capes nº 206, de 4 de setembro de 2018, que dispõe sobre a obrigatoriedade de citação da Capes.

Também devem ser indicados o nome da empresa e a origem (cidade, estado e país) que forneceu o material, insumo ou equipamento, gratuito ou com desconto. Caso não exista financiamento, os autores devem declarar que a pesquisa não recebeu financiamento.

i) Declaração de disponibilidade de dados

Exemplos:

Opção 1: Declaração De Disponibilidade De Dados: Os conjuntos de dados gerados e analisados durante o estudo atual estão disponíveis no repositório XXXXXXXX, doi n. xxxxxxxxxxxx / ou na URL XXXXXXXXXXXX.

Opção 2: Declaração De Disponibilidade De Dados: Todos os conteúdos subjacentes ao texto do artigo estão contidos no manuscrito.

Opção 3: Declaração De Disponibilidade De Dados: Os dados devem ser solicitados ao autor correspondente, por ... (justificar).

2. Resumo e Palavras-chave (descritores)

Os resumos dos artigos (exceto de opinião, cartas aos editores e resenhas) deverão ser redigidos em parágrafo único, em português, inglês e espanhol, e ser estruturados em introdução, objetivo, método, resultados e conclusão. Neles, não devem ser feitas citações de referências, bem como de quadros, tabelas ou figuras. As abreviaturas devem ser evitadas. Os resumos de Relato/Série de Casos possuem a seguinte estrutura: introdução, relato do caso (resultados) e conclusão.

Todos os resumos deverão conter no mínimo 150 e no máximo 250 palavras e vir acompanhados das palavras-chave (de três a cinco) e de suas respectivas key words e palabras clave.

Os descritores são palavras fundamentais que auxiliam na indexação dos artigos em bases de dados nacionais e internacionais. Para determiná-los, deve-se consultar a lista de Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) elaborada pela BIREME.

3. Introdução

O referencial teórico e as razões para executar a pesquisa devem estar detalhados de forma objetiva e clara. Citar referências atuais e pertinentes. Deve conter o(s) objetivo(s) da pesquisa.

4. Método

Deve ser claramente descrito como e por que o estudo foi realizado. O detalhamento deve permitir que o leitor possa reproduzir a pesquisa realizada. O método inclui a descrição de delineamento, de seleção dos sujeitos da pesquisa, os critérios de inclusão e exclusão e a descrição da população-alvo, das técnicas de coleta, das variáveis coletadas, análise e interpretação dos dados.

Nos estudos quantitativos, os métodos estatísticos devem ser descritos com detalhes suficientes para que o leitor possa julgar sua adequação e conferir os resultados. Definir os termos estatísticos, as abreviações e símbolos. Se for usado algum pacote de programa estatístico, especifique a versão utilizada.

Nos estudos qualitativos, detalhar a teoria, as fontes de informação, os sujeitos da pesquisa (quando pertinente), e as técnicas empregadas para coleta, síntese e análise (Editorial recomendado A Relevância e o Rigor Científico e Metodológico da Pesquisa Qualitativa em Oncologia).

Quando forem relatados experimentos com seres humanos, indicar se os procedimentos seguidos estiveram de acordo com os padrões éticos do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) em seres humanos da instituição que aprovou a pesquisa, com a Declaração de Helsinque e com as Resoluções números 466/2012 e 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde. Não usar

os nomes dos pacientes, iniciais ou números de registro, especialmente no material ilustrativo. No caso de experimentos envolvendo animais, indicar se foram seguidas as normas das instituições, dos Conselhos Nacionais de Pesquisa ou de alguma lei nacional sobre uso e cuidado com animais de laboratório.

A RBC segue as Recomendações para a Conduta, Reportagem, Edição e Publicação de Ensaio Clínicos, emitidas pelo International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) e o código de conduta e diretrizes para editores e revisores do Committee on Publication Ethics (COPE).

Na submissão de manuscritos, é obrigatória a inclusão de declaração de que a pesquisa foi aprovada ou isenta de submissão pelo CEP.

Toda revisão sistemática deverá ter seu protocolo publicado ou registrado em uma base de registro de revisões sistemáticas, como por exemplo, o PROSPERO.

5. Resultados

Apresentar primeiro os resultados principais ou os mais importantes de acordo com o objetivo do trabalho. Descrever apenas os resultados encontrados, sem incluir interpretações ou comparações. Fornecer as informações referentes aos desfechos primários e secundários identificados na seção de métodos.

Apresentar os resultados, tabelas e ilustrações em sequência lógica, atentando para que o texto complemente e não repita o que está descrito em tabelas e ilustrações. Restringir tabelas e ilustrações às necessárias para explicar o argumento do artigo e para sustentá-lo. Usar gráficos como uma alternativa às tabelas com muitas entradas; não duplicar os dados em gráficos e tabelas.

Evitar uso de termos técnicos de estatística, tais como: “random” (que implica uma fonte de aleatorização), “normal”, “significante”, “correlação” e “amostra” de forma não técnica. Definir os termos estatísticos, abreviações e símbolos.

6. Discussão

Deve conter a interpretação dos autores, comparar os resultados com a literatura, relacionar as observações a outros estudos relevantes, apontar as limitações do estudo, enfatizar os aspectos novos e importantes do estudo e as conclusões derivadas, incluindo sugestões para pesquisas futuras. Não repetir em detalhe dados ou outros materiais colocados nas seções de “introdução” ou “resultados”. A discussão pode ser redigida junto com os resultados, se for da preferência do autor somente nos estudos qualitativos.

7. Conclusão

Deve ser fundamentada nos resultados encontrados e vinculada aos objetivos do estudo. Afirmações não qualificadas e conclusões não apoiadas por completo pelos dados devem ser evitadas. Não devem ser feitas citações de referências, bem como quadros, tabelas ou figuras.

8. Referências

Devem ser numeradas no texto por números arábicos, em sobrescrito (ex.: A extensão da sobrevivência, entre outros¹), de forma consecutiva, de acordo com a ordem que são mencionadas pela primeira vez no texto e sem menção aos autores. A mesma regra aplica-se às tabelas e legendas.

Quando as citações forem sequenciais, devem ser separadas por um traço (3-7). Se forem intercaladas, devem ser separadas por vírgula (1,4,6,9). Sequenciais com apenas duas citações devem ser separadas por vírgula (3,4).

As referências devem ser verificadas nos documentos originais. Quando se tratar de citação de uma referência citada por outro autor deverá ser utilizado o termo “apud”. No entanto, essa possibilidade deve ser evitada ou empregada limitadamente.

A exatidão das referências é de responsabilidade dos autores. Deve constar apenas referências relevantes e que realmente foram utilizadas no estudo.

Não há limites quanto ao número de referências. Porém, a quantidade de palavras será contabilizada no total permitido para cada tipo de manuscrito.

As referências devem seguir os padrões resumidos no documento original em inglês do ICMJE intitulado *Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing and Publication of Scholarly Work in Medical Journals: Sample References* ou os padrões apresentados na íntegra na publicação *Citing Medicine 2nd Edition* (conhecidos como ‘Estilo de Vancouver’).

Para a padronização dos títulos dos periódicos nas referências, é utilizado como guia o LocatorPlus, fonte de consulta da National Library of Medicine, que disponibiliza, na opção Journal Title, o título e/ou a abreviatura utilizada.

Incluir o nome de até três autores na ordem em que aparecem na publicação, iniciando-se pelo sobrenome seguido de todas as iniciais dos prenomes separando cada autor por vírgula. No caso de a publicação apresentar mais de três autores, os três primeiros são citados, separando por vírgula seguida da expressão et al.

Quando o sobrenome do autor incluir grau de parentesco – Filho, Sobrinho, Júnior, Neto – deve ser subsequente ao último sobrenome: João dos Santos de Almeida Filho = Almeida Filho JS, José Rodrigues Junior = Rodrigues Junior J.

Títulos devem ser escritos com a primeira letra em caixa alta e as subsequentes em caixa baixa.

As exceções são nomes próprios, nomes de ciências ou disciplinas, instituições de ensino, países, cidades ou outros, e nomes de entidades públicas ou particulares.

As abreviaturas devem estar de acordo com a lista de periódicos no PubMed.

Todas as referências deverão vir com seus respectivos Digital Object Identifier (DOI).

9. Tabelas

As tabelas são utilizadas para exibir informações de maneira concisa e de fácil visualização. A inclusão de dados ou informações em tabelas, em vez de descritas no texto tem como finalidade reduzir o tamanho do texto.

Numerar as tabelas sequencialmente de acordo com a ordem de sua citação no texto e dar um título curto a cada uma. As tabelas deverão ser apontadas no corpo do texto, porém enviadas em laudas separadas.

Definir para cada coluna um cabeçalho abreviado ou curto. Colocar as explicações no rodapé das tabelas e não no cabeçalho. Explicar, em notas de rodapé, todas as abreviações não padronizadas usadas em cada tabela. Utilizar símbolos para explicar as informações (letras do alfabeto ou símbolos como *, §, †, ‡).

Cada dado na tabela deve ser inserido em uma célula separadamente, e dividida em linhas e colunas. Ou seja, não incluir mais de uma informação dentro da mesma célula. Caso um conteúdo de uma célula faça referência a mais de um conteúdo em outra coluna, deve-se usar, para essa célula, o recurso “mesclar células”. Não enviar as tabelas como imagem para que possam ser editadas.

Identificar medidas estatísticas de variações, tais como: desvio-padrão e erro-padrão da média.

Verificar se cada tabela seja citada no texto por sua numeração e não como tabela a seguir, tabela abaixo.

O uso de tabelas grandes, ou em excesso em desproporção com o texto, pode dificultar a formatação de apresentação das páginas.

10. Ilustrações

As ilustrações (figuras, quadros, tabelas e gráficos etc. em p&b ou coloridas) devem estar inseridas no texto com os títulos completos, indicação de fontes, legendas e notas adicionais quando necessárias. Todas as ilustrações mencionadas deverão ser enviadas em formato editável. Não colocar os títulos e explicações nas ilustrações e sim nas legendas.

Se forem usadas fotografias de pessoas, os sujeitos não devem ser identificáveis ou suas fotografias devem estar acompanhadas por consentimento escrito para publicação.

As ilustrações devem ser numeradas de acordo com a ordem em que foram citadas no texto. Se uma ilustração já foi publicada, citar a fonte original e enviar a autorização escrita do detentor dos direitos autorais para reproduzir o material. A autorização é requerida, seja do autor ou da companhia editora, com exceção de documentos de domínio público.

Fotografias devem ser fornecidas da seguinte forma: arquivo digital em formato. TIFF, JPG, EPS, com resolução mínima de: 300 dpi para fotografias comuns; e 600 dpi para fotografias que contenham linhas finas, setas, legendas etc.

Gráficos, desenhos, tabelas e quadros devem ser enviados em arquivos: Word, Excel, PowerPoint em formato editável (arquivo aberto). Para desenhos e gráficos, a resolução mínima é de em 1.200 dpi.

11. Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura biomédica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Recomenda-se que, no uso dos principais vocábulos relacionados ao câncer, sejam adotados os conceitos dos Glossários Temáticos Controle de Câncer e Fatores de Proteção e de Risco de Câncer.

Recomenda-se também evitar o uso de siglas ou acrônimos não usuais. Siglas ou acrônimos só devem ser empregados quando forem consagrados na literatura, prezando-se pela clareza do manuscrito.

Exemplos de siglas consagradas: SUS, Iarc, OMS

Os originais em língua portuguesa deverão estar em conformidade com o Novo Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa.

Requisitos Técnicos para a Apresentação de Manuscritos

Antes de submeter o manuscrito, confira se as “Instruções para Autores” e se os itens abaixo foram atendidos:

Submeter o arquivo integral do manuscrito em Microsoft Word.

Utilizar espaçamento 1,5 em todas as partes do documento.

Revisar a sequência: folha de rosto; resumos e palavras-chave (de três a cinco e respectivas key words e palabras clave) e a estrutura (seções) do artigo.

Tabelas, quadros e figuras (com legendas) devem ser inseridos e citados no decorrer do texto, não no final do documento na forma de anexos.

Referências devem ser numeradas, em sobrescrito, na ordem de aparecimento no texto, corretamente digitadas. Verificar se todos os trabalhos estão na lista de referências e se todos os listados estão citados no texto.

Formulário de Submissão e Declaração de Direitos Autorais preenchido e assinado somente pelo autor responsável pela submissão.

Adicionar permissão para reproduzir material previamente publicado ou para usar ilustrações que possam identificar indivíduos.

Preencher o checklist.