



Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia

Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Compaixão e Trabalho: Como sofrem os profissionais de saúde

Doutorado

Kennyston Costa Lago

Brasília, DF

2013

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Compaixão e Trabalho: Como sofrem os profissionais de saúde

Kennyston Costa Lago

Brasília, DF

2013

Universidade de Brasília
Instituto de Psicologia
Curso de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações

Compaixão e Trabalho: Como sofrem os profissionais de saúde

Kennyston Costa Lago

Tese de Doutorado apresentada ao
Instituto de Psicologia da Universidade
de Brasília como requisito à obtenção
do grau de Doutor em Psicologia
Social, do Trabalho e das
Organizações.

Orientador: Wanderley Codo

Brasília, DF

Julho de 2013

Compaixão e Trabalho: Como sofrem os profissionais de saúde

Tese defendida diante de e aprovada pela banca examinadora constituída por:

Prof. Dr. Wanderley Codo (Presidente)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Ana Lúcia Galinkin (Membro)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Ângela Maria de Oliveira Almeida (Membro)

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Analia Laura Soria Batista

Departamento de Sociologia
Universidade de Brasília

Prof. Dra. Maria da Graça Corrêa Jacques
Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Prof. Dra. Ione Vasques-Menezes (Suplente)
Universidade Salgado de Oliveira

Brasília, 2013.

Aos meus pais, Ernane Lago e Nora Ney Costa, aos quais sou eternamente grato, por não terem poupado esforços nem recursos na minha formação.

Ao meu orientador, por todos os ensinamentos, pelo suporte, amizade e incentivos nos inúmeros momentos de dúvidas e insegurança.

Aos professores Ione Vasques-Menezes, Julia Abrahao, Jairo Eduardo Borges-Andrade, Cláudio Vaz Torres e Maria da Graça Jacques, por seus valiosos ensinamentos.

A minha companheira e interlocutora, Hozana dos Santos Silva, pelo enorme suporte, ajuda na revisão do texto e discussão dos mais diversos assuntos.

A minha amiga Paola Amendoeira, pela presteza e disponibilidade na discussão dos mais diversos assuntos, que me ajudaram sobremaneira a clarear e aperfeiçoar meus pensamentos.

A todos os profissionais de saúde que doaram seu tempo e tiveram coragem de compartilharam suas emoções tornando esse trabalho possível.

E a Unb, Capes e CNPq, pelo apoio institucional.

Sumário

Lista de tabelas.....	8
Lista de figuras.....	9
Resumo.....	10
Abstract.....	11
1- Introdução.....	12
1.1 - Por onde iremos?.....	13
2- Compaixão.....	15
2.1 – Os três tipo de Compaixão.....	16
2.2 – A Compaixão e a Evolução das espécies.....	17
2.3 – Um Modelo Avaliativo da compaixão.....	22
2.4 – Compaixão, Trabalho e Identidade.....	26
3- Fadiga.....	31
3.1 - As diversas definições de Fadiga.....	31
3.2 – Definindo o que é Fadiga.....	33
3.3 – Fadiga e Trabalho.....	36
4- As características do Trabalho do profissional de saúde.....	41
4.1 - Os riscos do trabalho em saúde: um velho conhecido.....	41
4.2 - Aspectos envolvidos no sofrimento dos Profissionais em Saúde.....	45
5- O estudo da Saúde Mental dos Profissionais de Saúde.....	52
5.1 - Estresse.....	52
5.2 - Estresse e Saúde mental dos Profissionais de Saúde.....	53
5.3 - <i>Burnout</i>	58
5.4 - <i>Burnout</i> e Saúde mental dos Profissionais de Saúde.....	64
6 – A Fadiga por Compaixão.....	69
6.1 – Fadiga por Compaixão e Saúde mental dos Profissionais de Saúde.....	70
6.2 – Os problemas conceituais da Fadiga por Compaixão enquanto TETS.....	76
6.3 – Consequências da compreensão da Fadiga por Compaixão enquanto TETS.....	80
6.4 – A diferença entre <i>Burnout</i> e Fadiga por Compaixão.....	82
7 – Fadiga por Compaixão: a proposta de uma nova abordagem.....	86
7.1 - A dualidade do ser humano.....	86
7.2 – Empatia e Compaixão.....	87
7.3 – Morte e Sofrimento.....	89
7.4– Um novo conceito de Fadiga por Compaixão.....	91
7.5 – A necessidade de uma etiologia para Fadiga por Compaixão.....	93
8 – Delineamentos de Pesquisa.....	94
9 – Pesquisa Qualitativa.....	96

9.1 – Sujeitos da Pesquisa Qualitativa	96
9.2 – Procedimentos Pesquisa Qualitativa	96
9.3 – Instrumentos Pesquisa Qualitativa	97
10 – Resultados Pesquisa Qualitativa.....	100
10.1 – Morte/Vida/Sufrimento	100
10.2 – Impotência/Onipotência	104
10.3 – Paradoxo da Compaixão.....	107
10.4 – Empatia/Compaixão	109
10.5 – Tensão Empática	114
10.6 – Distanciamento Emocional	115
10.7 – Satisfação por Compaixão/Realização Profissional	117
10.8 – Fadiga por Compaixão	119
11 – Pesquisa Quantitativa	125
11.1 – Procedimentos Pesquisa Quantitativa	125
11.2 – Instrumento Pesquisa Quantitativa	126
11.3 – Sujeitos da pesquisa Quantitativa.....	135
12- Resultados Pesquisa Quantitativa	136
12.1 – Resultados itens sobre Morte/Vida/Sufrimento	138
12.2 – Resultados itens sobre Impotência/Onipotência.....	142
12.3 – Resultados itens sobre Paradoxo da Compaixão.....	145
12.4 – Resultados itens sobre Empatia/Compaixão	148
12.5 – Resultados itens sobre Tensão Empática/Distanciamento Emocional	151
12.6 – Resultados itens sobre Satisfação por Compaixão/Fadiga por Compaixão	154
13 – Discussão Pesquisa Quantitativa	159
13.1 – Escala Morte/Vida/Sufrimento.....	159
13.2 – Escala Impotência/Onipotência.....	160
13.3 – Escala Paradoxo da Compaixão	161
13.4 – Escala Empatia/Compaixão.....	162
13.5 – Escala Tensão Empática/Distanciamento Emocional	163
13.6 – Escala Satisfação por Compaixão/Fadiga por Compaixão.....	165
13.7 – Discussão das Escalas	166
14 – A Fadiga por Compaixão descrita.....	168
14.1- Outro olhar sobre a Fadiga por Compaixão	172
Referências Bibliográficas	176

Lista de tabelas

- Tabela 1 – Roteiro das Entrevistas Individuais, 98.
- Tabela 2 – Roteiro das Entrevistas em Grupo, 99.
- Tabela 3 – Sentenças Morte/Vida/Sufrimento, 127.
- Tabela 4 – Sentenças Onipotência/Impotência, 128.
- Tabela 5 – Sentenças Paradoxo da Compaixão, 129.
- Tabela 6 – Sentenças Empatia/Compaixão, 130.
- Tabela 7 – Sentenças Tensão Empática/Distanciamento Emocional, 132.
- Tabela 8 – Sentenças Satisfação por Compaixão/Fadiga por Compaixão, 133.
- Tabela 9 – Sexo, Idade e Profissão dos respondentes, 136.
- Tabela 10 – Tempo de profissão, local de trabalho e estado de residência, 137.
- Tabela 11 – Autovalores dos itens Morte/Vida/Sufrimento, 139.
- Tabela 12 – Cargas Fatoriais dos itens Morte/Vida/Sufrimento, 141.
- Tabela 13 – Autovalores dos itens Impotência/Onipotência, 142.
- Tabela 14 – Cargas Fatoriais dos itens Impotência/Onipotência, 144.
- Tabela 15 – Autovalores dos itens Paradoxo da Compaixão, 145.
- Tabela 16 – Cargas Fatoriais dos itens Paradoxo da Compaixão, 147.
- Tabela 17 – Autovalores dos itens Paradoxo da Compaixão, 148.
- Tabela 18 – Cargas Fatoriais dos itens Empatia/Compaixão, 150.
- Tabela 19 – Autovalores dos itens Tensão Empática/Distanciamento Emocional, 151.
- Tabela 20 – Cargas Fatoriais itens Tensão Empática/Distanciamento Emocional, 153.
- Tabela 21 – Autovalores dos itens Satisfação/Fadiga por Compaixão, 155.
- Tabela 22 – Cargas Fatoriais dos itens Satisfação/Fadiga por Compaixão, 157.
- Tabela 23 – Escala Morte/Vida/Sufrimento, 159.
- Tabela 24 – Escala Impotência/Onipotência, 160.
- Tabela 25 – Escala Paradoxo da Compaixão, 161.
- Tabela 26 – Escala Empatia/Compaixão, 162.
- Tabela 27 – Escala Tensão Empática/Distanciamento Emocional, 163.
- Tabela 28 – Escala Satisfação/Fadiga por Compaixão, 165.

Lista de figuras

- Figura 1 – Modelo avaliativo de compaixão, 25.
- Figura 2 – Relação entre dois tipos de atendimento: cuidado e socorro, 84.
- Figura 3 – Termo de Consentimento, 134.
- Figura 4 – Formulário eletrônico da página de dados de perfil, 134.
- Figura 5 – Sentenças no formulário eletrônico, 135.
- Figura 6 – *Screeplot* dos itens Morte/Vida/Sufrimento, 140.
- Figura 7 – *Screeplot* dos itens Impotência/Onipotência, 143.
- Figura 8 – *Screeplot* dos itens Paradoxo da Compaixão, 146.
- Figura 9 – *Screeplot* dos itens Empatia/Compaixão, 149.
- Figura 10 – *Screeplot* dos itens Tensão Empática/Distanciamento Emocional, 152.
- Figura 11 – *Screeplot* dos itens Satisfação/Fadiga por Compaixão, 156.
- Figura 12 – Modelo Fenomenológico da Fadiga por Compaixão, 170.

Resumo

Atividades relacionadas à promoção da saúde comprovadamente colocam em risco a saúde de profissionais que as desempenham. Tem crescido a concordância de que a Fadiga por Compaixão é a forma mais adequada para explicar o sofrimento dos envolvidos nesse tipo de atividade. Por meio da realização de 28 entrevistas individuais e duas entrevistas em grupo com profissionais de saúde, foi possível identificar os principais fenômenos que contribuem para este tipo de sofrimento. Com a construção de um inventário e aplicação de um instrumento-piloto em uma amostra de profissionais de saúde, foi possível elaborar escalas com boas características psicométricas e capazes de mensurar os principais elementos presentes na Fadiga por Compaixão. Os resultados indicam na direção de uma nova forma de compreender esse tipo de sofrimento e promover a saúde desses trabalhadores.

Palavras-chave: Fadiga por Compaixão, Profissionais de Saúde, Trabalho e Saúde Mental.

Compassion and Work: the suffering of health professionals

Kennyston Costa Lago

Abstract

Activities dealing with health promotion put in danger the health of those professionals who perform care activities. The agreement according to which Compassion Fatigue is the most appropriate way to explain the suffering of those involved in this type of activity has grown. By conducting 28 interviews and two group interviews with health professionals, it was possible to identify the main phenomena involved in this kind of suffering. With the construction of an inventory and application of a pilot instrument in a sample of health professionals, it was possible to develop scales with good psychometric properties as well as to measure the main elements present in Compassion Fatigue. The results indicate towards a new way of understanding this kind of suffering and how to promote the health of these workers.

Keyword: Compassion Fatigue, Health Professionals, Work and Mental Health.

1- Introdução

Diversos estudos indicam que a condição de trabalho na qual o profissional de saúde está inserido é uma condição que coloca em risco a saúde mental de tais profissionais. Alguns estudos têm defendido que a compaixão é o elemento central dessa condição, e que, portanto, ele deve ser avaliado quando se tem o objetivo de compreender de forma adequada as condições de saúde e adoecimento mental ligadas a esse tipo de ofício.

Neste trabalho, entende-se que profissional de saúde é todo trabalhador que tem como ofício a remissão da dor alheia, quer seja ela física ou mental. Dessa forma, profissionais de saúde são todos aqueles trabalhadores que têm como ofício a missão de reduzir a dor de outrem, não se restringindo apenas a médicos e enfermeiros.

A dor, enquanto experiência subjetiva, capaz de ser vivenciada apenas em 1ª pessoa, só pode ser acessada por meio da capacidade empática que os seres gregários possuem. Uma vez que o objetivo central de todo profissional de saúde é a remissão da dor e que, para que se possa definir uma estratégia de intervenção eficiente, é necessário entendê-la, a fim de conhecer as características da dor do paciente, o profissional de saúde precisa lançar mão do processo empático para realizar seu trabalho.

Os profissionais de saúde, enquanto seres humanos, portanto, detentores da capacidade de se vincular empaticamente com seus semelhantes, diante de uma condição de trabalho que exige que eles acessem constantemente a experiência de dor daqueles a quem atendem, podem ter seus recursos exauridos. Em primeiro lugar porque o emprego dessa capacidade consome recursos; em segundo lugar porque conhecer a dor do outro significa, em certo sentido, sentir a dor do outro; em terceiro lugar porque muitas vezes não estão preparados para tal.

Por isso, defende-se que o elemento central do trabalho desses profissionais é o vínculo empático e, a sua consequência, a compaixão. A empatia [do grego *en* (dentro) + *pathos* (paixão)] refere-se a um modo peculiar de conhecimento intuitivo que nós temos acerca dos estados emocionais de outrem. Ou, dito de outra forma, uma ligação, uma identificação emocional que temos uns com os outros. Já o termo compaixão –do latim *compassio* –refere-se a um sofrimento comum, compartilhado.

Sendo assim, tem-se defendido que não há como entender apropriadamente a saúde ou o sofrimento dos profissionais de saúde sem entender a dinâmica da compaixão dentro deste contexto de trabalho.

Fadiga por compaixão tem sido o nome utilizado para caracterizar o sofrimento decorrente do trabalho junto a uma clientela que sofre e que tem como demanda a remissão da sua dor. Satisfação por Compaixão tem sido o nome utilizado para caracterizar o prazer decorrente do trabalho junto a uma clientela que está em sofrimento e tem como demanda a remissão da sua dor.

1.1 - Por onde iremos?

Este trabalho tem como objetivo descrever um fenômeno que ficou conhecido pelo nome de *Fadiga por Compaixão*, assim como discutir o papel dessa forma de adoecimento no contexto das questões acerca da Saúde do Trabalhador e da Psicologia do Trabalho.

Para tanto, este trabalho adotará o seguinte percurso: começará analisando o conceito de compaixão, uma vez que o entendimento desse conceito é essencial para uma compreensão precisa do objeto deste estudo. Almeja-se com esta análise um aprofundamento na compreensão do conceito e do fenômeno da compaixão e da sua relação com o trabalho de profissionais de saúde.

No terceiro capítulo, será realizada uma análise conceitual da fadiga. Com base nessa análise almeja-se uma ideia mais clara de que tipos de fenômenos estão relacionados ao conceito de fadiga.

No quarto capítulo, serão analisados trabalhos pioneiros no relato e na identificação da relação entre as condições de trabalho e os riscos à saúde física e mental dos profissionais de saúde. Pretende-se defender, nesse capítulo, que os indícios de que esse tipo de trabalho guarda características próprias, portanto, capazes de causar um tipo específico de sofrimento, são antigos e bem documentados pela literatura científica. Deseja-se evidenciar que são claros os indícios de um tipo específico de sofrimento característico dos profissionais de saúde.

No quinto capítulo, será realizada uma análise da literatura com o objetivo de identificar os conceitos que estão sendo empregados pelos pesquisadores interessados

no estudo da Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. Também serão analisados os aspectos inerentes ao trabalho apontados como sendo capazes de ameaçar a saúde desses profissionais. Pretende-se indicar a existência de uma incongruência entre os eventos adoecedores presentes no trabalho do profissional de saúde e os aspectos investigados por esses estudos.

Nesse capítulo, a eficácia dos modelos teóricos normalmente empregados nos estudos de Saúde Mental dos profissionais de Saúde também será discutida, apontando as deficiências dessas teorias quando se tem como objetivo descrever os aspectos que são específicos do sofrimento deste tipo de profissional.

No sexto capítulo, será realizada uma narrativa do surgimento do conceito da Fadiga por Compaixão, discutindo detalhes que ajudam na tentativa de estabelecer a distinção entre Fadiga por Compaixão e outros conceitos geralmente associados. Problemas conceituais envolvidos nas abordagens existentes também serão tratados.

No sétimo capítulo, será analisada a proposta feita por Lago e Codo (2010) sobre a necessidade de nova forma de compreender a Fadiga por Compaixão.

A seguir, no oitavo capítulo, será exposto o delineamento das duas pesquisas que foram conduzidas com o objetivo de gerar informações sobre o fenômeno estudado. No nono capítulo, serão apresentados os dados relativos ao método empregado na pesquisa qualitativa. No décimo capítulo, os resultados da pesquisa qualitativa serão apresentados.

Para finalizar, no décimo primeiro capítulo, serão apresentados os dados relativos ao método empregado na pesquisa quantitativa. No décimo segundo capítulo, os resultados da pesquisa quantitativa serão descritos e, no décimo terceiro capítulo, os resultados serão discutidos.

Para concluir, o décimo quarto e último capítulo trará uma discussão sobre as consequências dos resultados alcançados neste estudo.

2- Compaixão

Não é possível entender o trabalho do profissional de saúde sem compreender o que é compaixão. No entanto, quando se faz uso de conceitos que não são exclusivos do vocabulário científico isso acaba por gerar alguns desafios. Se por um lado o uso desses conceitos facilita a compreensão por parte do grande público, por outro, dificulta a constituição de uma definição clara e unívoca.

Os conceitos por sua vez são essenciais para o desenvolvimento do conhecimento científico, pois a investigação científica se resume a explorar ou testar as possíveis articulações entre os conceitos, as teorias e os dados empíricos (Mota, Cruz, & Pimenta, 2005). Se os conceitos que compõem uma determinada teoria não estão claros, o trabalho de exploração ou teste torna-se confuso e ineficiente.

Conceito é uma imagem mental de um fenômeno, uma ideia que reside na mente das pessoas sobre determinada coisa ou ação. Portanto, os conceitos são pensamentos, uma noção, uma ideia, sobre elementos da realidade ou da nossa imaginação. Geralmente utiliza-se a linguagem para expressar os conceitos existentes e dessa forma os conceitos ganham um nome dentro do nosso vocabulário. Por isso, é importante ter claro que as palavras, os termos utilizados para fazer referência a um conceito, não são propriamente os conceitos.

Falar de compaixão é falar de um conceito que coloca uma série de questões essenciais, relativas a comportamentos, sentimentos, emoções e valores humanos. A compaixão é uma atitude desejável, é um valor moral, é um comportamento desejável socialmente. E, antes de ser um valor moral, um comportamento desejável socialmente, é resultado de uma resposta fisiológica natural de todos os seres vivos gregários. Além disso, a compaixão é aquilo que comove, que emociona e por isso está presente nos meios de expressão artística.

Desta forma, é possível encontrar na literatura o conceito de compaixão sendo empregado em diversos sentidos, sendo comumente utilizado como sinônimo de empatia, altruísmo, amor e valor moral.

Como apontam Morse et al. (1992) e Kunyk e Olson (2001), esse conceito normalmente está presente em estudos de diversas áreas do conhecimento quando o assunto está relacionado a atividades que envolvem a prestação de cuidado. No entanto,

como constataram Kunyk e Olson, apesar da frequência com que esse conceito é empregado, não existe uma definição precisa para ele.

É possível afirmar que esse cenário descrito por Kunyk e Olson (2001) se manteve até recentemente. No entanto, uma revisão de literatura sobre compaixão tornou possível uma conceituação mais precisa, capaz de distingui-la dos demais conceitos normalmente associados ao conceito de compaixão.

2.1 – Os três tipos de Compaixão

O primeiro aspecto abordado por Goetz, Keltner e Simon-Thomaz (2010) é o fato de o conceito de compaixão ser controverso dentro da literatura científica. Desta forma, os autores buscam identificar as diferentes conceituações existentes.

Os autores apontam que há três tipos de abordagens teóricas sobre o conceito. A primeira abordagem considera que a compaixão é apenas outra forma de se referir ao estresse empático¹. Dentro dessa perspectiva, compaixão é um rótulo normalmente aplicado quando se pretende fazer referência às experiências vicariantes de estresse resultantes do testemunho do sofrimento alheio. Os autores ressaltam que, do ponto de vista empírico, este tipo de abordagem implica na elaboração de estudos que buscam relacionar a ocorrência de compaixão a comportamentos expressos ou respostas fisiológicas semelhantes entre vítima e testemunha.

A segunda abordagem defende que a compaixão não é uma emoção em si, mas uma variação ou uma mistura de emoções básicas – tristeza e amor. Essa abordagem encontra suporte em investigações lexicais com falantes da língua inglesa. Neste tipo de estudo, os participantes são instruídos a categorizar palavras em grupos, com base em suas semelhanças.

Os resultados dessas pesquisas apontam que a palavra *compaixão* frequentemente é incluída no mesmo grupo de palavras como *amor*, *ternura* e *cuidado* e que, por outras vezes, também é incluída no mesmo grupo de palavras como *pena*, *tristeza* e *simpatia*. Levando-se em conta a perspectiva epistemológica deste tipo de abordagem, verifica-se que, de acordo com essa concepção, a compaixão fica reduzida a

¹Empathic Distress

uma variação de emoções básicas, tais como tristeza e amor, de forma que a compaixão compartilharia as mesmas propriedades de experiência dessas emoções, ou seja, eliciaria os mesmos comportamentos expressos e respostas fisiológicas.

A terceira abordagem entende que a compaixão é um estado afetivo distinto. Portanto, um estado afetivo que tem um perfil de resposta diverso de outros estados afetivos, tais como, estresse, tristeza, amor, pena e simpatia. Os estudos que dão suporte a essa abordagem são os que entendem a compaixão a partir da perspectiva evolucionista. Dito de outra forma, estudos que pressupõem que a compaixão é uma emoção resultante de um processo de adaptação, essencial para a sobrevivência dos organismos que desenvolveram essa capacidade.

2.2 –A Compaixão e a Evolução das espécies

A abordagem evolucionista entende a compaixão enquanto um estado afetivo próprio e distinto, portanto, capaz de motivar padrões específicos de comportamento em direção ao atendimento das necessidades do outro. Esta abordagem, por sua vez, apresenta três linhas de argumentação/pesquisa: 1) argumento da prole vulnerável; 2) argumento da seleção sexual; 3) argumento da relação de cooperação entre não parentes (Goetz et al., 2010).

O argumento da prole vulnerável afirma que a compaixão é o componente afetivo de um sistema de cuidado desenvolvido por algumas espécies. Esse sistema tem o propósito de garantir o amadurecimento da prole até que ela tenha maiores chances de sobreviver, garantindo que sua herança genética seja transmitida para as futuras gerações (Goetz et al., 2010).

Dentro dessa linha de argumentação, é possível traçar um paralelo entre o nível de sofisticação do sistema de cuidado das espécies e o quanto a prole de cada espécie nasce mais ou menos preparada para sobreviver sem ajuda dos seus progenitores. Por meio dessa análise, é possível verificar que quanto mais presente é a compaixão no sistema de cuidado de uma espécie, mais prematura é a prole.

Usando essa escala, os bebês humanos mostram-se os mais prematuros e dependentes de suas progenitoras entre mamíferos, necessitando de um cuidado intenso até que os mesmos alcancem a sua autossuficiência. Por consequência, nos humanos

verifica-se o sistema de cuidado mais elaborado e desenvolvido da natureza (Goetz et al., 2010).

Os autores apontam que na literatura é possível encontrar estudos que relatam a existência de comportamento de cuidado e comportamento compassivo em diversas culturas, inclusive em culturas pré-industriais. Esses dados dariam apoio ao argumento da prole vulnerável, uma vez que indicam que a compaixão é um elemento resultante do processo evolutivo e não de um processo de enculturação (Eibl-Eibesfeldt, 1989; Konner, 2003 citado em Goetz et al., 2010).

Estudos realizados com primatas também dão suporte a essa linha de argumento, já que constataram a existência de comportamento de cuidado direcionado a membros do grupo que são mais vulneráveis ou estão feridos. Esses resultados apoiariam a tese de que o comportamento de cuidado é uma adaptação pela qual todos os primatas passaram (de Waal, 1996; Warneken & Tomasello, 2006 citado em Goetz et al., 2010).

Desta forma, argumenta-se que a necessidade de realizar um cuidado intenso de uma prole tão dependente, teria sido a condição que deu origem a uma série de adaptações presentes nos seres humanos, tais como:

- Respostas intensas a sinais e vocalizações que indicam a experiência de desconforto ou sofrimento por parte da prole;
- Comportamentos táteis específicos (contato pele a pele), um conjunto de comportamentos relativos ao afeto entre progenitora e prole;
- Experiência afetiva ajustada para intervir na redução de qualquer dano ou sofrimento por parte da prole.

Essas adaptações parecem ter sido cruciais para aumentar as chances de sobrevivência da prole, permitindo aos jovens alcançarem o período reprodutivo e garantirem a perpetuação das suas espécies.

A segunda linha de argumentação que apoia a abordagem evolucionista pode ser encontrada dentro da teoria da seleção sexual com a descrição dos detalhes do processo em que certos traços são selecionados, compondo as preferências que guiam os critérios de escolha de parceiros sexuais entre machos e fêmeas (Buss & Kenrick, 1998; G.F. Miller, 2007 citado em Goetz et al., 2010).

Nesta linha de argumentação, a compaixão é vista como um traço de personalidade, uma tendência a sentir as emoções alheias e agir de forma altruísta. Do ponto de vista da seleção sexual, são claros os benefícios envolvidos na escolha de um indivíduo compassivo para a reprodução. Um parceiro compassivo estaria mais inclinado a dedicar um tempo maior à prole, a oferecer proteção e cuidado à família, criando um ambiente seguro e acolhedor, vital para a sobrevivência da prole.

Dessa forma, argumenta-se que é possível ter a expectativa de que quanto mais romântico o indivíduo demonstre ser, mais compassivo ele seja. Essa pode ser a razão pela qual alguns autores indicam que características ligadas à afabilidade, amabilidade são preditoras de interesse sexual (L.A. Neff & Karney, 2009 citado em Goetz et al., 2010).

Um estudo com jovens de diversas culturas indicou que os atributos mais importantes na escolha de um parceiro são caráter ou gentileza (Buss et al., 1990 citado em Goetz et al., 2010). Em outro estudo, características pessoais, tais como capacidade de estabelecer uma interação calorosa, mostraram-se positivamente relacionadas ao surgimento do interesse em dar início a um relacionamento com o indivíduo detentor desta capacidade (Eastwick & Finkel, 2008 citado em Goetz et al., 2010).

Evidências como essas são utilizadas para justificar o argumento de que, no processo de seleção sexual, os indivíduos preferem se relacionar com parceiros que demonstram ser mais compassivos. Ao longo do tempo e do processo de seleção, esse comportamento acabou por perpetuar os genes dos indivíduos com essa característica.

A terceira linha de argumentação defende que a preferência por indivíduos compassivos é um importante critério na formação de relações cooperativas entre indivíduos que não possuem relação de parentesco (Axelrod, 1984; Frank, 1988; Nesse, 2007 citado em Goetz et al., 2010).

Argumenta-se que a compaixão – em conjunto com um complexo sistema de estados emocionais – é o que permite a indivíduos sem grau de parentesco iniciar, manter e regular um relacionamento baseado em um altruísmo recíproco. Isto porque os indivíduos preferem estabelecer relacionamentos duradouros com pares agradáveis, compassivos. O motivo está no fato de que essas características predizem comportamentos cooperativos e leais, propiciando uma troca mútua de benefícios entre

os indivíduos sem ligação parental (Trivers, 1971; Gintis, 2000; Nesse, 1990 citado em Goetz et al., 2010).

Dessa forma, a compaixão e outras tendências pró-sociais, verificadas entre os seres humanos, seriam as responsáveis por motivar nos indivíduos a prática de comportamentos altruístas. Essa conduta resultou, em todas as culturas, na formação de normas sociais, valores, práticas que, de forma geral, produzem recompensas para os atos de altruísmo e punição para atos de egoísmo (Henrich, 2004; Richerson & Boyd, 2005 citado em Goetz et al., 2010).

Estudos com crianças e adolescentes também apontam que aquelas que apresentam uma maior capacidade empática e compassiva desfrutam de uma maior rede de amizades (Q. Zhou et al., 2002 citado em Goetz et al., 2010). Assim como aqueles que obtêm altos escores no aspecto agradabilidade – aspecto que é forte preditor de compaixão – possuem mais amigos e são mais aceitos pelos outros (Shiota et al., 2006 citado em Goetz et al., 2010).

Outro estudo realizado com grupos de diversas culturas apontou que é possível observar em todas elas um grande empenho por partes dos seus indivíduos em punir aqueles que expressam comportamentos não cooperativos (Henrich et al., 2006 citado em Goetz et al., 2010).

Em favor do argumento evolucionista ainda pesam asserções existentes no trabalho de Charles Darwin acerca do papel da compaixão na evolução das espécies. Para Darwin as emoções são adaptações a condições específicas de sobrevivência e reprodução (Goetz, et al., 2010).

Por exemplo, em “A Descendência do Homem e Seleção em Relação ao Sexo”, Darwin afirma que dentro das comunidades a capacidade empática deve ter sido ampliada por meio da seleção natural, uma vez que quanto mais indivíduos empáticos uma comunidade possui, maior é sua capacidade de garantir o desenvolvimento dos indivíduos jovens (Goetz, et al., 2010).

Quanto mais indivíduos empáticos em uma comunidade, maior a capacidade dessa comunidade em gerar e manter novos membros, proporcionando a ela um aumento no número de indivíduos, resultando em vantagem em disputas com outras comunidades por recursos naturais.

Dessa forma, os diferentes componentes de uma emoção – processo de avaliação dos antecedentes, expressões não verbais, experiência, e processos fisiológicos autônomos – cumprem uma função específica na tarefa de permitir aos indivíduos encontrarem soluções para os desafios relacionados à sua sobrevivência e reprodução. Seguindo essa linha de raciocínio, argumentos a favor de uma concepção de compaixão evolucionista defendem que a compaixão é um estado emocional distinto de outros estados emocionais semelhantes e que esse estado emocional é responsável por eliciar padrões de comportamento direcionados à ajuda de indivíduos necessitados.

Sendo assim, a análise das três linhas de argumentação da abordagem evolucionista da compaixão permite estabelecer uma definição precisa de um conceito tão familiar quanto controverso. Dentro da perspectiva evolucionista, a compaixão é um estado emocional que tem a função de reduzir o sofrimento de um indivíduo que necessita de ajuda. É um traço desejável dentro do processo de seleção sexual e responsável por tornar possível relação de reciprocidade entre indivíduos sem laços parentais.

A compaixão é distinta de outros estados emocionais, tais como estresse, tristeza e amor. A compaixão também se distingue da empatia. Ser empático ou ser capaz de sentir empatia refere-se à capacidade de ser impactado pelas emoções de outros indivíduos. Todos os seres que possuem algum tipo de organização social são dotados de capacidade empática. Sendo assim, havendo a capacidade empática há experiência do estresse empático quando um indivíduo observa o sofrimento do outro. No entanto, na empatia, não é necessário a existência da distinção eu-outro. O observador é apenas capaz de ser impactado pelas emoções daquele que ele observa, mas não é capaz de distingui-las como sendo um sofrimento vivenciado por outro indivíduo.

No caso dos humanos, o estresse empático pode ocorrer conjuntamente com a compaixão, quando o indivíduo está na presença do sofrimento alheio. Nesses casos a compaixão rivalizará com o estresse empático. Isto porque a compaixão pode ser onerosa para alguns indivíduos e o estresse pode ser um indicador de que o indivíduo que testemunha o sofrimento do outro não tem recursos para se engajar em um comportamento de ajuda, devendo então deixar de focar no sofrimento do outro e focar no seu próprio sofrimento.

Dito de outra forma, o estresse empático resulta em comportamento egoísta de autoproteção enquanto a compaixão resulta em comportamento altruísta de heteroproteção (Hoffman, 1981; Batson, 1991 citado em Goetz et al., 2010).

Nesse sentido, a tristeza também é uma resposta de autoproteção. Na forma mais pura, a tristeza é uma resposta a situações que envolvem perdas e a experiência de eventos negativos (Lazarus, 1991 citado em Goetz et al., 2010). A tristeza provoca a lentificação das reações e o evitamento de contato social, o que é um sinal claro para outros indivíduos de que o indivíduo que a experiencia necessita de ajuda. Sendo assim a tristeza é um antecedente que elicia a compaixão dos outros.

O amor tem varias formas, porém as mais semelhantes à compaixão são o amor materno e o amor romântico. O amor distingue-se da compaixão no que tange a sua função essencial: promover o vínculo afetivo. Por isso, esses dois tipos de amor estão centrados em afeto e apreço pelas características da pessoa amada, o que exerce o papel de motivador no sentido de promover o estreitamento do contato físico e psicológico. Já a compaixão motiva reações rápidas de ajuda quando o indivíduo está na presença de sinais de sofrimento alheio (Goetz et al., 2010). Além disso, a compaixão não precisa estar necessariamente acompanhada de amor – apesar de o amor atuar como catalisador da compaixão.

Dessa forma, a abordagem evolucionista da compaixão apresenta-se como sendo uma abordagem que permite uma compreensão da compaixão para além dos significados linguísticos e evita o incômodo causado por uma abordagem que reduz a compaixão a um sinônimo de estresse empático. A abordagem evolucionista permite uma análise da compaixão em si mesma, como fenômeno único e com características epistemológicas específicas.

2.3 – Um Modelo Avaliativo da compaixão

As emoções surgem como resultado de avaliações específicas capazes de guiar as interações do indivíduo com o seu ambiente na medida em que isso o afeta. Portanto, as emoções podem ser definidas por meio das suas avaliações constitutivas dos eventos que as antecedem (Goetz et al., 2010).

Tendo como base a abordagem evolucionista da compaixão e pesquisas sobre emoções sob o aspecto de processo avaliativo, Goetz et al. (2010) apresentam um modelo dos processos avaliativos que resultam no surgimento da compaixão. Dessa forma, o modelo é composto por antecedentes, processos avaliativos e experiências.

De acordo com o modelo, a compaixão é uma emoção que surge em resposta a um evento que resulta em sofrimento/dano. No entanto, diversos processos avaliativos ocorrem até que a compaixão se configure. O primeiro processo avaliativo envolve a identificação do alvo do sofrimento. Se o sofrimento ou dano não for direcionado a outra pessoa, mas tem como alvo o próprio Eu, a resposta será o surgimento de outras emoções – tristeza, raiva, vergonha – e não a compaixão.

Assim, é essencial para o surgimento da compaixão a capacidade de distinção eu-outro (Batson, 1991; Nussbaum, 1996 citado em Goetz et al., 2010). Ou seja, é crucial para o surgimento do sentimento de compaixão a capacidade de separar quais experiências são vividas em primeira pessoa e quais experiências são vividas em terceira pessoa. Se essa capacidade não está presente, diz-se que há ocorrência apenas de um processo empático, pois o indivíduo será capaz de perceber e ser impactado pelo sofrimento vivenciado por outro indivíduo, mas não será capaz de identificar que o sofrimento vem de uma fonte externa ao Eu e, portanto, adotará alguma estratégia para interromper o sofrimento, não incluindo necessariamente o socorro. Por isso os autores argumentam que estresse empático resulta em comportamento egoísta de autoproteção enquanto a compaixão resulta em comportamento altruísta de heteroproteção.

Sendo o sofrimento vivido por outra pessoa, é necessário que esse sofrimento não gere satisfação na pessoa que o testemunha, pois se ele gerar, o resultado será o surgimento de outras emoções tais como felicidade e sadismo².

Além disso, o fato de as consequências negativas serem ou não relevantes para o bem-estar da testemunha do sofrimento atua como elemento moderador dessa avaliação. Por exemplo, se a vítima é um ente querido ou alguém que possui algum vínculo afetivo isso maximizará a resposta do observador.

Os autores ressaltam que objetivos individuais e valores também cumprem esse papel de moderação. Por exemplo, pessoas que possuem valores tais como o de que

²No original os autores utilizam o termo *Schadenfreude* e não *Sadism*. Na ausência de uma melhor tradução para o português utilizou-se o termo *sadismo*.

todos devem ajudar o próximo ou o de que todos devem ter direitos iguais, provavelmente, estarão mais inclinadas a perceber o sofrimento alheio como relevantes para o seu bem-estar. No mesmo sentido, pessoas que tenham como objetivo individual ou façam parte de um grupo ou comunidade que compartilham de um objetivo em comum relacionado à ajuda ao próximo também estarão mais inclinadas a perceber o sofrimento alheio com sendo relevante para a manutenção do seu bem-estar.

Outro aspecto avaliativo do modelo é o julgamento acerca do merecimento de ajuda por parte da vítima. Se o observador avalia que a vítima não merece ajuda, um sentimento de raiva surge como resultado. Por conseguinte, o merecimento de ajuda é outro processo avaliativo essencial para o surgimento da compaixão.

Autores que pesquisaram sobre modelos de evolução do altruísmo indicam que indivíduos altruístas têm a capacidade de escolher relacionarem-se com outros indivíduos altruístas (Frank, 1988; Hamilton, 1964; Henrich, 2004, Trivers, 1971 citado em Goetz et al., 2010). Para poder aproveitar os benefícios da cooperação mútua e evitar a exploração por parte de indivíduos egoístas, indivíduos altruístas precisam interagir de forma seletiva com outros indivíduos (Hamilton, 1964 citado em Goetz et al., 2010).

Outro indicador de merecimento é a avaliação do quanto o indivíduo é responsável por seu sofrimento. A avaliação de que o indivíduo é responsável por seu próprio sofrimento é normalmente acompanhada por crenças depreciativas, pois indica que o sofrimento vivenciado pelo indivíduo é resultado da falta de cuidado em evitar más consequências ou da consequência da violação de alguma norma ou regra social (C.A. Smith & Ellsworth, 1985 citado em Goetz et al., 2010).

O último, e talvez mais importante, estágio é a avaliação que o observador faz da sua capacidade de ajudar a vítima. Se o observador não tem capacidade, está com seus recursos exauridos ou não está preparado para lidar com a situação, as emoções resultantes desse processo serão estresse, ansiedade e medo.

Existe um custo envolvido na decisão de se engajar na ajuda ao outro, assim como há também benefícios. Sem essa avaliação dos custos envolvidos na prestação de ajuda, o indivíduo pode ser tornar vítima de exploração por parte de indivíduos egoístas, bem como pode acabar se expondo demais a riscos desnecessários (Sober & Wilson, 1998 citado em Goetz et al., 2010).

Portanto, quanto mais preparado um indivíduo percebe-se para intervir na causa do sofrimento alheio ou capaz de lidar com a situação de sofrimento do outro, mais intenso será o sentimento de compaixão. Por outro lado, a avaliação de que os recursos, as habilidades, estão aquém do que é necessário para intervir ou lidar com o sofrimento do outro, não provocam compaixão, e sim estresse, ansiedade e medo (Hoffman, 1981 citado em Goetz et al.,2010).

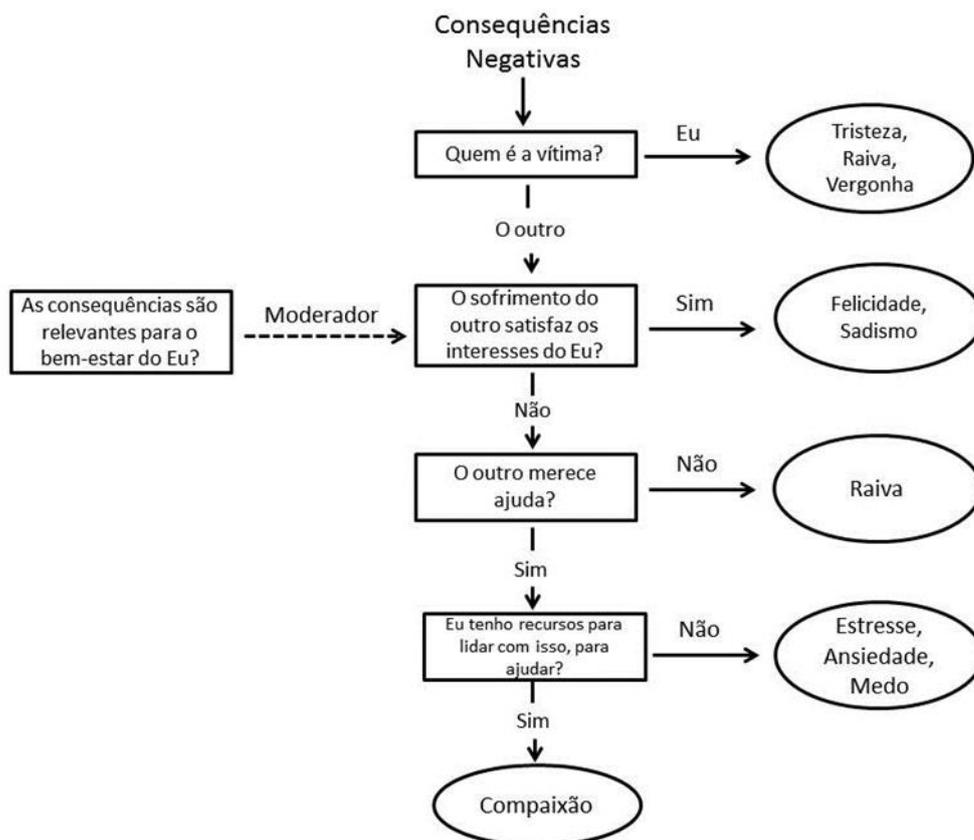


Figura1. Modelo avaliativo de compaixão de Goetz et al. (2010).

Os autores ressaltam que ainda não é possível encontrar estudos que relacionem a capacidade de lidar com as situações de sofrimento e o surgimento da compaixão. No entanto, os estudos sobre diferenças individuais na regulação das emoções e auto eficiência empática oferecem dados importantes sobre essa questão (Goetz et al., 2010).

Estudos indicam que indivíduos que reportam ser mais capazes de regular suas emoções, em situações em que são expostos ao sofrimento alheio, estão mais propensos a sentir compaixão ao invés de estresse. Na mesma linha, outros estudos indicam que quanto maior o sentimento de autoeficiência, no que tange à capacidade de ajudar

peças em sofrimento, maior é a chance de que o indivíduo sinta compaixão (Goetz et al.,2010).

O modelo avaliativo da compaixão permite o estabelecimento de parâmetros capazes de distinguir a compaixão de outras emoções associadas a experiências de sofrimento ou perda. A importância da compaixão na descrição de diversos fenômenos humanos nunca foi questionada, porém, a sua legitimidade enquanto objeto de estudo sempre esteve ameaçada pela falta de definição clara e operacional. Com base nesse modelo é possível avançar na compreensão da compaixão e do seu papel no estabelecimento das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

2.4 – Compaixão, Trabalho e Identidade

Ser sensível às necessidades, ao sofrimento de outros indivíduos não é exclusividade dos seres humanos. Grosso modo, essa capacidade foi desenvolvida, em maior ou menor grau, por todas as espécies que possuem algum tipo de vida social.

No entanto, estudos indicam que apenas humanos e primatas são capazes de distinguir o sofrimento vivenciado pelo outro do sofrimento vivenciado pelo Eu. Isso ocorre, pois, para que seja possível discriminar as experiências do outro das experiências do Eu, é necessário a existência de uma consciência eu-outro (Bischof-Köhler, 1991; Decety & Jackson, 2004; Preston & de Waal, 2002 citado em Lago & Codo, 2010).

Uma vez que a compaixão caracteriza-se por ser uma emoção que gera comportamentos que tem como objetivo a interrupção do sofrimento alheio, ela só é possível entre os indivíduos capazes de distinguir o sofrimento alheio do seu sofrimento. Desta forma, estudos apontam que apenas primatas e humanos estão em condições de sentir compaixão.

Porém, há um fenômeno que é exclusivamente humano no que tange à compaixão. No decorrer da história, apenas os humanos tornaram as atividades ligadas ao cuidado, ao socorro, à remissão da dor alheia em trabalho.

No contexto de trabalho, a compaixão acaba ganhando novos contornos. Conforme demonstraram Lago e Codo (2010), do ponto de vista histórico, as atividades ligadas à remissão do sofrimento sempre estiveram relacionadas à caridade e à

religiosidade, sendo apenas recentemente transformadas em trabalho remunerado. Essa mudança transformou a compaixão em ferramenta de trabalho e fez com que algo que era facultativo se tornasse obrigatório a todos que exercem este tipo de ofício. Tornou algo que era voluntário em algo remunerado e, portanto, sujeito a cobranças e responsabilidades.

Essa transição recente é responsável por criar algumas situações delicadas dentro do exercício do trabalho em saúde. Antes do cuidado, da compaixão se tornar profissão, aqueles que estavam envolvidos no cuidado de pessoas enfermas tinham papéis claros: prestar cuidado e fazer tudo o que tivesse ao alcance para minimizar a dor do outro. Hoje muitas vezes os profissionais de saúde se encontram em situações onde a compaixão requer um tipo de atitude, mas a ética profissional exige outra.

Com a profissionalização do cuidado, a compaixão virou uma ferramenta de trabalho e tentar compreender o sofrimento do profissional de saúde sem levar em conta este aspecto tem levado a uma compreensão simplista das angústias que afligem aqueles que estão em contato direto com a dor do outro.

Tendo como parâmetro o modelo avaliativo da compaixão, é possível levantar algumas questões importantes no que tange à compreensão da compaixão aplicada ao contexto de trabalho.

De acordo com esse modelo, em especial dois processos avaliativos ganham novos contornos quando avaliados sob a ótica do trabalho. O primeiro processo é a avaliação acerca do merecimento da ajuda. Processo tido como crucial para o surgimento da compaixão, uma vez que na perspectiva evolucionista, esse processo é o responsável por evitar que indivíduos compassivos sejam explorados por indivíduos egoístas e por garantir que indivíduos virtuosos sejam escolhidos como merecedores de ajuda.

Do ponto de vista do trabalho, os profissionais de saúde não podem realizar tal processo avaliativo, uma vez que o atendimento à saúde é um direito universal e ele, como profissional, tem o dever de ajudar a todos que necessitam. Dessa forma, uma condição complexa é estabelecida.

Em situações normais, fora do contexto de trabalho, o indivíduo realiza esse processo avaliativo e, caso avalie que a vítima do sofrimento não merece ajuda, ele troca a compaixão por um sentimento de raiva. No caso do profissional de saúde essa

opção está vedada, pois utilizá-la o colocaria em conflito com a sua identidade profissional. Isto porque, a partir do momento que a prestação de cuidado, que é parte do ofício, se estabeleceu e o indivíduo foi inserido na lógica do trabalho, o produto do seu serviço – a prestação de socorro – foi comprada e não cabe a ele decidir a quem ele deve oferecê-la.

Além disso, a opção pelo não merecimento protegeria o indivíduo do desgaste excessivo causado pela compaixão simultânea com muitos sujeitos ou a exposição a uma compaixão ininterrupta. Porém, o profissional de saúde se vê impedido de fazer uso deste mecanismo que é responsável por manter o equilíbrio dos recursos do organismo.

Portanto, no contexto de trabalho, esse processo avaliativo que faz parte da dinâmica da compaixão deixa de ter como opção o sentimento de raiva. A opção que se coloca passa a ser a perda de identidade ou tentativa de supressão desse processo avaliativo.

O segundo processo avaliativo que merece destaque dentro do contexto de trabalho é o último processo avaliativo do modelo: a análise dos recursos disponíveis. Sob a perspectiva evolucionista, esse processo tem a função de garantir que os custos da compaixão não sejam maiores que os seus benefícios. Sendo assim, a compaixão só emerge quando o indivíduo se sente capaz física e emocionalmente de empregar esforços na remissão da dor alheia.

No contexto profissional, esse processo avaliativo ganha novos contornos. Se fora do contexto profissional a falta de recursos físicos e emocionais tem como consequência a vivência de emoções negativas –estresse, ansiedade, medo – no contexto de trabalho essa opção também está vedada. Por definição o profissional de saúde é o indivíduo capacitado, detentor de todos os conhecimentos e recursos para socorrer qualquer tipo de pessoa em qualquer contexto.

Novamente, a possibilidade de que o profissional de saúde não tenha os recursos suficientes para prestar socorro coloca em risco a sua identidade profissional, uma vez que põe em cheque sua capacidade em realizar sob qualquer circunstância seu ofício.

Mais uma vez a falta de uma opção capaz de gerar economia de energia para organismo está vedada para o profissional de saúde, que sob a ameaça de perder a sua identidade gasta todos os seus recursos até que eles se esgotem.

Importante destacar que a tese de que a identidade possui relação íntima com o trabalho baseia-se na análise da importância dessa atividade para constituição da posição social e do papel social de qualquer indivíduo dentro das sociedades capitalistas.

Jacques (1996) argumenta que “o exercício de determinadas atividades e o convívio com determinadas relações sociais constituem *modos de ser*, que qualificam os pares como iguais”, refletindo na exibição de comportamentos similares entre classes de trabalhadores. Por isso, entre indivíduos que possuem o mesmo trabalho, é possível notar similaridades no modo de vestir, de falar, nos lugares que frequentam, etc (p.44).

Por essa mesma razão, quando qualquer indivíduo necessita apresentar-se, o trabalho é necessariamente evocado (e.g., eu sou médico, eu sou enfermeiro), indicando que a profissão cumpre função essencial na constituição do Eu, e, portanto, da construção de uma identidade.

Além disso, argumenta-se que as profissões são carregadas de “atributos socialmente valorizados e julgados como constitutivos do ser humano”, sendo assim, o indivíduo ao exercer, por exemplo, a profissão de bombeiro adquire naturalmente atributos como altruísmo e coragem (Carlos, Jacques, Larratúa, & Heredia, 1999, p.86).

A importância do trabalho para a constituição da identidade e para a manutenção do bem-estar dos indivíduos pode ser verificada em alguns trabalhos. Por exemplo, com base em depoimentos de aposentados, Carlos, Jacques, Larratúa, & Heredia (1999) discutiram o impacto da aposentadoria na vida de indivíduos com mais de 60 anos. Os autores alertam para o fato de que o afastamento do trabalho está comumente associado ao desenvolvimento de quadros de depressão e comprometimento da qualidade de vida.

Argumentam os autores que a aposentadoria muitas vezes representa um rompimento com o mundo do trabalho e conseqüentemente pode significar uma possível perda do papel profissional, e, portanto, da identidade construída e mantida por tantos anos.

No mesmo sentido, Batista & Codo (1999), ao analisarem a saúde mental dos professores, apontaram que a crise de identidade cumpria um papel importante dentre os aspectos causadores de sofrimento.

Gaedke e Krug (2008), em um estudo com trabalhadoras do ramo de confecção, verificaram que, além do sofrimento físico, a LER/DORT era também responsável por causar sofrimento emocional. Isso porque, uma vez afastadas do trabalho, as

trabalhadoras viam ameaçadas suas identidades profissionais, assim como temiam ter que assumir outra identidade (i.e., trabalhador problemático, inválido, inútil).

Por isso, Mendes e Dias (1999 citados em Gaedke & Krug, 2008) ressaltam que o trabalho, ao contribuir para a construção da identidade, assume grande importância em inserir os indivíduos no mundo social, o que é fundamental para a manutenção da saúde.

Conseqüentemente, no contexto de trabalho, esses processos avaliativos são capazes não só de gerar a surgimento de emoções negativas, mas também de gerar conflito de identidade, uma vez que, tendo o profissional percebido –e aceito –que não é capaz de lidar com todos os tipos de demandas ou com todas as condições de trabalho existentes, passa a questionar sua vocação, sua escolha profissional, sua identidade.

Quando a tarefa de ajudar na remissão da dor alheia tornou-se trabalho, uma atividade que antes tinha cunho puramente altruísta se tornou obrigação profissional. O que antes era uma habilidade – que cumpria o papel de aumentar as chances de sobrevivência da espécie humana e promover o estabelecimento de laços com indivíduos sem grau de parentesco, propiciando a vida social e as tarefas coletivas – se tornou ferramenta de trabalho.

Esses aspectos não podem ser negligenciados quando o que está em pauta é a compreensão da condição de trabalho de profissionais que têm como ofício socorrer pessoas que estão vivendo momentos de sofrimento e perda. Tentar entender a condição de trabalho do profissional de saúde sem levar em conta a compaixão e sua implicação no mundo do trabalho é tentar entender uma condição de trabalho complexa sem levar em conta seu aspecto essencial.

3- Fadiga

Outro conceito envolvido na compreensão da Fadiga por Compaixão e que, portanto, necessita ser analisado é o conceito de fadiga. Porém, assim como o conceito de compaixão, o conceito de fadiga, apesar de muito presente na linguagem coloquial, no vocabulário científico carece de precisão e consenso (Aaronson, et al., 1999; Chalder, et al., 1993).

A carência de precisão é consensual na literatura, o que motivou alguns autores a tentarem saná-la por meio de uma análise de conceito. Ream e Richardson (1996) e Mota, Cruz e Pimenta (2005) realizaram uma revisão conceitual na tentativa de estabelecer um conceito preciso do fenômeno, permitindo a utilização do termo no âmbito da produção de conhecimento científico. Os autores chamam atenção para o fato de que falta de precisão conceitual já motivou alguns autores a defenderem a ideia de que o conceito deveria ser banido das discussões científicas. A justificativa desses autores é de que a inclusão do conceito nessas discussões causava mais confusão do que gerava conhecimento.

No entanto, diante da dificuldade em se abrir mão de um conceito amplamente utilizado para nomear um conjunto de sintomas comuns entre aqueles que estão em situação de adoecimento, principalmente entre aqueles que possuem um quadro crônico de adoecimento, fez com que a fadiga voltasse a ser um tópico de interesse.

3.1 - As diversas definições de Fadiga

A análise conceitual realizada por Ream e Richardson (1996) e Mota, Cruz e Pimenta (2005) aborda três fontes de definição conceitual: dicionários, estudos de ergonomia e estudos de disciplinas da área de saúde.

Do ponto de vista da etimologia da palavra, o termo tem origem latina e francesa. Do latim *fatigare*, que significa “exaurir em consequência de uma caminhada ou na realização de uma tarefa, esgotar, incomodar”. Do francês *fatiger*, que significa *cansar* (Ream & Richardson, 1996; Mota, Cruz & Pimenta, 2005).

Do ponto de vista das definições existentes nos dicionários, é possível verificar que em todas elas predomina a ideia de que a fadiga ocorre em decorrência de algum tipo de esforço (Ream & Richardson, 1996).

Analisando as definições contidas nos dicionários, Ream e Richardson citam algumas definições de fadiga como, por exemplo, “exaustão física ou mental devido ao esforço.” (Collins English Dictionary, 1979 citado em Ream & Richardson, 1996). Ou, então, “condição de músculos, organismos e células caracterizada pela redução temporária da força ou sensibilidade decorrente de um período de prolongada atividade ou estimulação” (The Oxford English Dictionary, 1989 citado em Ream & Richardson, 1996).

Dessa forma, os autores apontam que a análise semântica do termo *fadiga* evidencia que, apesar das diversas definições e uso do termo, pode-se verificar que em todas essas definições há concordância quanto à existência de quatro características básicas:

- 1- Fadiga é consequência de esforço;
- 2- Fadiga está associada com a exaustão física ou mental;
- 3- Fadiga compreende sentimento de desconforto, incômodo ou ódio. Portanto, *fadigar* pode ser sinônimo de punição;
- 4- Fadiga causa redução da habilidade funcional, que é frequentemente temporária.

Nos estudos da área da ergonomia, é possível verificar trabalhos realizados há mais de 75 anos. Os primeiros datam da 1ª Guerra Mundial, quando se investigou o impacto da fadiga na eficiência e produtividade da força de trabalho das indústrias bélicas. Na 2ª Guerra Mundial, estudos foram conduzidos para investigar o impacto da fadiga na queda de desempenho de pilotos habilidosos (Ream & Richardson, 1996).

Dessa linha de pesquisa destaca-se o estudo conduzido por Pearson(1957), que culminou na elaboração de um instrumento que tinha o objetivo de avaliar a percepção de fadiga dos pilotos. O instrumento desenvolvido por Pearson foi utilizado posteriormente em diversos estudos sobre fadiga (Haylock & Hart, 1979; Rieger, 1987 citado em Ream & Richardson, 1996).

Nas disciplinas da área de saúde, também é possível verificar a existência de estudos pioneiros que tentaram descrever e definir as características fenomenológicas da

fadiga e apontaram que os sintomas da fadiga são diversos e multidimensionais (Ream & Richardson, 1996).

Na literatura normalmente se distingue Fadiga Física e Fadiga Mental. Essa distinção por vezes é apontada por alguns autores como indicativo da complexidade do conceito (Zorzanelli, 2010).

O autor comenta que a “sua compreensão oscila entre uma abordagem puramente objetiva, fisiológica, ligada à expressão de um declínio da atividade de um tecido, órgão ou função e uma definição subjetiva ou mental, não ligada a um órgão, mas ao organismo integralmente” (Zorzanelli, 2010, p. 65).

Devido a esse cenário, Ream e Richardson (1996) e Mota, Cruz e Pimenta (2005) se propõem a realizar uma análise capaz de distinguir entre o uso coloquial e o uso técnico—na área de saúde—do conceito de fadiga, e identificar os atributos essenciais que o definem dentro do campo da enfermagem, assim como seus eventos antecedentes e consequentes.

3.2 – Definindo o que é Fadiga

Importante distinguir a fadiga de outros termos que normalmente são utilizados como sinônimo. É possível encontrar na literatura de enfermagem e medicina os termos *cansaço* e *fraqueza* por vezes sendo utilizados como sinônimos de fadiga. No entanto, Ream e Richardson (1996) ressaltam que esses termos não devem ser utilizados como sinônimos de fadiga, pois cansaço e fraqueza possuem características próprias.

Segundo os autores, o cansaço (*tiredness* em inglês) é um estado no qual o indivíduo sente uma diminuição temporária da sua força e da sua energia. Apesar de essa sensação poder fazer parte de um quadro de fadiga, verifica-se um quadro sintomatológico mais complexo e com características adicionais na fadiga (Richardson, 1995; Pickard-Holley, 1991 citado em Ream & Richardson, 1996).

Apesar de um indivíduo com um quadro de fadiga poder vivenciar sensações que variam desde um cansaço, em um extremo, até uma exaustão (*exhaustion*), no outro, e essas sensações funcionarem como um indicador de um quadro de fadiga, tais sensações não podem ser consideradas sinônimos de fadiga (Ream & Richardson, 1996).

Por sua vez, a fraqueza (*weakness* em inglês) é definida como um sintoma que é resultado de uma debilidade, enfraquecimento do organismo e, assim como a fadiga, afeta a capacidade do indivíduo de realizar uma tarefa. No entanto, a fadiga possui um aspecto relacionado à voluntariedade do indivíduo, de forma que o ele pode, por meio da sua força de vontade, da sua automotivação, realizar certas atividades mesmo estando fadigado. Em contraponto, a fraqueza não é voluntária, e o indivíduo debilitado não consegue superá-la por meio da sua força de vontade (Rhodes et al., 1988; Pickard-Holley, 1991; Nail & King, 1987 citado em Ream & Richardson, 1996).

Argumentam os autores que, além da distinção entre fadiga e outros termos normalmente utilizados como sinônimos, é importante estabelecer as características, os atributos essenciais que definem a fadiga e, por consequência, a diferenciam de outros conceitos. Segundo os autores, a fadiga é um conceito multidimensional, que possui diferentes atributos de acordo com o contexto em que é aplicado, porém, por meio da análise da literatura médica e de enfermagem, é possível identificar quatro atributos essenciais (Ream & Richardson, 1996).

1. Fadiga é uma experiência corpórea global, incluindo as dimensões física, cognitiva e emocional;
2. Fadiga é uma experiência desagradável que causa estresse/angústia;
3. Fadiga é um fenômeno implacável (sem possibilidade de alívio) e crônico;
4. Fadiga é uma experiência subjetiva que depende da percepção individual.

Os eventos antecedentes e consequentes também são importantes na definição do fenômeno da fadiga. Isso porque as identificações desses eventos ajudam a refinar os atributos essenciais e a elucidar os contextos nos quais o conceito é empregado.

Os autores relatam que, na literatura médica, em que normalmente os trabalhos se concentram, na fadiga crônica, é possível identificar dois antecedentes. O primeiro antecedente é que uma condição de adoecimento físico ou mental deve ser predominante. O segundo antecedente é que o indivíduo enfermo deve estar consciente e cognitivamente capaz de avaliar seus sentimentos (Ream & Richardson, 1996).

Em relação aos eventos consequentes também é possível identificar dois tipos de eventos. O primeiro consequente refere-se ao fato de que a fadiga afeta as habilidades tanto físicas quanto psíquicas, causando consequências na rotina de vida do indivíduo.

O segundo evento está ligado ao fato de que quadros de fadiga geralmente causam uma precipitação das respostas comportamentais, cognitivas e afetivas. Essa condição comumente resulta em eventos de irritabilidade, comprometimento do processamento de pensamentos, incapacidade de tomar decisões, dificuldade em se concentrar em tarefas diárias, incapacidade de lidar com os desafios, perda de memória, baixa motivação e desenvolvimento de conflitos familiares. Essas consequências acabam por gerar um grande impacto sobre a qualidade de vida do sujeito (Nixon & Bethel, 1974; Hubsky & Sears, 1992; Nail & King, 1987; Voith et al., 1989 citado em Ream & Richardson, 1996).

Por fim, com base na análise conceitual realizada, que avaliou o uso coloquial e o uso técnico do conceito de fadiga, identificou-se os atributos essenciais, assim como seus eventos antecedentes e consequentes. Assim, os autores propõem uma definição de fadiga: “Fadiga é um sintoma desagradável, subjetivo, que inclui sensações em todo o corpo, variando desde um cansaço até uma exaustão, criando uma condição geral de falta de alívio, que interfere nas habilidades do indivíduo de realizar suas atividades cotidianas” (Ream & Richardson, 1996, p.527).

A definição de Ream e Richardson (1996) deixa clara a função de sintoma e não de enfermidade da fadiga, além de estabelecer uma gradação, ligada com a experiência subjetiva e com as características de cada indivíduo. Porém, apesar de poder ser percebida em intensidade diferente por cada indivíduo, tem uma consequência única, uma condição generalizada, vivida de corpo inteiro, que não pode ser mitigada por meio do sono ou outras estratégias de descanso e com isso acaba por interferir nas tarefas cotidianas do indivíduo.

Sendo assim, a fadiga está associada à ocorrência de algum evento disruptivo que tira do organismo a sua capacidade de se restaurar após ele ter sido submetido a algum tipo de esforço/desgaste. Por sua vez, cansaço/ exaustão não estão relacionados à existência de algum tipo de enfermidade e, por isso, não retiram do organismo a sua capacidade de se restaurar, de restabelecer sua força e habilidade por meio de estratégias restauradoras.

Essa distinção também implica em uma diferença nas estratégias de intervenção nas duas situações. No caso de um quadro de cansaço/exaustão, as estratégias a serem adotadas são de caráter passivo, envolvendo a interrupção da atividade desgastante ou

realização de atividades restauradoras – atividades de lazer. No caso da fadiga, as estratégias a serem adotadas são de caráter ativo, e envolvem a realização de uma intervenção, de um tratamento.

Tendo em vista o objeto de estudo deste trabalho, é necessária uma reflexão acerca da fadiga no contexto de trabalho, assim como uma avaliação de como a fadiga tem sido utilizada como variável em estudos relacionados à saúde do trabalhador.

3.3 – Fadiga e Trabalho

Conforme Ream e Richardson (1996), a relação entre fadiga e trabalho possui um grande histórico, remetendo ao período da 1ª Guerra Mundial. No entanto, a análise conceitual realizada por Ream e Richardson (1996) e Mota, Cruz e Pimenta (2005) também chama a atenção para a imprecisão no emprego do conceito de fadiga.

Analisando investigações sobre a fadiga em contexto de trabalho é possível notar que, frequentemente, ao operacionalizarem a fadiga, essas pesquisas acabam definindo aspectos que caracterizam quadros de cansaço/exaustão.

Em estudo realizado com trabalhadores de uma indústria têxtil que trabalhavam em turnos fixos de 12 horas diárias e semana reduzida, Metzner e Fischer (2001) aplicaram três instrumentos que tinham como objetivo mensurar: fadiga, índice de capacidade para o trabalho (ICT) e auto avaliação das condições de trabalho e vida. Os objetivos do estudo foram avaliar diferenças entre trabalhadores do turno diurno –das 6h às 18h –e trabalhadores do turno noturno –das 18h às 6h –e verificar a relação entre fadiga, índice de capacidade para o trabalho e auto avaliação das condições de trabalho e vida.

A análise de regressão realizada apontou que ter dificuldade em se manter dormindo aumentava o escore de fadiga. Por outro lado, o consumo de cigarro, a prática de atividades físicas, assim como, trabalhar no turno noturno, reduziam o nível de fadiga (Metzner & Fischer, 2001).

Mesmo não tendo acesso ao conteúdo dos itens do instrumento utilizado para mensurar a fadiga dos funcionários, é possível notar, pelo comportamento das demais variáveis, que o que provavelmente foi mensurado foi a percepção de cansaço/exaustão dos funcionários e não a fadiga.

O consumo de cigarro, a prática de atividades físicas e sono de boa qualidade são variáveis que estão relacionadas às atividades restauradoras. O cigarro, apesar dos malefícios que causa ao sistema respiratório, gera uma sensação relaxamento e bem-estar nos fumantes.

A prática de atividade física, além de gerar sensação de bem-estar, aumenta a disposição do indivíduo. O sono possui o papel de restaurar a energia dispendida na realização das tarefas e, apesar da expectativa de que os trabalhadores do turno noturno tivessem seu sono mais prejudicado do que os trabalhadores do turno diurno, verificou-se que esses trabalhadores tinham estratégias mais elaboradas para lidar com o regime de turno de 12 horas diárias e semana reduzida.

Como apontaram Ream e Richarson (1996) e Mota, Cruz e Pimenta (2005), um dos atributos essenciais da fadiga é o fato de que o indivíduo não consegue encontrar alívio por meio do sono ou outras estratégias de descanso ou relaxamento. Por outro lado, o cansaço pode ser aliviado ou sanado por meio de estratégias restauradoras.

Na mesma linha de estudo, Marziale e Rozestraten (1995) estudaram a fadiga mental em enfermeiras que trabalhavam em turnos alternantes, ou seja, enfermeiras que trabalham em plantões de turnos diurnos e noturnos. Quando trabalhavam no turno diurno cumpriam turnos de 6 horas – das 7h às 13h ou das 13h às 19h – quando trabalhavam no turno noturno cumpriam turno de 12 horas – das 19h às 7h. Após o turno noturno, as enfermeiras possuíam 36 horas de descanso e não podiam trabalhar mais que sete dias consecutivos.

Para tanto, quatro métodos de coleta de dados foram empregados: observação das atividades realizadas pelos enfermeiros, questionário para registro de informações sociodemográficas, instrumento autopreenchido para mensurar fadiga³ subjetiva, Tempo de Reação simples a estímulo auditivo (TRs) e aferição da frequência crítica de fusão da luz (Flicker) para mensurar a fadiga objetivamente.

O método Flicker consiste em medir o reflexo das variações do grau de ativação cortical. Acredita-se que a capacidade de detectar a alteração temporal a um estímulo visual que está repetidamente mudando de claro para escuro se torna mais difícil à

³Importante notar que nesse estudo o instrumento utilizado para mensurar a fadiga foi o mesmo utilizado por Metzner e Fischer (2001).

medida que o indivíduo fica cansado. Por isso, com base nesses resultados, acredita-se ser possível inferir o grau de fadiga mental do indivíduo (Marziale & Rozestraten, 1995).

Os resultados indicaram que o esquema de trabalho de turnos alternantes exerce influência negativa em aspectos ligados ao relacionamento familiar, convívio social, lazer, qualidade do sono e alimentação. Marziale e Rozestraten (1995) argumentam que uma vez que esses aspectos são notadamente eventos que funcionam como restauradores das deteriorações físicas e mentais provocadas pelas tensões cotidianas, o esquema de trabalho de turnos alternantes acaba por comprometer o desempenho desses trabalhadores, ocasionando fadiga.

Também foi verificado que entre as enfermeiras do turno da noite houve maior índice de erro durante a aplicação do teste de TR's e que elas apresentaram os maiores decréscimos de desempenho no método Flicker (Marziale & Rozestraten, 1995). Esses resultados foram considerados indicativos de que havia uma maior incidência de fadiga mental entre as enfermeiras do turno da noite.

No trabalho de Marziale e Rozestraten (1995), é possível verificar que o conceito de fadiga foi utilizado como sinônimo de cansaço. A hipótese central do estudo foi construída em torno dos impactos dos turnos de trabalho sobre a qualidade do sono dos profissionais.

Em determinado trecho, os autores deixam clara a identificação entre cansaço e fadiga: "... à medida que o cansaço se instala, ou seja, o sujeito fadigado apresenta..." (Marziale & Rozentraten, 1995, p.69).

Ream e Richarson (1996) e Mota, Cruz e Pimenta (2005) ressaltam que o cansaço ou a exaustão estão geralmente presentes entre os sintomas de fadiga, mas não podem ser considerados idênticos, pois possuem propriedades distintas.

O mesmo pôde ser verificado por Gaba e Howard (2002) e de Ruggiero (2003). Em ambos os estudos sobre fadiga em profissionais de saúde, o turno de trabalho é a principal variável de análise. Gaba e Howard (2002) usam a literatura sobre os efeitos da privação de sono no desempenho profissional para defenderem uma revisão na jornada de trabalho dos médicos. Ruggiero (2003) também utiliza o turno de trabalho como uma das variáveis do seu estudo sobre fadiga em enfermeiros, no entanto, também inclui sintomas de depressão e ansiedade no escopo da sua pesquisa.

Para mensuração de suas variáveis de estudo, Ruggiero (2003) utilizou o SSICFS (*Standard Shiftwork Index Chronic Fatigue Scale*) para mensurar a Fadiga, o PSQI (*Pittsburg Sleep Quality Index*) para avaliar a qualidade do sono, o BDI-II (Beck Depression Inventory) para mensurar depressão e BAI (*Beck Anxiety Inventory*) para avaliar ansiedade (Ruggiero, 2003).

Os resultados mostraram uma maior incidência de depressão e problemas de sono entre as enfermeiras do turno noturno do que nas enfermeiras do turno diurno. Apesar de os resultados apontarem uma relação significativa entre qualidade do sono, depressão e ansiedade, também indicaram não haver diferenças entre os níveis de fadiga encontrados nas enfermeiras que trabalhavam nos turnos diurnos e os níveis encontrados nas enfermeiras que trabalhavam no turno noturno. Também não foram observadas diferenças significativas entre o número de turnos noturnos trabalhados no ano e a incidência de fadiga (Ruggiero, 2003).

Além disso, a análise de regressão mostrou que 46% da variância da Fadiga foi capaz de ser explicada pelas variáveis independentes – qualidade do sono, depressão, ansiedade – e a variável depressão mostrou-se a mais importante do modelo (Ruggiero, 2003).

Os resultados de Ruggiero (2003) corroboram a distinção entre fadiga e cansaço/exaustão. Contrariamente às expectativas do autor que, com base em outros estudos, esperava encontrar relação entre fadiga e turnos de trabalho, verificou-se que a depressão foi a variável independente que apresentou maior relação com a fadiga.

No estudo realizado por Amaducci, Mota e Pimenta (2010), investigou-se a incidência de fadiga entre estudantes de enfermagem. Para tanto foram utilizados quatro instrumentos: Escala de Fadiga de Piper, Pictograma de Fadiga, Inventários de Depressão de Beck e formulário de informações sociodemográficas. Os resultados indicaram a existência de uma correlação entre fadiga, ano de graduação, IMC (Índice de Massa corporal) e depressão. Deve-se observar que a correlação entre fadiga e depressão foi a mais forte.

Conforme a definição de Ream e Richardson (1996) e Mota, Cruz e Pimenta (2005), a fadiga tem como antecedente alguma enfermidade e não a privação de sono ou uma longa jornada de trabalho. Sendo possível verificar a incidência de depressão em 23% dos enfermeiros (Ruggiero, 2003), de 27% em estudantes de medicina, enquanto a

incidência de depressão na população em geral é de 6% (Amaducci, Mota, & Pimenta, 2010), parece claro que a fadiga desses profissionais tem uma relação mais estreita com antecedentes provenientes de um quadro de adoecimento –depressão– do que com antecedentes provenientes do turno de trabalho –qualidade do sono, alimentação, vínculos sociais.

Usando uma analogia, o uso dos conceitos de cansaço/exaustão como sinônimo de fadiga traz os mesmos tipos de problemas que se pode ter ao identificar tristeza ou distímia à depressão. A fadiga não é apenas consequência da falta de descanso ou de esforço prolongado e não pode ser mitigada por meio de estratégias restauradoras.

É importante que o conceito de Fadiga também seja compreendido sob a perspectiva sugerida por Lago e Codo (2010), ou seja, uma perspectiva que considere o ser humano como um ser dual, que possui experiências tanto no âmbito biológico/fisiológico quanto no âmbito simbólico/psicológico.

Por essa razão, observar a fadiga de forma dissociada pode tornar seu conceito confuso. Da mesma forma como ocorre no processo empático, é possível em um exercício analítico distinguir os processos biológicos/fisiológicos dos processos simbólico/psicológico envolvidos na experiência empática, mas não é possível conceber que existam dois tipos de empatia, pois na experiência do ser humano ela se apresenta como única, de forma integral.

Destaque-se que as investigações sobre a relação entre fadiga e saúde do trabalhador não têm considerado as questões afetivas envolvidas no trabalho. Assim, parecem partir de uma visão do homem como *machinas dei*, que ao realizar o seu trabalho está envolvido apenas em problemas de ordem ergonômica, como se o universo simbólico/afetivo não existisse no contexto de trabalho.

4- As características do Trabalho do profissional de saúde

As atividades ligadas à promoção da saúde, à remissão da dor, ao cuidado de pessoas enfermas ou feridas, são tão antigas quanto à própria humanidade. Especula-se que desde que os seres humanos começaram a se organizar em grupos, há indivíduos responsáveis pelo cuidado e pela promoção da saúde daqueles que pertencem ao grupo. É conhecida também a posição privilegiada e de poder que os indivíduos que exercem essas atividades ocupam em todas as sociedades.

Seguindo o curso da história, é possível verificar que a profissionalização do cuidado, da promoção de saúde só ocorreu na modernidade, com o estabelecimento do cuidado enquanto serviço, profissão e, portanto, uma atividade remunerada (Lago & Codo, 2010).

Da mesma forma que a existência de pessoas responsáveis pela promoção da saúde de um grupo ou sociedade é tão antiga quanto a existência do homem, a existência de profissionais de saúde é tão antiga quanto o nascimento do capitalismo. Nesse sentido, a discussão acerca das condições de trabalho dos profissionais de saúde e das consequências para a saúde física e mental desses profissionais não é tão recente quanto um primeiro olhar possa nos levar a pensar. Por meio dos textos existentes, é possível encontrar relatos feitos há mais de 50 anos sobre a preocupação com o sofrimento dos profissionais de saúde como, por exemplo, o estudo de Russek (1960).

4.1 - Os riscos do trabalho em saúde: um velho conhecido

Os trabalhos científicos pioneiros no que tange aos impactos de condições de trabalho das atividades na saúde daqueles que a exercem provêm principalmente da literatura médica. A análise desses trabalhos possibilita verificar que os primeiros estudos focam-se basicamente em três problemas: 1) altas taxas de suicídio, 2) uso de drogas/alcoolismo, 3) incidência de doenças psiquiátricas. À primeira vista pode parecer tratar-se de três tipos de problemas distintos, no entanto uma análise mais cuidadosa revela a existência de um mesmo pano de fundo: a grande incidência de quadros depressivos entre os médicos.

Levando em conta o crescente interesse do governo americano na promoção da saúde mental da população, Duffy e Litin (1964), alertam para a necessidade de se estudar a saúde mental dos médicos. Os autores argumentam que a assunção de que a oferta de atendimento psiquiátrico para a população resultaria forçosamente na promoção da saúde mental da população, significa assumir que, de forma geral, os médicos são um grupo emocionalmente saudável.

Os autores apresentam dados que indicam que a assunção segundo a qual os médicos são um grupo com boa saúde mental parece não ser verdadeira. De acordo com eles, entre 1956 e 1963, a cada 64 pacientes internados em hospitais psiquiátricos, um era médico. Uma proporção alta se comparada à proporção de médicos na população. Ressaltam ainda que esses números dão conta apenas dos casos que necessitaram de internação, sem levar em conta outros casos em que a internação não foi necessária. Assim, esses dados sugerem que o problema de saúde mental entre os médicos pode ser mais grave do que essas estatísticas indicam.

Com base na análise de 93 casos de internação psiquiátrica de médicos, entre 1956 e 1963, os autores reportam algumas constatações que futuramente vieram a receber bastante atenção dos estudiosos. Segundo eles foi possível apurar que cerca de 50% dos casos envolviam alcoolismo e drogadição e na maioria dos casos o uso dessas substâncias serviu como armas de defesa contra intensos sentimentos de ansiedade.

A'Brook, Hailstone, e Mclauchlan (1967) abrem um artigo com uma afirmação que ainda hoje os estudiosos em saúde mental e trabalho alardeiam, sem contudo receber muita atenção dos órgãos governamentais responsáveis pela promoção da saúde. Esses autores afirmam que “em face das importantes implicações do assunto [referindo-se à saúde mental dos médicos] é surpreendente a pequena quantidade de estudos acerca do adoecimento psiquiátricos dentro da profissão médica...” (A'Brook, Hailstone, & Mclauchlan, 1967, p.1013).

Analisando os dados de 192 pacientes-médicos que foram internados em clínicas psiquiátricas, os autores encontraram uma proporção significativamente alta de dependência química entre os médicos se comparada com o seu grupo controle.

Simon (1968) comparou a taxa de mortalidade entre homens com idade entre 20 e 24 anos nos EUA e a taxa de mortalidade entre estudantes de medicina da mesma faixa etária. Foram analisados os dados referentes ao período 1947 a 1967. Cartas foram

enviadas para 65 faculdades de medicina nas quais se solicitava relatos sobre a quantidade de mortes ocorridas entre estudantes de medicina, assim como a idade dos estudantes mortos, as causas da morte e em que período da formação médica o fato ocorreu.

Os resultados apontaram que, entre os estudantes de medicina, a taxa de suicídio era maior do que na população, apontando para a necessidade de um melhor aconselhamento e vigilância sobre os estudantes de medicina.

Interessante notar que, mesmo no estudo de Russek (1960), frequentemente citado por ser um dos pioneiros na investigação da saúde dos médicos, é possível encontrar referência a trabalhos mais antigos, como, por exemplo, o de Sir William Osler (1910 citado em Russek, 1960) que, no início do século 20, já chamava atenção para a alta prevalência de problemas de saúde entre os médicos.

Desta forma, pode-se perceber que os indícios ou a constatação de que as atividades ligadas à promoção da saúde trazem riscos à saúde daqueles que a exercem não é nova. Ou seja, o conhecimento acerca dos possíveis riscos que a atividade clínica traz para aqueles que a exercem não é recente (i.e. proveniente da Psicologia do Trabalho ou da Ergonomia).

Em relação ao uso de drogas, vale a pena frisar que o abuso dessas substâncias entre médicos não se restringe a uma questão de facilidade de acesso e de conhecimento acerca das drogas e dos seus efeitos. Como pontuou Shortt (1979), se o alcoolismo e a drogadição entre os médicos fosse consequência apenas da facilidade de acesso e de uso, o mesmo fenômeno deveria ocorrer em outras profissões em que a mesma facilidade de acesso e de uso ocorrem, como por exemplo, entre dentistas e farmacêuticos. Isto, somado ao fato de que problemas semelhantes já foram relatados entre enfermeiros (Coffey & Coleman, 2001), é indício de que a questão subjacente aos problemas de saúde relatados está mais relacionada à natureza do trabalho com os pacientes do que à facilidade de acesso às substâncias.

Desta forma, esses dados apontam que há algo distinto entre as atividades exercidas por dentistas, farmacêuticos e as atividades desenvolvidas por médicos/enfermeiros, que vai além do fato de os colocarem em uma condição de fácil acesso a uma variedade de drogas.

Sendo assim, pode-se verificar que existem indícios antigos na literatura científica de que há uma série de eventos – a saber, alta taxa de suicídio, alcoolismo, uso de drogas e alta incidência de doenças mentais – ligados ao trabalho na área de saúde. Essa constatação é amplamente confirmada por vários estudos (Amaral, et al., 2008; Barbosa, Andrade, Carneiro, & Gouveia, 2007; Meleiro, 1998).

Uma revisão de literatura recente contabilizou 42 publicações relacionadas à saúde e qualidade de vida de médicos residentes. Os autores observaram que a quantidade de estudos ligados a essa temática sofreu significativo aumento a partir de 2004, indicando grande interesse da comunidade científica (Lourenção, Moscardini, & Soler, 2010).

Nos estudos contabilizados, é possível verificar a existências de diversos fatores que tem sido responsáveis por colocar em risco a saúde física e mental dos médicos residentes: depressão, ansiedade, estresse, ideação suicida, adição a drogas. Verificou-se também a existência de alguns distúrbios emocionais tais como raiva crônica, ceticismos amargo, humor negro e ironia (Lourenção, et al., 2010).

Observou-se que dentre as 42 publicações contabilizadas, apenas uma continha entre as suas variáveis de estudo a empatia. Entende-se que essa estatística serve como parâmetro da importância que o processo empático e a compaixão têm tido na explicação do adoecimento dos profissionais de saúde.

Importante frisar que o aspecto central que se pretende defender aqui não está circunscrito à condição de trabalho do médico. Afinal, o que está em discussão neste trabalho é a condição de trabalho de qualquer tipo de profissional que tenha como ofício o atendimento de pessoas que estão em sofrimento.

Lima, Domingues & Cerqueira (2006) chamam atenção para o fato de que os riscos aos quais os médicos estão sujeitos no desempenho de suas atividades – atividades que envolvem um alto grau de contágio emocional – não são exclusivos dos médicos, mas se estendem a todos os profissionais da área de saúde.

O trabalho de Martino & Misko (2004) pode ser citado como exemplo de abordagem que abrange estados emocionais de enfermeiros que trabalhavam em unidades críticas, com a constatação de que quase a metade dos participantes apresentava sinais de cansaço crônico ao final dos plantões.

Portanto, neste contexto, entende-se por profissional de saúde qualquer tipo de profissional que tenha a compaixão como ferramenta de trabalho. Dito de outra forma, todos aqueles profissionais que recebem uma formação essencialmente técnica, mas que na prática devem saber cuidar de forma compassiva.

4.2 - Aspectos envolvidos no sofrimento dos Profissionais em Saúde

A preocupação acerca dos efeitos do trabalho clínico sobre aqueles que o exercem é antiga. Do mesmo modo, nota-se também que o uso de drogas, os altos índices de suicídio e sofrimento mental, desde cedo, apontavam para os grandes riscos aos quais os profissionais de saúde estão sujeitos em decorrência das condições físicas e mentais a que eles são submetidos.

Se os estudos acerca da saúde mental dos profissionais de saúde, e a constatação de que a saúde deles corre grande risco não é algo recente, a descrição de aspectos envolvidos no contexto do trabalho da área de saúde e que ameaçam a saúde física e mental dos profissionais de saúde também não é escassa.

Coelho e Araújo (2010) analisaram o desgaste físico e emocional de uma equipe de enfermagem em um centro de tratamento de queimados. Conforme argumentam, o trabalho no tratamento de pacientes queimados impinge ao profissional uma condição desgastante, uma vez que os casos de queimaduras estão relacionados à vivência de dor intensa, incômodos, alterações orgânicas, estéticas e até mesmo psicológicas por parte do paciente.

As autoras relatam também que o tratamento de queimados carrega outra especificidade que parece contribuir para o desgaste físico e mental dos profissionais, que é forma pela qual um quadro de queimadura evolui. O primeiro aspecto está no fato de que a maioria dos pacientes encontra-se consciente ao ser internado. Isso faz com que a interação e o contato entre paciente e profissional de saúde sejam maiores. A evolução dos casos é demorada e incerta; muitas vezes uma queimadura que parece ser mais superficial na verdade mostra-se profunda – ou vice-versa – isso, aliado ao fato de os tratamentos durarem vários meses, faz com que os profissionais se vinculem com o paciente e sejam mais impactados pelo drama vivenciado pela vítima ou pela ocorrência do óbito.

Importante salientar que o estreitamento do vínculo entre pacientes e profissionais de saúde não é uma especificidade do tratamento de queimados, ele ocorre em todas as situações em que o contato com o paciente é prolongado. Pacientes internados e conscientes normalmente estabelecem um maior vínculo com os profissionais de saúde que realizam o seu cuidado, ampliando as reações emocionais de ambos os lados (Santos, 2003).

Outro aspecto importante levantado pelo estudo de Coelho e Araújo (2010) é o papel do que as autoras denominaram de *para-linguagem* no desgaste físico, mental e emocional dos profissionais. Segundo apontou o estudo, além da linguagem, portanto o que é verbalizado pelo paciente, os sentidos também cumprem um papel importante no que tange à produção de sentimentos incômodos para os profissionais. Os gemidos e o cheiro são constantemente descritos como fontes de tensão.

Segundo o relato dos profissionais que participaram do estudo, o tratamento com pacientes queimados exige muita manipulação do local lesionado – banhos, troca de ataduras, aplicação de pomadas, retirada de tecido morto, etc.– procedimentos que geram dor e conseqüentemente emissão de gemidos, choros e gritos. Além disso, os profissionais relataram que as queimaduras exalam um cheiro forte e desagradável, do qual parecer ser impossível se proteger. Os profissionais relatam que os odores invadem seu olfato, seu paladar, suas vestimentas, criando neles uma sensação de que aqueles odores invadiram sua boca, suas roupas, suas peles, ficando impregnado neles por horas.

Nesta situação, os participantes vivenciam o desafio de cuidar, significando enfrentar a dor do cliente e os próprios sofrimentos, demonstrando tristeza intensa, trauma, incômodo, sentimentos confusos, irritabilidade, tensão, sentimento de loucura, estresse, cansaço físico e psicológico.... (Coelho & Araújo, 2010,p.62).

Importante lembrar que a presença de cheiro forte não é uma especificidade do tratamento de queimados, os pacientes oncológicos também exalam forte odor que também é descrito pelos profissionais como sendo um aspecto bastante incômodo (Sá, 2010).

O estudo de Coelho e Araújo (2010) também deixa claro o papel central que a observação do sofrimento alheio cumpre no desgaste físico e emocional do profissional

de saúde. Quadros de tristeza intensa, ou seja, sintomas depressivos são resultados da alta exposição a contextos em que é possível observar pessoas vivenciando um sofrimento intenso, sendo que, no caso dos profissionais de saúde, essa exposição é frequente e obrigatória, uma vez que isso faz parte do seu ofício.

A irritabilidade decorre do desgaste que esses eventos causam no âmbito físico e mental desses profissionais, uma vez que a irritabilidade é um sinal de que os recursos existentes e que seriam capazes de ajudar o profissional a lidar melhor com essa situação adversa já foram esgotados, resultando na emissão de comportamentos impulsivos e não controlados. A autora ressalta que “o profissional de enfermagem deve estar preparado para enfrentar a dor e reconhecer que o sofrimento experimentado pelo paciente e sua família não é apenas normal, como também um processo intransponível” (Santos, 2003,p.2).

Importante ressaltar que sentimentos de tristeza, incômodo e tensão são reações normais de qualquer humano exposto a esse tipo de contexto, em que são abundantes situações dramáticas—as histórias que os pacientes carregam consigo —e episódios de sofrimento explícito. Portanto, criar a expectativa de que o profissional seja capaz de se adaptar, se acostumar a esse contexto é exigir que ele seja capaz de não se compadecer com o sofrimento alheio, é exigir que ele deixe de perceber seus pacientes como humanos, é, enfim, exigir que ele deixe de exercer a sua humanidade.

Veremos em outro momento, mais detalhadamente, que essa é a expectativa vigente na área de saúde, e que, não por acaso, a estratégia mais adotada pelos profissionais de saúde para suportarem essas condições tem sido o distanciamento emocional. Estratégia que, por sua vez, tem trazido consequências indesejáveis tanto para qualidade⁴ do serviço prestado quanto para a saúde dos profissionais.

A convivência com o cliente no Centro de Tratamento de Queimados, testemunhando diariamente seu esforço de luta pela vida, estimula a ocorrência de desgastes emocionais na equipe, representados por sentimentos de compaixão, medo, dúvida, decepção, tristeza e preocupação (Coelho & Araújo, 2010,p.63).

⁴ Motivando inclusive uma campanha pela “humanização” dos profissionais por parte do Ministério da Saúde denominada “Humaniza SUS”.

Além de testemunharem o sofrimento e a dor dos pacientes, outro desafio também é imposto aos profissionais de saúde: lidar com questões ligadas à vida e à morte. Vida e morte são questões centrais na vida de qualquer ser humano. Soma-se a isso o fato de que a forma com a qual lidamos com essas questões está intimamente ligada à sociedade na qual fomos inseridos. A sociedade ocidental, judaico-cristã, ao longo da história, optou por lidar com essas questões por meio do distanciamento, do ocultamento da morte, o que conseqüentemente torna maior o impacto desses eventos quando passam a fazer parte do cotidiano (Lago & Codo, 2010).

A autora ressalta também que “a sensação de impotência diante das questões psicoafetivas da clientela que, por inúmeras razões, tenta desistir da vida, são dialeticamente opostas às ações das equipes que empreendem esforços para salvá-la” (Coelho & Araújo, 2010,p.63).

Outro aspecto presente no trabalho do profissional de saúde, decorrente do fato de este profissional lidar com questões tão essenciais como vida e morte, é a experiência de sentimentos de impotência e onipotência. Sentimentos de impotência ocorrem em situações onde os esforços não são suficientes para evitar o óbito ou o sofrimento e o sentimento de onipotência ocorre em situações onde os profissionais de saúde se sentem responsáveis por evitar o sofrimento ou o óbito do paciente.

Segundo a autora o resultado prático é que “é comum que os membros alternem entre dois extremos: ora se sentem poderosos, competentes e efetivos, em outros momentos sentem-se impotentes e incapazes” (Santos, 2003, p.2).

A ambivalência onipotência/impotência por sua vez maximiza o desgaste provocado pelo contexto de vida/morte/sofrimento, uma vez que faz com que em determinados momentos os profissionais nutram a fantasia de que são capazes de evitar a morte e em outros momentos massacrem a crença de que podem ajudar a manter a vida das pessoas.

Barros, Humerez, Fakih, e Michel (2003) no estudo sobre situações geradoras de ansiedade e estratégias para o seu controle, ressaltam o papel do contato com o sofrimento humano como elemento principal nesse contexto.

Vários estudos demonstram que trabalhadores da área de saúde tendem a apresentar níveis altos de ansiedade, seja pelo contato com o sofrimento humano, com o processo de morte do paciente, seja pela divisão técnica ou social do trabalho...(Barros, Humerez, Fakihi, & Michel, 2003, p. 586).

Sobre as condições de trabalho e saúde mental dos médicos, Sobrinho, Carvalho, Bonfim, Cirino e Ferreira (2006) ressaltam que, além das precárias condições físicas de trabalho aos quais os médicos são submetidos, contribuindo para degeneração da saúde física e mental dos profissionais, existem também as especificidades ligadas ao trabalho na área de saúde.

Ressaltam que “soma-se a estes aspectos, as especificidades e particularidades do trabalho médico: aliviar a dor e o sofrimento e ter a morte como situação rotineira.” (Sobrinho, Carvalho, Bonfim, Cirino & Ferreira, 2006, p.132).

Estudando os sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás, Amaral et al. (2008) discutem dados existentes na literatura que dão conta de uma maior prevalência de sintomas depressivos na população médica do que na população geral e do aumento de sintomas depressivos em alunos durante o primeiro ano de medicina. Além disso, o estresse emocional durante o curso de medicina é crônico e não episódico.

Resultados semelhantes foram encontrados em estudantes de enfermagem. Verificou-se que cerca 26% dos estudantes de enfermagem apresentavam sintomas depressivos e que a prevalência de sintomas era maior entre aqueles que cursavam o segundo ano da graduação (Garro, Camillo, & Nóbrega, 2006). Segundo os autores os motivos encontrados para explicar a maior prevalência de sintomas depressivos nos alunos do segundo ano estão ligados ao fato de que nesse período ocorrem os primeiros contatos com os pacientes, e, portanto, os primeiros contatos com o sofrimento e a morte.

Assim, como citado em outros estudos, Amaral et al. (2008) elencam o contato frequente com pessoas doentes como um dos aspectos que predispõem ao surgimento de sintomas depressivos.

Utilizando o inventário de Depressão de Beck (BDI) Amaral et al. (2008) verificaram a incidência de sintomas depressivos em cerca de 27% dos acadêmicos estudados, e esse índice elevou-se para 49% quando considerados apenas os alunos do

terceiro ano, o que sugere que eventos ligados à formação profissional estão intimamente relacionados ao surgimento de sintomas depressivos.

Franco, Barros, e Nogueira-Martins (2005), estudando a prevalência de sintomas depressivos entre residentes de enfermagem, utilizando também o inventário de Depressão de Beck (BDI), observaram a incidência de sintomas depressivos em 19% dos enfermeiros pesquisados.

Em ambos os estudos, verificou-se índices superiores ao encontrado na população geral, que apresenta uma proporção entre 5% a 10% (Franco, Barros & Nogueira-Martins, 2005).

Oliveira e Chaves-Maia (2008), por meio da aplicação do Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), avaliaram a saúde mental de 95 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos) lotados em seis hospitais públicos do Rio Grande do Sul. Os dados apontaram que cerca de 30% enquadravam-se na categoria de agravamento e, portanto, necessitavam de atenção, e cerca de 5% apresentavam sofrimento psíquico avançando, necessitando, portanto, de tratamento.

Corroborando outros autores, Oliveira e Chaves-Maia (2008) elencaram como aspectos responsáveis pela ameaça à saúde mental dos profissionais o convívio e o trabalho diário com a dicotomia vida-morte, sentimentos de culpa, raiva, angústia, compaixão e onipotência-impotência.

Outro exemplo de que o conhecimento acerca dos fatores que contribuem para o sofrimento do profissional de saúde não é recente está descrito no artigo de Nogueira-Martins (2003). O autor, citando Menzies (1970 citado em Nogueira-Martins, 2003), ressalta que as condições de trabalho a que os profissionais de saúde estão submetidos são conhecidamente responsáveis por suscitar sentimentos de piedade, compaixão, culpa, ansiedade, ódio, ressentimento contra os pacientes que falecem.

Em um estudo qualitativo, Shimizu e Ciampone (1999) analisaram entrevistas de seis enfermeiras de UTI's e clínicas médicas que foram convidadas a falar sobre suas histórias de vida, motivações para escolha da profissão, como se sentiam como enfermeiras e o significado da sua profissão. As entrevistas foram semiestruturadas de forma que se permitiu a livre associação por parte dos entrevistados.

Os resultados mostraram que os profissionais percebem que, neste tipo de atividade, há a necessidade do aprendizado acerca de como lidar com a morte, que o constante contato com o sofrimento dos pacientes gera desgaste e tensão nos profissionais, que o contato direto com os pacientes mobiliza sentimentos contraditórios tais como: piedade, compaixão, amor, culpa e raiva. Por outro lado, os resultados também apontaram que o trabalho árduo que resulta em melhora do paciente é fonte de grande satisfação para esses profissionais. De forma que, quanto pior o quadro clínico de um paciente, maior é satisfação quando há melhora.

A morte dos pacientes foi apontada como uma das situações mais difíceis de ser enfrentada na UTI, principalmente quando se tem um vínculo maior com os mesmos. Destacaram que a morte dos pacientes com longo tempo de internação nessas unidades, dos pacientes jovens e das crianças, como as mais difíceis de serem elaboradas (Shimizu & Ciampone, 1999, p.103).

Importante frisar que os estudos analisados tiveram como objetivo embasar o que se pretende demonstrar: é abundante na literatura a descrição dos aspectos que são inerentes ao trabalho de cuidado e remissão da dor. Há diversos estudos que apontam que esses aspectos são causadores de desgaste físico e mental nos profissionais de saúde, a saber: testemunhar dor/sofrimento alheio, sentir compaixão pelos que sofrem, viver contextos ligados à morte/vida, ter sentimentos de onipotência/impotência.

Desta forma, não é possível tentar entender as condições de trabalho deste tipo de profissional sem que se leve em conta os aspectos abordados pelos estudos analisados nesse capítulo.

Consequentemente, não faz sentido discutir ações de promoção de saúde do trabalhador para este tipo de profissional sem incluir como variáveis de análise as questões simbólicas envolvidas neste tipo de ofício.

Veremos, no próximo capítulo, que esses aspectos muitas vezes não são levados em conta na compreensão do processo de sofrimento do profissional de saúde e que, algumas vezes, esses aspectos são até citados, mas não figuram como variáveis de análise, demonstrando que não vêm sendo considerados centrais na compreensão do processo de sofrimento destes profissionais.

5- O estudo da Saúde Mental dos Profissionais de Saúde

Na pesquisa bibliográfica sobre a saúde mental dos profissionais de saúde, verificou-se que, no âmbito nacional, duas teorias têm sido utilizadas para explicar a forma de adoecer desses profissionais: Estresse e Síndrome de *Burnout*. O mesmo tipo de pesquisa no âmbito internacional revela que, além dessas teorias, a Fadiga por Compaixão começa a figurar nas publicações sobre o assunto.

Neste capítulo serão analisados estudos que fazem uso das teorias citadas, avaliando quais aspectos do sofrimento dos profissionais de saúde essas teorias conseguem capturar e quais as limitações de cada uma delas no que diz respeito a abarcar os aspectos essenciais envolvidos nesse tipo de sofrimento.

5.1 -Estresse

O estresse é uma resposta do organismo à exposição continuada a situações potencialmente capazes de agredi-lo. A mobilização causada no sentido de retomar a homeostase – equilíbrio corpóreo – pode resultar na melhora da capacidade de sobrevivência do indivíduo. No entanto, a mobilização causada –o estresse –pode esgotar os recursos adaptativos do organismo, quando provocada de forma constante ou quando os recursos disponíveis estão aquém das demandas, levando a um quadro de esgotamento físico e mental (Chrousos & Gold, 1992; Fevre, Matheny, & Kolt, 2003).

Defende-se que estresse nem sempre é um processo nocivo ao organismo. Para Hans Selye (1965, citado em Benevides-Pereira, 2002), respostas de estresse breve, suaves e controláveis poderiam servir de estímulo ao organismo, permitindo-lhe crescimento, prazer, desenvolvimento intelectual e emocional. A este tipo de resposta ele deu o nome de *Eustresse*. Quando o estressor tem caráter nocivo ao organismo, isto é, quando este é prolongado ou demanda recursos maiores do que a capacidade do organismo, o autor o denominou como *Distresse*, e apenas este último teria caráter patológico, como consequência da inabilidade de enfrentamento do estresse.

É importante ressaltar que quando se diz que um estressor pode demandar uma quantidade de recursos maiores do que a capacidade do organismo, a capacidade está relacionada à reação individual do sujeito diante do estressor – elemento que vem a

interferir no equilíbrio homeostático do organismo – podendo ser de caráter físico, cognitivo ou emocional.

No entanto, apesar de a capacidade de um estressor gerar *Distresse* estar ligada às características individuais de cada organismo, isso não significa dizer que é impossível identificar estressores que são potencialmente causadores de *Distresse* para um determinado grupo de sujeitos, quando expostos a um conjunto específico de estressores. Ou seja, é possível identificar os estressores existentes em um determinado ambiente de trabalho e traçar uma relação entre eles e o sofrimento dos trabalhadores.

5.2 - Estresse e Saúde mental dos Profissionais de Saúde

Lambert e Lambert (2001) realizaram uma revisão de literatura sobre estresse em enfermeiras. Neste trabalho eles identificaram 105 publicações sobre o tema entre os anos de 1990 e 2001, sendo pesquisas norte-americanas e inglesas representantes de mais de 60% do total dos estudos.

Nesta revisão, os autores também identificaram a existência cinco tipo de abordagens diferentes:

1. Fatores do ambiente de trabalho;
2. Fatores capazes de prever ou influenciar;
3. Teste de modelo;
4. Consequências do estresse;
5. Instrumentação.

A maioria dos relatos encontrados fizeram uso das abordagens 1 e 2. Os estudos que investigaram os Fatores do ambiente de trabalho indicam que diversos fatores estão relacionados ao estresse em enfermeiras, como, por exemplo, baixo controle sob o trabalho, tarefas que envolvem alto nível de demanda, ambiente de trabalho que não oferece suporte e ter que lidar com a morte e o sofrimento (Lambert & Lambert, 2001).

Por sua vez, os estudos que examinaram os fatores capazes de prever ou influenciar o estresse dos enfermeiros apontam que aspectos tais como capacidade de

dissipar tensão proveniente do trabalho, suporte social, rigidez psicológica e falta de preocupação empática estão relacionados ao estresse destes profissionais (Lambert & Lambert, 2001).

No Brasil é possível encontrar estudos que também analisaram a saúde mental dos profissionais de saúde por meio da perspectiva do estresse. No estudo realizado por Nogueira-Martins e Jorge (1998) acerca do estresse vivenciado pelos estudantes de medicina durante a residência médica, os autores fizeram uso de diversas abordagens existentes para discutir as condições de trabalho dos médicos e a maneira como é realizada a formação destes profissionais. Os resultados mostraram que esses profissionais estão expostos a muitos riscos no que tange à saúde mental.

Os autores destacam que o processo de residência médica é comparado a um ritual de passagem, um teste de resistência, ou seja, um processo pelo qual o recém-formado deve passar para provar que está apto a pertencer ao grupo dos “verdadeiros médicos”. Argumentam que essa concepção acerca da residência médica pode ser um indício dos motivos que levam esse processo a ser tão exigente e até mesmo desumano com os recém-formados (Nogueira-Martins & Jorge, 1998).

Importante frisar que a consequência do estresse vivido durante o processo de residência médica sobre a saúde física e mental dos futuros médicos está bem documentada tanto na literatura nacional quanto internacional (Aach, et al., 1988; Bing-You, 1993; Clark, Salazar-Gruesco, Grabler, & Fawcet, 1984; Colford & McPhee, 1989; Herzog, Wyshad, & Stern, 1984; Hurwitz, Beiser, Nichol, Patrick, & Kozak, 1987; Lo & Schroeder, 1981; L.A Nogueira-Martins, 1991; Reuben, Novack, Wachtel, & Wartman, 1984; Small, 1981; Smith, Denny, & Witzke, 1986; Uliana, Hubbell, Wyle, & Gordon, 1984; Valko & Clayton, 1975).

É possível verificar que vários aspectos não estão circunscritos ao período de residência, estando presentes também no cotidiano de trabalho desses profissionais.

Dentre os diversos fatores que os autores elencam como sendo geradores de estresse na residência médica, figuram *os fatores estressantes inerentes à tarefa médica*, ou seja, *o desgaste ligado ao trabalho com pessoas doentes e com a morte, os pacientes difíceis e os dilemas éticos*.

A revisão de literatura realizada por Fogaça, Carvalho, Cítero, e Nogueira-Martins (2008) acerca de estudos sobre estresse ocupacional e síndrome de *Burnout* em

profissionais de saúde de UTI (Unidade de Terapia Intensiva) pediátrica e neonatal apresentam um bom panorama sobre a questão do estresse em profissionais de saúde.

Os autores realizaram uma pesquisa em três bases de dados (MedLine, LILACS e Scielo) usando como palavras-chave : *Burnout*, médicos, equipe de enfermagem, unidade de terapia intensiva, unidade de terapia intensiva pediátrica, unidade de terapia intensiva neonatal.

A pesquisa compreendeu o período de 1990 a 2007 e foram encontrados 18 estudos. Desse total, dois eram nacionais e o restante estrangeiro. Treze deles investigaram o estresse entre os profissionais de saúde fazendo uso de diversos métodos –questionário, entrevistas e exames físicos –e cinco estudos investigaram a ocorrência de *Burnout* e/ou estresse ocupacional fazendo uso do MBI (Maslach *Burnout* Inventory) além de outros instrumentos de avaliação de estresse.

O trabalho de Fogaça, Carvalho, Cítero, e Nogueira-Martins (2008) permite apontar três aspectos importantes. O primeiro diz respeito à consistência dos resultados encontrados nos vários estudos que fizeram parte desta revisão de literatura, no sentido de apontarem uma alta incidência de problemas de saúde mental entre os profissionais de saúde—seja estresse ocupacional ou *Burnout*. O segundo refere-se à falta de clareza no que diz respeito à distinção entre Estresse Ocupacional e *Burnout*, corroborando resultados encontrados por Abreu, Stoll, Ramos, Baumgardt, e Kristensen (2002). O terceiro é verificar quais fatores são relacionados ao sofrimento mental nos profissionais de saúde.

É possível verificar que os fatores relacionados à presença de Estresse Ocupacional ou *Burnout* foram: alta rotatividade, incapacidade profissional, excesso de paciente, falta de espaço físico, ambiente de trabalho caótico, número elevado de emergências, inadequação profissional, insuficiência e mau funcionamento dos equipamentos, incapacidade dos profissionais em atender às demandas do pacientes, conflitos entre membros da equipe, relação com os familiares do paciente, ocorrência de situações imprevistas, nível de ruído na UTI, controle rígido do horário dos profissionais, falta de materiais, plantões dobrados e a morte dos pacientes –sendo o último relacionado em apenas um estudo.

Camelo e Angerami (2004) estudaram os sintomas de estresse dos profissionais de cinco núcleos de Saúde da Família. Para tanto, aplicaram em 37 profissionais de

saúde – médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários – o Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp (ISSL). O ISSL tem o objetivo de diagnosticar a ocorrência de um quadro de estresse, bem como indicar em qual estágio ele se encontra – alerta, resistência, quase exaustão e exaustão – e por qual meio de sintomatologia se manifesta – físico ou psicológico.

Os resultados apontaram que 62% dos profissionais encontravam-se em situação de estresse. Diante deste panorama, os autores relatam os resultados encontrados em outro estudo que fez uso do mesmo instrumento, onde foi verificado que 47% dos profissionais de saúde investigados estavam em situação de estresse.

Apesar de Camelo e Angerami (2004) citarem na introdução do seu trabalho que algumas situações vividas na relação trabalhador-paciente geram desgaste e podem desencadear um quadro de estresse, como, por exemplo, o contato direto com a realidade e/ou sofrimento dos pacientes, o desenvolvimento de certa identificação e o estabelecimento de laços afetivos entre o profissional e o paciente, os autores não discutem este aspecto do estresse dos profissionais de saúde nas conclusões do estudo. Os autores focam-se apenas em discutir aspectos ligados à sintomatologia física/mental e as fases do modelo de estresse adotado.

Também fazendo uso do ISSL, Carvalho e Malagris (2007) estudaram 31 profissionais de saúde – médicos, enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos e fisioterapeutas – de um Posto de Assistência Médica (PAM) localizado na Zona Norte do Rio de Janeiro.

Os resultados indicaram que 58% dos profissionais estudados encontravam-se em situação de estresse. Os sintomas mais assinalados pelos participantes da pesquisa foram: desgaste físico e cansaço constante. Outro dado importante fornecido refere-se ao fato de que foi identificado um maior índice de estresse entre profissionais ligados a atividades assistenciais do que aqueles lotados em cargos de chefia. Com base nesses resultados, os autores supõem que o contato direto com o sofrimento dos pacientes torna os profissionais de saúde mais vulneráveis ao estresse, aumentando a possibilidade do desenvolvimento da síndrome de *Burnout*.

Os autores, apesar de reconhecerem que o contato com a dor e o sofrimento faz parte do processo de sofrimento do profissional de saúde, não consideram o mesmo

como causa e sim como catalisador dos estressores, a saber: falta de estrutura física, alta demanda de atendimentos e responsabilidade pela cura do paciente.

Batista e Bianchi (2006) investigaram o Estresse do enfermeiro em unidade de emergência. Para tanto, aplicaram um questionário de avaliação de sintomas de estresse em 73 enfermeiros de unidades de saúde públicas e privadas do município de São Paulo. O instrumento utilizado foi composto por seis dimensões: a) relacionamento com outras unidades e superiores, b) coordenação das atividades da unidade, c) atividades relacionadas ao funcionamento adequado da unidade, d) assistência de enfermagem prestada ao paciente, e) condições de trabalho para o desempenho das atividades de enfermeiro, f) atividades relacionadas à administração de pessoal.

Os resultados indicaram que as dimensões: e) condições de trabalho para o desempenho das atividades de enfermeiro, e f) atividades relacionadas à administração de pessoal apresentaram os maiores escores, indicando serem as maiores fontes de estresse.

Em relação à dimensão *condições de trabalho para o desempenho das atividades de enfermeiro*, no que tange às condições físicas, os autores apontam o ritmo acelerado de trabalho, decorrente da escassez de recursos humanos e materiais e a falta de materiais, recursos físicos e humanos como as principais fontes de estresse. Afirmam ainda que, no referente ao ambiente de trabalho, o principal estressor é a exposição a riscos psíquicos, decorrentes do fato de os profissionais lidarem com morte, doença e dor. No entanto, apesar dos autores citarem estes aspectos como sendo a principal fonte de estresse dos profissionais de saúde, tais aspectos não são discutidos e nem analisados no restante do trabalho, sendo citados em apenas um parágrafo do texto. No que tange à dimensão *atividades relacionadas à administração de pessoal*, os autores apontam que a administração dos interesses, dos horários e das escalas dos membros da equipe causa grande estresse, uma vez que essa atividade gera constantes conflitos pessoais.

Esses são alguns exemplos do que pode ser verificado em inúmeros estudos sobre estresse em profissionais de saúde. Em diversos casos há menção aos aspectos específicos do trabalho do profissional de saúde, como por exemplo, empatia, contato com a dor e sofrimento, porém esses aspectos não entram como variável dependente ou independente dos estudos.

É possível notar que apesar de os aspectos inerentes ao trabalho de cuidado e remissão da dor serem citados em estudos sobre estresse, eles figuram como coadjuvantes no sofrimento desses profissionais. Nestes estudos, aparecem como aspectos principais questões ligadas às condições físicas, escassez de recursos humanos e a inadequação–emocional ou técnica – dos profissionais às condições de trabalho.

Desta forma, parece haver um descompasso entre os estudos que apontam quais são os aspectos inerentes a este tipo de atividade profissional que causam sofrimento e os estudos de estresse que tem como objeto os profissionais de saúde, já que esses estudos têm apontado aspectos que não são inerentes a este tipo de atividade como as principais causas de sofrimento entre os profissionais de saúde.

5.3 - *Burnout*

Apesar de amplamente estudada desde a década de 70, não é possível observar na literatura um consenso a respeito da definição da síndrome de *Burnout* (Codo & Vasques-Menezes, 2002; Edwards, Burnard, Coyle, Fothergill, & Hannigan, 2000).

A história do emprego deste conceito remete ao trabalho de Freudenberger de meados dos anos setenta, que, em pesquisa com profissionais que lidavam diretamente com outras pessoas – mais especificamente profissionais da área de saúde e serviço social – passa a observar, após algum tempo de trabalho, a diminuição gradual de energia, a perda de motivação e comprometimento, além de outros sintomas de caráter físico, psíquico e comportamental que demonstravam relação intrínseca com o ambiente de trabalho.

O autor, no intuito de definir esse conjunto de sintomas, apropria-se de um termo coloquial, já utilizado para designar os efeitos do uso abusivo e crônico de drogas, que tem como significado metafórico aquele ou aquilo que chegou ao seu limite e, por falta de energia, não tem mais condições de realizar nenhum esforço físico ou mental (Benevides-Pereira, 2002; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001; Vasques-Menezes, 2005).

Entretanto, foi o trabalho de Christina Maslach que fez emergir uma teoria multidimensional do fenômeno (Salston & Figley, 2003), sendo também a mais consensual e difundida. A autora define *Burnout* como uma síndrome psicológica em

resposta a estressores interpessoais crônicos presentes no ambiente de trabalho. O fenômeno caracteriza-se por três aspectos fundamentais: 1) *Burnout* é um processo e não um estado, 2) sua etiologia tem como causas principais os elementos do ambiente de trabalho, 3) é um construto multidimensional composto de três fatores – exaustão emocional, a despersonalização e a redução da realização pessoal no trabalho. As três dimensões de *Burnout* foram desenvolvidas com base em pesquisas qualitativas, que, a princípio, foram realizadas com trabalhadores da área assistencial.

O estudos de Maslach (Maslach, et al., 2001) evidenciaram que as atividades relacionadas ao atendimento de pessoas, quer seja relacionadas a prestação de serviços diversos, quer seja relacionada a prestação de serviços ligados à área de saúde ou educação, mostraram-se atividades com alta ocorrência de estressores emocionais e interpessoais. Os dados analisados por Maslach deixaram claro também que os serviços ligados ao cuidado podem ser considerados com uma atividade de alta demanda, que exige envolvimento entre as partes – o provedor e o receptor – e no qual a exaustão emocional torna-se uma resposta comum, uma vez que essas atividades se configuram como um trabalho de alta sobrecarga.

De acordo com Maslach, Schaufeli, e Leiter (2001), a demanda emocional do trabalho é capaz de fazer esgotar a capacidade do servidor de envolver-se e muda a maneira deste responder às necessidades de quem recebe seus serviços.

A Exaustão Emocional reflete a dimensão de estresse do *Burnout*. A exaustão não é simplesmente uma vivência, mas sim uma forma de distanciar-se emocionalmente e cognitivamente do trabalho, surgindo, presumidamente, como uma forma de lidar com a sobrecarga do trabalho. Seria a sensação de chegar ao limite das possibilidades (Benevides-Pereira, 2002). A Exaustão Emocional seria a principal característica do *Burnout* e a manifestação mais óbvia da síndrome. Sempre que alguém faz referência à vivência do fenômeno em si mesmo ou em outra pessoa, frequentemente ela se refere à exaustão emocional.

Despersonalização é caracterizada por alterações na maneira como o profissional passa a lidar com a sua clientela. O profissional que antes lidava com as pessoas de forma atenciosa e próxima passa a ter um contato frio e impessoal com o receptor de seu serviço, passando a denotar atitudes de cinismo, ironia em relação às pessoas, bem como de indiferença em relação ao que pode vir a acontecer aos demais (Benevides-

Pereira, 2002). Segundo a autora, a Despersonalização é uma estratégia utilizada pelo profissional para lidar com o estresse emocional acarretado pelas experiências de seu dia a dia no trabalho. Ao se colocar à distância daqueles que ele atende, o profissional torna as demandas mais suportáveis. A moderação do afeto pelos clientes por meio de uma distância emocional também é entendida como uma maneira de proteger-se de uma excitabilidade emocional intensa que poderia interferir no bom desempenho das atividades (Maslach, et al., 2001). No entanto, a autora destaca que a Despersonalização faz com que trabalhadores respondam de maneira negativa, calculista e desumanizada perante aqueles que eles atendem.

Ainda de acordo com a autora, existe uma ligação forte entre a exaustão emocional e a despersonalização, sendo um praticamente considerado como uma consequência do outro. Em várias pesquisas a respeito do *Burnout* a despersonalização aparece com uma resposta à exaustão emocional.

A redução da Realização Pessoal no Trabalho diz respeito ao sentimento de insatisfação com as atividades que o profissional realiza. Sentimento de insuficiência, baixa autoestima, fracasso profissional, desmotivação, que revela baixa eficiência no trabalho. Esta terceira dimensão, em alguns momentos, aparece em função tanto da exaustão quanto da despersonalização, ou ainda como uma combinação das duas (Byrne, 1994; Lee & Ashforth 1996 citado em Maslach et al., 2001).

A síndrome de *Burnout* também pode ser causada por conflitos entre valores individuais e as demandas da instituição em que se trabalha; por sobrecarga de responsabilidades, pela sensação de impotência diante dos serviços prestados pela instituição, pela sensação de perda de companheirismo no ambiente de trabalho e pela consciência da existência de injustiça ou falta de respeito no local de trabalho (Maslach & Leiter, 1997 citado em Salston & Figley, 2003).

Em relação à sintomatologia cinco aspectos são apontados: 1) há uma predominância de sintomas disfóricos como exaustão emocional ou mental, fadiga e depressão; 2) a ênfase é maior nos sintomas mentais e comportamentais do que nos físicos; 3) os sintomas do *Burnout* são relacionados com o ambiente de trabalho; 4) os sintomas se manifestam em pessoas “normais” que não têm histórico de psicopatologias; 5) o decréscimo de efetividade e a performance ocupacional ocorre por causa de atitudes e comportamentos negativos.

Existem mais de cem sintomas e possíveis consequências que podem ser associadas à *Burnout*, variando desde ansiedade até falta de zelo (Schaufeli & Enzmann, 1998, citado em Schaufeli & Buunk, 2003). De acordo com Benevides-Pereira (2002), é possível subdividir teoricamente os sintomas ou consequências da síndrome em: físicos, psíquicos, comportamentais e defensivos. Dos sintomas que serão citados, pode-se observar que alguns deles se equiparam com os sintomas de estresse, já que o *Burnout* pode ser considerado como uma consequência de estresse crônico – uma incapacidade do sujeito de lidar com o estresse no ambiente de trabalho (Maytum, Heiman, & Garwick, 2004; McVicar, 2003; Schaufeli & Buunk, 2003).

Entre os sintomas físicos cita-se: fadiga constante e progressiva, dores musculares ou osteomusculares, distúrbios do sono, cefaleias, enxaquecas, perturbações gastrointestinais, imunodeficiência, transtornos cardiovasculares, distúrbios do sistema respiratório, disfunções sexuais e alterações nos ciclos menstruais em mulheres.

Entre sintomas psíquicos, pode-se destacar: falta de atenção/concentração, alterações de memória, lentificação do pensamento (processos mentais mais lentos bem como o tempo de resposta do organismo), sentimento de alienação, sentimento de solidão, impaciência, sentimento de impotência, labilidade emocional (mudanças bruscas de humor), dificuldade de autoaceitação, baixa autoestima, desconfiança/paranoia, astenia, desânimo e disforia, podendo levar à depressão.

Os sintomas comportamentais incluem: negligência ou excesso de escrúpulos, irritabilidade, incremento de agressividade, incapacidade para relaxar, dificuldade de aceitação de mudanças, perda de iniciativa, aumento de consumo de substâncias –como álcool, tabaco, tranquilizantes ou até café– comportamento de alto risco– busca de atividades de alto risco na tentativa de demonstrar coragem ou sobressair-se.

Vários questionários de autopreenchimento –instrumentos mais utilizados para a avaliação de *Burnout*– já foram propostos, porém, a escala que demonstra melhores propriedades psicométricas e continua sendo utilizada em larga escala por pesquisadores é o Maslach *Burnout Inventory* (MBI), desenvolvido por Christina Maslach e Susan Jackson em 1981. Segundo Büsing Glaser (2000, citado em Benevides-Pereira, 2002), 90% das pesquisas têm utilizado o MBI ou alguma adaptação deste inventário.

O MBI é um inventário auto informe para ser respondido por meio de uma escala do tipo *Likert* de 7 pontos, que vai de 0 que significa *nunca* a 6 que significa

todos os dias. O instrumento totaliza 22 itens que são capazes de acessar as três dimensões da vivência do *Burnout*: nove itens dizem respeito à subescala de Exaustão Emocional, cinco itens dizem respeito à subescala de Despersonalização e oito itens dizem respeito à Realização Pessoal.

Existem três edições do MBI. A primeira, publicada em 1981 nos Estados Unidos, constava de 25 itens e quatro fatores e além de Exaustão Emocional, Despersonalização e Realização Profissional, possuía também uma quarta dimensão, denominada Compromisso com o Trabalho, que foi eliminada na segunda publicação em 1986 (Gil-Monte & Peiró, 1997 citado em Benevides-Pereira, 2002). Esta primeira edição também contava com uma escala para avaliação da intensidade em relação ao sentimento, no entanto, por causa da redundância entre as classificações de frequência e de intensidade, a escala de intensidade foi retirada das edições subsequentes. A edição mais atual do instrumento data de 1996 e já conta com a colaboração do pesquisador Michael Leiter.

Importante frisar que o MBI foi desenvolvido inicialmente para o uso em cargos relacionados aos serviços humanos – médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, etc.– e é conhecido como *MBI Human Services Survey*, mas logo foram criadas versões para outros tipos de ocupação, como o *MBI Educators Survey*, voltado para ocupações relacionadas à educação.

Dado o aumento no interesse relacionado ao tema, foi criado um terceiro inventário com uma terminologia que abrange melhor outros tipos de ocupação e não somente aquelas onde há relacionamento direto com outras pessoas, o *MBI General Survey*. Outra diferença marcante é que o *MBI-GS* possui apenas 16 itens.

A versão original do MBI tem sido usada em vários países de língua inglesa, incluindo os Estados Unidos, a Grã-Bretanha, Austrália e a Nova Zelândia. Outros pesquisadores têm traduzido o MBI em várias línguas, como na Espanha, Itália, Finlândia, Polônia, Japão, Alemanha, França, etc. Mesmo assim, não há uma tradução oficial do MBI que pode ser comercializada, considerando que para cada língua diferente o instrumento deve ser validado (Maslach, Jackson & Leiter, 1996 citado em Benevides-Pereira, 2002).

De acordo com Benevides-Pereira (2002), no Brasil o MBI não está disponível para comercialização e por este motivo é possível encontrar inúmeras versões para o

Brasil, como os estudos de tradução, adaptação e validação desenvolvidos por Lautert (1995), Tamayo (1997), Moura (1997), Kurowski (1999), Roazzi e Carvalho e Guimarães (2000). No Brasil, Codo et al. (1999) aplicaram uma escala baseada no MBI em cerca de 52.000 sujeitos em todo o território nacional em um estudo com educadores.

Outro aspecto importante que merece ser destacado é a distinção que alguns autores fazem entre Estresse e *Burnout*. Maslach (1993 em Schaufeli & Buunk, 2003) destaca que *Burnout* e Estresse são distintos, pois o primeiro inclui o desenvolvimento de atitudes e comportamentos negativos para aquele que recebe o serviço, para a organização e para o trabalho em si, enquanto o segundo não é necessariamente acompanhado por esse tipo de atitude e comportamento.

No mesmo sentido Codo e Vasques-Menezes (2002) também diferenciam o *Burnout* do Estresse argumentando que enquanto “o primeiro envolve atitudes e condutas negativas em relação aos usuários” do serviço, o segundo “não envolve tais atitudes e condutas” e não está necessariamente relacionado com questões de trabalho.

Desta forma, a síndrome de *Burnout* pode ser considerada como sendo um estágio final da falha do organismo na adaptação, que resulta do desequilíbrio existente em longo prazo entre demandas (ambientais) e recursos (internos), ou seja, de um estresse ocupacional prolongado (Schaufeli & Buunk, 2003).

Outra diferenciação que é possível encontrar na literatura está entre Estresse ocupacional e *Burnout*. Tendo em vista que as duas síndromes se referem a questões relacionadas ao contexto de trabalho, há autores que desconsideram essa diferença e trabalham com os dois termos como se fossem sinônimos. Por sua vez, outros defendem que a distinção reside no fato de a síndrome de *Burnout* ser um processo prolongado de tentativas de lidar com determinadas condições de estresse, de modo que as condições de estresse podem ser vistas como determinantes, mas não como idênticas à síndrome de *Burnout* (Abreu, et al., 2002).

5.4 - *Burnout* e Saúde mental dos Profissionais de Saúde

Leiter e Harvie (1996) investigaram a incidência de *Burnout* entre profissionais de saúde mental, sendo considerados profissionais de saúde mental, psiquiatras, psicólogos, conselheiros, assistentes sociais e enfermeiras.

A maioria dos estudos analisados por Leiter e Harvie (1996) indica não haver relação entre a ocorrência de *Burnout* e gênero. Outros dados demográficos também não mostraram estar relacionados à ocorrência de *Burnout*: estado civil, raça, nível educacional, e tempo de profissão.

Os autores também apontam que a grande parte dos estudos tem como objetivo investigar os elementos que podem ser antecedentes da síndrome *Burnout*, ou seja, fatores capazes de prever ou influenciar no desenvolvimento da síndrome.

No que tange às características individuais alguns aspectos mostraram-se correlacionados ao *Burnout*, a saber, conhecimento sobre o *Burnout* e suas estratégias de prevenção e satisfação com atividades de lazer. Por outro lado, orientação ideológica dos profissionais, angústia pessoal—sentir-se angustiado devido a eventos pessoais—não apresentaram correlação com a síndrome de *Burnout* (Leiter & Harvie, 1996).

No que se referem às características da clientela, os estudos revisados apontaram não haver correlação entre o número de clientes atendidos e o surgimento de *Burnout*. No entanto, se o profissional tiver a percepção de que atende mais clientes do que é capaz, os estudos indicam que essa avaliação estará correlacionada ao surgimento do *Burnout* (Leiter & Harvie, 1996).

Em relação às características do trabalho, estão relacionados ao *Burnout* a ambiguidade de papéis, ser envolvido na tomada de decisões, a percepção de que decisões foram tomadas de forma democrática e percepção de suporte por parte da chefia (Leiter&Harvie, 1996).

Ao analisar a produção científica brasileira sobre a síndrome de *Burnout* é possível notar que até 2007 era possível constatar a existência de 28 artigos, sendo 17 relatos de pesquisa, nove revisões teóricas e duas validações de instrumento. Dentre os relatos de pesquisa, sete estudaram profissionais de saúde (Carlotto & Câmara, 2008).

Atualmente, é possível encontrar 11 artigos sobre *Burnout* em profissionais de saúde, sete são relatos de pesquisa – seis de aplicação de versões do MBI e uma pesquisa qualitativa – e quatro são artigos de revisão ou discussão acerca do tema.

Entre os estudos que fizeram uso da aplicação de versões do MBI para o Brasil, Borges, Argolo, Pereira, Machado e Silva (2002) avaliaram a relação entre valores organizacionais e níveis da síndrome de *Burnout* em profissionais de saúde de três hospitais universitários do Rio Grande do Sul. Para tanto, aplicaram a adaptação do MBI para o Brasil em uma amostra de 205 profissionais de saúde. Os resultados indicaram diferentes níveis de incidência de Exaustão Emocional, redução da Realização Pessoal e Despersonalização entre os Hospitais estudados, além de confirmar a hipótese acerca da existência de uma relação entre os valores organizacionais – autonomia, conservação, estrutura igualitária, hierarquia, harmonia e domínio – e a síndrome de *Burnout*.

Rosa e Carlotto (2005) estudaram a relação entre variáveis demográficas, variáveis profissionais, satisfação no trabalho e a síndrome de *Burnout* em profissionais de saúde de um hospital de Porto Alegre. Foram aplicados em 72 sujeitos à adaptação do MBI para o Brasil, o Questionário de Satisfação no Trabalho (S20/23) e um Questionário demográfico/profissional. Os resultados indicaram haver relação negativa entre idade, Exaustão Emocional e Despersonalização. Verificou-se a existência de relação entre as dimensões de satisfação no trabalho e as dimensões da síndrome de *Burnout*: quanto menor a satisfação com a supervisão, ambiente físico, benefício/política da organização, conteúdo do trabalho e participação, maior é a ocorrência de Exaustão Emocional.

Tucunduaet al. (2006) investigaram a incidência de *Burnout* em médicos cancerologistas cadastrados na Sociedade Brasileira de Cancerologia. O estudo fez uso de três instrumentos e contou com a participação de 136 médicos. Entre os instrumentos utilizados, está a adaptação do MBI para o Brasil. Os resultados indicaram a incidência de níveis moderados ou graves nas três dimensões da síndrome em 15,6% da população estudada. Levando em conta as dimensões de forma separada, verificou-se que a incidência entre os médicos foi de 55,8% de Exaustão Emocional moderada ou alta, 23,4% de Realização pessoal baixa e moderada e 96,1% de Despersonalização moderada e alta. Verificou-se também que a realização de prática de atividade física ou

hobby apresentaram-se relacionada negativamente com a incidência de exaustão emocional.

Lima et al.(2007) investigaram a incidência da síndrome de *Burnout* nos médicos residentes do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Uberlândia. O trabalho contou com a participação de 120 médicos residentes. O instrumento utilizado foi à adaptação do MBI para o Brasil. Os resultados apontaram a incidência de *Burnout* em 20,8% dos participantes e 78,4% em situação de risco –define-se situação de risco a presença de índices elevados em duas das dimensões da síndrome. Os resultados indicaram também diferença significativa entre Despersonalização e Realização Profissional se comparados os resultados de solteiros e casados. Em relação à área de atuação dos profissionais, observou-se que os pertencentes à área cirúrgica apresentaram maiores índices de Despersonalização.

Segundo os autores, a escolha profissional, a duração do curso, a sobrecarga de trabalho, o grande investimento pessoal e a necessidade de complementar a formação com a residência médica são as possíveis causas do desenvolvimento da síndrome de *Burnout* no grupo estudado.

Jodas e Haddad (2008) estudaram a ocorrência da síndrome de *Burnout* em profissionais de enfermagem –enfermeiros e técnicos de enfermagem –do Pronto-Socorro do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná. A pesquisa contou com a participação de 61 profissionais e o instrumento utilizado foi o MBI adaptado para o Brasil. Os resultados indicaram a ocorrência de altos níveis de Exaustão Emocional em 21,3% dos profissionais, altos níveis de Despersonalização em 32,8% e 26,2% apresentaram baixos níveis de Realização pessoal no trabalho. Os autores apontam como preditores de *Burnout*: sobrecarga de trabalho, falta de controle, recompensa insuficiente, conflito de valores e falta de recursos humanos.

Moreira, Magnago, Sakae, e Magajewski (2009) investigaram a prevalência da *Burnout* em profissionais de enfermagem–enfermeiros e técnicos de enfermagem–do Hospital Nossa Senhora da Conceição. O estudo contou com a participação de 151 respondentes e utilizou-se a adaptação do MBI para o Brasil. Os resultados indicaram a ocorrência de Exaustão Emocional alta e moderada em 43,6% dos profissionais de saúde, de Despersonalização alta e moderada em 74,2% e de Realização Pessoal no Trabalho baixa e moderada em 49,1%. Maior incidência de Baixa Realização

Profissional entre os profissionais mais jovens, menor incidência de Exaustão Emocional entre os solteiros, e menor incidência de *Burnout* entre aqueles que possuem filhos.

O único estudo qualitativo encontrado foi o de Feliciano, Kovacs, e Sarinho (2005). Neste estudo os autores realizaram 40 entrevistas semiestruturadas com médicos e enfermeiros de cinco unidades de saúde da cidade de Recife. Os resultados indicaram que está presente nos relatos dos profissionais de saúde a percepção de que os aspectos responsáveis pelo desgaste físico e emocional são: sentimentos de angústia diante de situações que envolvem risco de vida, sentimentos de impotência, tensões provenientes da difícil decisão entre envolver-se versus não envolver-se com os pacientes. Os resultados indicaram também que faz parte da satisfação neste tipo de atividade: a sensação de dever cumprido, a sensação de ter ajudado o próximo, a sensação de superação ao vencerem as dificuldades, a sensação de que quanto maior a dificuldade maior é satisfação perante o sucesso.

Analisando esses estudos, pode-se verificar que entre aqueles que se dedicam a realizar uma revisão/discussão sobre o tema, três não tocam nos aspectos inerentes a atividade do profissional da saúde. Ou seja, não lidam com questões ligadas a presenciar dor/sofrimento alheio, sentir compaixão pelos que sofrem, viver contextos ligados a morte/vida, ter sentimentos de onipotência/impotência. E apenas um estudo toca nessas questões de forma superficial, sem discuti-las ou analisá-las.

Entre os relatos de pesquisa quantitativa –que totalizam seis estudos – três não citam quaisquer dos aspectos inerentes à atividade de promoção de saúde como fazendo parte das causas do sofrimento desses trabalhadores. Nestes estudos encontram-se apenas referências à *carga emocional* ou *tensão emocional* inerente à atividade.

Já os demais estudos citam explicitamente estes aspectos como fazendo parte das condições de trabalho do profissional de saúde. Vale mencionar também, que dois dos estudos apontam apenas que estes aspectos são contribuintes no desenvolvimento da síndrome de *Burnout*, uma vez que fazem parte do conjunto de estressores deste tipo de atividade. Apenas Rosa e Carlotto (2005) discutiram de forma aprofundada esses aspectos na introdução do texto, no entanto, a discussão destes aspectos não está presente nos resultados.

Sendo assim, verifica-se nos estudos sobre *Burnout* que têm como objeto de estudo os profissionais de saúde, uma situação semelhante à verificada nos estudos sobre Estresse em profissionais de saúde. Ou seja, um descompasso entre os estudos que apontam quais são os aspectos inerentes a este tipo de atividade profissional causam sofrimento e os estudos de *Burnout* em profissionais de saúde.

6–A Fadiga por Compaixão

Tal qual observado com o surgimento do conceito da síndrome de *Burnout*, o termo *Fadiga por Compaixão* precedeu o conceito, A literatura aponta que o emprego do termo *Fadiga por Compaixão* ocorreu pela primeira vez em 1992, em um estudo sobre *Burnout* de enfermeiras que trabalhavam no setor de emergência realizado por Carla Joinson (Abendroth, 2005; Collins & Long, 2003; Keidel, 2002; Lago & Codo, 2010; Sabo, 2006; Salston & Figley, 2003).

O fato curioso é que Carla Joinson, ao usar o termo, ainda não tinha a intenção de criar um novo conceito ou definir um novo fenômeno. O emprego deste termo pela pesquisadora ocorreu na tentativa de qualificar as especificidades do *Burnout* que haviam sido percebidos na população participante do seu estudo. Ela acreditava tratar-se de tipo específico de *Burnout*, que provinha do vínculo empático que esses profissionais eram obrigados a formar devido a especificidade do seu trabalho.

Mesmo Charles Figley, autor considerado o desenvolvedor do conceito da Fadiga por Compaixão e responsável pelos primeiros trabalhos sobre o tema, parece ter usado esse termo anteriormente para designar outro fenômeno. Apesar de o trabalho de Joinson (1992) ser citado como tendo sido responsável pelo primeiro emprego do termo, Stamm (1997) relata que em 1991, em seu livro intitulado “Helping Traumatized Families”, Charles Figley teria empregado pela primeira vez o termo Fadiga por Compaixão ao tratar sobre Transtorno de Estresse Pós-Traumático em familiares de pessoas que passaram por experiências traumáticas. No entanto essa informação só é encontrada neste relato de Beth Stamm. Normalmente o trabalho de Carla Joinson é sempre citado como aquele que fez o primeiro emprego do termo.

Apesar disso, não há dúvidas de que foi a partir do trabalho de Charles Figley em 1995 que o conceito da Fadiga por Compaixão se tornou objeto de estudo e passou a ser interesse de autores como uma nova forma de explicar o sofrimento de alguns tipos de profissionais. Dentro desta definição, a Fadiga por Compaixão refere-se ao processo no qual o profissional ligado ao atendimento de uma clientela, que tem como demanda o sofrimento, torna-se fatigado, exausto física e mentalmente, devido ao constante contato com o estresse provocado pela compaixão (Figley, 1995).

Por essas razões, argumenta-se que estão sujeitos à Fadiga por Compaixão: médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos. Enfim, quaisquer profissionais que tenham como parte do seu ofício o contato com a dor e o sofrimento alheio. De forma geral, a Fadiga por Compaixão ocorre quando o profissional não consegue mais lidar de uma forma saudável com os sentimentos negativos que emergem do sofrimento dos pacientes que ele atende. Em decorrência disso, estes profissionais começam a apresentar respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao seu trabalho.

6.1 – Fadiga por Compaixão e Saúde mental dos Profissionais de Saúde

Por ser um conceito novo não é possível encontrar na literatura nacional estudos sobre o tema. No entanto, na literatura internacional é possível encontrar diversos trabalhos relacionados sobre o tema.

Deve-se destacar que, de acordo com a definição de Figley, Estresse Traumático Secundário/ Transtorno de Estresse Traumático Secundário (ETS/TETS) são fenômenos idênticos à Fadiga por Compaixão– sendo o último apenas uma terminologia mais amigável. É possível encontrar tanto pesquisas sobre atividades ligadas a vivência de trauma – profissionais que lidam com crianças vítimas de violência ou abuso, profissionais⁵ que trabalham na intervenção em desastres, vítimas de torturas, etc.–como estudos relacionados a atividades ligadas a vivência de um processo constante de desgaste – profissionais que lidam com pacientes oncológicos, que trabalham em UTI's, etc.

Tendo em vista que o interesse deste trabalho é a análise das questões que são inerentes à atividade dos profissionais de saúde, o foco será em trabalhos dedicados a esta categoria profissional. Vale a pena ressaltar que apesar da controvérsia em torno do emprego do termo ETS e Fadiga por Compaixão, tem crescido a concordância de que Fadiga por Compaixão se refere exclusivamente aos contextos de trabalho dos profissionais de saúde (Elwood et al.,2011).

⁵Como por exemplo, Conselheiro Tutelar e Assistente Social.

Coetzee e Klopper (2010) fizeram uma pesquisa em várias bases de dados por trabalhos publicados desde janeiro de 1992 – quando o termo foi introduzido pelo trabalho de Carla Joinson – utilizando o termo *Fadiga por Compaixão*. Nesta pesquisa, os autores descartaram os trabalhos que traziam termos ligados a experiências traumáticas (e.g., desastre, terrorismo, combate, etc.) de forma que só foram considerados os trabalhos sobre os profissionais de saúde. Levando-se em conta todos os tipos de publicações –livros, artigos, teses e dissertações–os autores encontraram 55 trabalhos dedicados ao tema Fadiga por Compaixão. Neste trabalho, apenas estudos relacionados aos profissionais de saúde serão analisados.

Devilley, Wright e Varker (2009) investigaram a relação existente entre a ocorrência de Estresse Traumático Secundário (ETS), Traumatização Vicariante (TV) e *Burnout* em profissionais de saúde mental australianos. Participaram do estudo 152 profissionais, incluindo psicólogos, psicoterapeutas, assistentes sociais, psiquiatras e enfermeiros.

A falta de clareza conceitual entre ETS e Fadiga por Compaixão foi detectada pelos autores, salientando que, apesar de os dois termos terem sido utilizados de forma intercambiável, o último tem sido descrito com um tipo específico de *Burnout*.

Discutem ainda a falta de clareza no que tange à relação entre *Burnout* e Fadiga por Compaixão. Em relação a esta questão, os autores relatam que Salston e Figley (2003) recomendaram a eliminação do componente *Burnout* da conceituação e dos instrumentos de mensuração de ETS. Isto porque na avaliação dos autores a inclusão da síndrome de *Burnout* como componente de ETS foi arbitrária, trouxe confusão para o conceito de ETS e as escalas de *Burnout* destes instrumentos não apresentam relação com o MBI (*Maslach Burnout Inventory*), que é o instrumento mais utilizado e com melhores características psicométricas.

Devido a todos os problemas conceituais e operacionais verificados, os autores estabelecem o uso do conceito original de ETS. Além disso, definem que ele não seria usado de forma intercambiável com o termo Fadiga por Compaixão, uma vez que os dois constructos são conceitos distintos.

Por conta da falta de clareza conceitual, os autores lançam mão de diversos constructos e instrumentos a fim de compreender o sofrimento dos profissionais de saúde por meio do conhecimento da relação existente entre os constructos:

- a) Histórico de Vitimização - Escala de Estresse Pós-Traumático;
- b) Estresse Afetivo - Escala de Depressão, Ansiedade e Estresse (DASS-21);
- c) *Burnout* - Inventário de *Burnout* de Copenhagen (CBI);
- d) ETS - Escala de Estresse Traumático Secundário (STSS);
- e) Traumatização Vicariante - Escala TSI de Crenças (TSI-BSL);
- f) Empatia - Indicador de Reatividade Interpessoal (IRI);
- g) Suporte Social percebido – Lista de Avaliação de Suporte Interpessoal (ISEL-12);
- h) Variáveis Relacionadas ao Trabalho e Variáveis Demográficas – Escalas Diversas.

Em relação a ETS (Estresse Traumático Secundário) e Traumatização Vicariante (TV), há uma correlação moderada ($r = .49$) entre os dois constructos. Verificou-se também uma alta correlação entre Traumatização Vicariante (TV) e *Burnout* ($r = .51$) e entre ETS (Estresse Traumático Secundário) e *Burnout* ($r = .61$), e uma baixa correlação entre ETS (Estresse Traumático Secundário) e Traumatização Vicariante (TV) (Devilly, et al., 2009).

Após realizarem diversas análises (correlação, regressão múltipla a ANOVA), os autores concluem que ETS, TV e *Burnout* parecem mensurar o mesmo fenômeno, e que tanto EST quanto TV são bons preditores de *Burnout*. Outro resultado que é digno de nota é o fato de os autores não terem encontrado relação entre a quantidade de pacientes atendidos e a ocorrência de ETS, TV ou *Burnout*, indicando que a exposição secundária à material traumático não tem um impacto significativo na ocorrência destes fenômenos.

Aycock e Boyle (2009) analisaram as formas de intervenção ligadas ao tratamento da Fadiga por Compaixão em enfermeiras responsáveis pelo tratamento de pacientes com câncer. Para tanto, desenvolveram um instrumento próprio com o objetivo de capturar os três principais aspectos descritos como sendo capazes de mitigar a ocorrência de *Burnout* e Fadiga por Compaixão, a saber: acesso no local de trabalho ao suporte de profissionais especializados, provimento de programa educacional e possibilidade de descanso. No instrumento os respondentes indicavam quais atividades eram desenvolvidas em suas sessões. O instrumento e uma carta explicativa foram enviados para 231 presidentes de sessão da Sociedade de Enfermagem Oncológica, o que resultou em um retorno de 62 questionários.

Os resultados apontaram que em relação a acesso no local de trabalho ao suporte de profissionais especializados, os programas de assistência aos funcionários são os mais prevalentes (60%). Em relação ao provimento de programas educacionais, em 45% dos casos não havia nenhum tipo de iniciativa direcionada à capacitação dos profissionais para lidarem melhor com os aspectos relacionados ao tipo de trabalho desempenhado. Por fim, no que tange à possibilidade de descanso, verificou-se que em 82% dos casos não havia possibilidade de descanso além das férias anuais obrigatórias.

Aycock e Boyle (2009) apontam uma realidade comum às unidades de saúde no que se refere às medidas para promover a saúde mental dos profissionais de saúde. É comum encontrar a existência de algum núcleo, ou programa ou grupo responsável por tomar medidas no sentido de melhorar a saúde do trabalhador realizando atividades exclusivamente ligadas ao *atendimento* do trabalhador, porém são raras as iniciativas direcionadas à capacitação desses profissionais para lidarem com os aspectos adoecedores do seu trabalho.

Iniciativas ligadas à capacitação são importantes uma vez que não colocam os profissionais de saúde em uma posição passiva em relação à promoção da sua saúde, aspecto que normalmente é responsável por desmotivar a procura por atividades ligadas ao atendimento do trabalhador no seu local de trabalho.

Por meio da aplicação do ProQol-IV em 153 profissionais de saúde, Potter e colaboradores (2010) estudaram a prevalência de Fadiga por Compaixão e *Burnout* em um centro de oncologia. Os resultados indicaram escores médios de Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão maiores do que os escores limítrofes definidos por Stamm (2009 citado em Potter et al.,2010). No caso da Satisfação por Compaixão os escores foram ligeiramente superiores aos parâmetros; já no caso da Fadiga por Compaixão os escores alcançados mostraram-se 15% maiores do que os parâmetros. Por sua vez, o escore médio de *Burnout* apresentou-se inferior aos valores- limites.

Potter et al. (2010) também investigaram a relação entre Fadiga por Compaixão e variáveis organizacionais e pessoais – configuração do local de trabalho, tempo de trabalho, tempo de trabalho no setor da oncologia, idade e escolaridade. Verificou-se que os profissionais de saúde ligados ao atendimento de pacientes internados apresentaram maior escore de Satisfação por Compaixão do que aqueles ligados a

atividades ambulatoriais. Por outro lado, não foi possível verificar nenhuma relação significativa entre as demais variáveis e as escalas do ProQol-IV.

Também fazendo uso do ProQol-IV, Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel, e Reimels (2010) realizaram uma comparação entre enfermeiras ligadas ao atendimento de emergência e enfermeiras ligadas ao atendimento de pacientes internados com o objetivo de analisar a prevalência de Fadiga por Compaixão, Satisfação por Compaixão e *Burnout* entre os dois grupos. Para tanto, foram analisados os resultados de 109 questionários, sendo 49 do setor de emergência e 60 do setor de internação. Verificou-se que 20,2% dos respondentes apresentaram baixo nível de Satisfação por Compaixão, 26,6% enquadraram-se em situação de risco de *Burnout* e 28,4%, em situação de alto risco de Fadiga por Compaixão. Comparando-se os dois grupos de enfermeiras, aquelas ligadas ao atendimento de emergência apresentaram menores índices de Satisfação por Compaixão do que as enfermeiras em atendimento a pacientes internados.

No estudo de Yoder (2010), procurou-se conhecer a prevalência de Fadiga por Compaixão em enfermeiras, bem como investigar as situações que propiciam o desenvolvimento desse comportamento e propor maneiras de evitar o sofrimento. Para tanto, a autora fez uso do ProQol-IV, de um questionário com questões demográficas e organizacionais, assim como de um formulário qualitativo em que os enfermeiros deveriam responder de forma extensa a dois questionamentos: 1) descreva uma situação onde você experiencia tanto Fadiga por Compaixão quanto *Burnout*, 2) que estratégias você usa para lidar com essas situações? Como você passa por elas?

Foram enviados 178 questionários, retornando 106, sendo que em 71 deles a parte qualitativa havia sido preenchida. Os resultados da parte quantitativa indicaram escores médios de Fadiga por Compaixão e *Burnout* inferiores aos encontrados por outros autores. Em relação à Satisfação por Compaixão, verificaram-se escores médios superiores aos encontrados em outros estudos. Além disso, verificou-se uma forte correlação negativa entre Satisfação por Compaixão e as demais escalas do ProQol-IV (Fadiga por Compaixão e *Burnout*).

Levando em conta as variáveis demográficas e organizacionais, Yoder (2010) observou índices de Satisfação por Compaixão superiores entre os enfermeiros da unidade de tratamento progressivo (UTG) do que os verificados entre os enfermeiros do departamento de emergência (DE), assim como maiores índices de Fadiga por

Compaixão entre aqueles que cumpriam turno de 8 horas do que entre aqueles que cumpriam turno de 12 horas.

A análise dos dados qualitativos apontou a existência de três categorias de experiências promotoras de Fadiga por Compaixão: cuidado dos pacientes, problemas do sistema de saúde e problemas pessoais.

Segundo Yoder (2010), os enfermeiros relataram inúmeras situações relacionadas aos cuidados de pacientes que enfrentavam sérios problemas físicos, emocionais ou até mesmo a eminência da morte. A segunda categoria de experiências promotoras de Fadiga por Compaixão está relacionada a relatos de grande quantidade de pacientes, a inexistência de uma margem de erro nos procedimentos, horas extras e dias extras de trabalho. Na última categoria, foram observados relatos ligados à inexperiência de colegas de trabalho, falta de energia e o testemunho dos sintomas de pacientes graves.

Em relação às estratégias utilizadas para lidar com essas situações, a tentativa de promover um distanciamento emocional foi a mais citada pelos enfermeiros. Foram citadas também conversas com os colegas, atividades físicas e religiosas, como formas de lidar com os estressores provenientes deste tipo de atividade.

De acordo com Beck (2010), é possível encontrar uma revisão de literatura dos trabalhos publicados sobre Fadiga por Compaixão⁶ em enfermeiros. Assim como outros autores, Beck (2010) salienta a falta de clareza conceitual existente na área e enfatiza a necessidade de um trabalho de diferenciação conceitual e terminológica neste campo de estudo.

Beck (2010) aponta a existência de sete trabalhos sobre Fadiga por Compaixão em enfermeiros, e em todos foram utilizados instrumentos de mensuração (CSFT – *Compassion Satisfaction and Fatigue Test*, STSS – *Secondary Traumatic Stress Scale*, CFS- *Compassion Fatigue Scale*). Por essa razão, o autor aponta a necessidade do desenvolvimento de estudos qualitativos como forma de complementar os resultados dos estudos quantitativos, identificar diferenças sutis entre os fenômenos e melhorar a definição teórica dos conceitos existentes na área.

⁶ O autor utiliza Fadiga por Compaixão e ETS como sinônimos.

Outro aspecto importante apontado por Beck (2010) é a carência de trabalhos descrevendo intervenções neste campo de estudo. Segundo o autor, foi possível verificar apenas uma descrição de um processo de intervenção em Fadiga por Compaixão.

Também na área de enfermagem, Coetzee e Klopper(2010) realizam uma análise conceitual da Fadiga por Compaixão. Nessa análise, o trabalho de Carla Joinson (1992) é indicado pela introdução do conceito e o trabalho de Figley (1995), por propor o uso do termo como forma mais amigável para se referir a Transtorno de Estresse Traumático Secundário - TETS. Salientam que, apesar da identificação realizada por Figley entre TETS e Fadiga por Compaixão, essa relação não estava presente na intuição original de Carla Joinson.

Dessa forma, é possível verificar a existência de uma compreensão semelhante à de Lago e Codo (2010), quando afirmam que a “fadiga por Compaixão é o resultado final de processo acumulativo e progressivo que é causado pelo contato prolongado, contínuo e intenso com os pacientes, uso do *self* e exposição ao estresse” (Coetzee & Klopper, 2010, p.237).

A definição apresentada por Coetzee e Klopper (2010) aproxima-se da definição proposta por Lago e Codo (2010), que compreendem a Fadiga por Compaixão como um processo de esgotamento crônico provocado pelo contato contínuo e prolongado com os pacientes, o distinguindo, assim, de quadros de estresse pós-traumático.

6.2 – Os problemas conceituais da Fadiga por Compaixão enquanto TETS

Como analisaram Lago e Codo (2010), o conceito de Estresse Traumático Secundário (ETS) e do sofrimento causado por ele (Transtorno de Estresse Traumático Secundário - TETS) são desdobramentos do antigo conceito de Estresse Pós-Traumático e de sua respectiva patologia –Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT).

Segundo a análise realizada pelos autores, a definição de TETS é semelhante à definição de TEPT, pois ambas são definidas por meio de uma sintomatologia que tem como evento eliciador a vivência de um acontecimento incomum, de um acontecimento notoriamente gerador de grande tensão para qualquer pessoa. A diferença reside no fato de que na descrição da sintomatologia TEPT trata-se de vivências em primeira pessoa e na descrição da sintomatologia deTETS de experiências em terceira pessoa.

O conceito de Estresse Pós-Traumático refere-se a um conjunto de sintomas que foram observados por dois psiquiatras americanos, Chaim Shatan e Robert J. Lifton, em veteranos do Vietnã. Eles compararam 700 fichas clínicas de pacientes e listaram os 27 sintomas mais comuns das *neuroses traumáticas*. Esta listagem se tornou o embrião dos critérios utilizados pela terceira edição do *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders* (DSM), em 1980, para a inclusão da categoria de Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) (Schestatsky, Shansis, Ceitlin, Abreu, & Hauck, 2003).

Ocorre que no DSM-IV a definição do TEPT (Transtorno de Estresse Pós-Traumático) também admite uma condição em que o simples conhecimento da exposição de alguém a um evento traumático pode ser suficiente pra eliciar um quadro de TEPT. Utilizando-se desta especificidade existente da definição de TEPT, começou-se a adotar o termo Transtorno de Estresse Traumático Secundário⁷ (TETS) para referir-se a essa condição específica de traumatização, ou seja, quando a exposição ao estressor ocorre de forma secundária.

Sobre esse aspecto, Devilly, Wright e Varker(2009) afirmam que o “estresse Traumático Secundário foi um fenômeno que foi postulado no fim dos anos 90, em consonância com a 4ª revisão do DSM que alterou os critérios de diagnóstico do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT)” (p.374).

Como salientam Filho e Sougey (2001), no conceito de Transtorno de Estresse Traumático Secundário (TETS), o Trauma cumpre um aspecto fundamental. Sendo o Trauma entendido sob o aspecto de uma situação aguda, pontual, vivenciada pelo indivíduo, em que ocorreu ameaça à vida ou a integridade física dele próprio ou de outras pessoas. Dessa forma, seriam exemplos de situações traumáticas e, por consequência, capazes de gerar um quadro de TETS: acidentes automobilísticos, assaltos, sequestros, etc.

Na literatura sobre Fadiga por Compaixão, o uso do termo Transtorno de Estresse Traumático Secundário (TETS) teve início nos trabalho de Charles Figley, que chamou atenção para os efeitos das experiências traumáticas sobre a vida daqueles que acabam vivenciando um acontecimento traumático de forma secundária. Dentro desse

⁷ Alguns autores usam “Transtorno de Estresse Pós-Traumático”. No entanto, outros autores argumentam que o uso do prefixo “pós” é desnecessário, uma vez que um trauma só pode ocorrer posteriormente ao evento estresse. Considerando essa argumentação, decidiu-se também não fazer uso do prefixo “pós”.

entendimento, o Estresse Traumático Secundário (ETS) seria a resposta adaptativa normal e natural que as pessoas têm diante de eventos anormais ou incomuns (Beaton & Murphy, 1995; Figley, 1995; Yassen, 1995).

Dito de outra forma, o ETS é o Estresse Traumático eliciado de forma secundária, ou seja, um processo adaptativo natural que não é eliciado de forma direta e sim vicariante. Por sua vez, o Transtorno de Estresse Traumático Secundário (TETS) seria a ocorrência de efeitos negativos em resposta ao ETS.

Não por acaso, a sintomatologia do Transtorno de Estresse Traumático está ligada à revivência do evento traumático: sonhos ligados ao evento traumático, lembranças intrusivas, esforço para evitar pensamento/sentimentos, esquiva de atividade/situações que possam lembrar o evento traumático, amnésia, etc. Isto porque o Trauma refere-se a uma lesão ou dano, produzido pela vivência de um evento altamente estressor, que, por ultrapassar as capacidades adaptativas do organismo, impossibilita que o organismo consiga adaptar-se adequadamente. Por não conseguir se adaptar, mesmo na ausência do estímulo estressor, o organismo permanece retornando à vivência do evento estressor na tentativa de adaptar-se.

Por outro lado, a *fadiga* refere-se a um quadro de esgotamento (tanto físico quanto mental) decorrente de repetidos esforços que levam um organismo a ter seus recursos exauridos a ponto de um quadro disruptivo ser estabelecido. No mesmo sentido, Beurskens, Bültmann, Kant, Vercoulen, Bleijenberg e Swaen (2000) definem *fadiga* como mudança no mecanismo de controle psicológico que regula os comportamentos direcionados à tarefa. Mudança essa que torna esforços cognitivos e físicos tão penosos a ponto de comprometerem a capacidade do indivíduo de alcançar a contento demandas do seu trabalho.

Por essa razão, Lago e Codo (2010) defendem que Fadiga por Compaixão não deve ser considerada conceitualmente idêntica à ETS/TETS. Segundo eles, a Fadiga por Compaixão se configura fenomenologicamente de forma distinta e, portanto, está presente em contextos diversos. Na ocorrência de um evento único e agudo, as vivências estão no âmbito da traumatização, na ocorrência de vários eventos crônicos, as vivências estão no âmbito da fadiga.

No âmbito da Psicologia do Trabalho, essa distinção serve de parâmetro para que possamos entender a saúde do trabalhador, tipos de atividades ou tipos de

experiências que colocam o trabalhador em risco de desenvolver TETS ou Fadiga por Compaixão.

É importante atentar para o fato de que no caso do Estresse Traumático Secundário (ETS) ou do Transtorno de Estresse Traumático Secundário (TETS), a empatia e até mesmo a compaixão podem estar presentes, uma vez que qualquer experiência secundária só pode ocorrer por meio desses mecanismos. No entanto, não é o fato de compartilharem um mecanismo de experiência secundária que faz ETS/TETS passíveis de serem identificados à Fadiga por Compaixão.

Na revisão de literatura de Najjaret al. (2009), é possível encontrar um exemplo de outros autores que têm enfrentado também dificuldades com a identificação de Fadiga por Compaixão a ETS/TETS.

McHolm (2006 citado em Najjaret al., 2009) sugere a existência de dois tipos de Fadiga por Compaixão: a Fadiga por Compaixão do tipo 1 e a Fadiga por Compaixão do tipo 2. Segundo o autor, a Fadiga por Compaixão do tipo 1 ocorre em profissionais de saúde que no contato com os pacientes se identificam, absorvendo o dor e o sofrimento desses pacientes, demandando dos profissionais um alto nível de energia e compaixão por um grande período de tempo. A Fadiga por Compaixão do tipo 2 ocorre quando os profissionais de saúde vivenciam eventos traumáticos por meio da descrição dos pacientes acerca do evento traumático vivido por eles, causando nos profissionais de saúde a ocorrência de *flashbacks* intrusivos e constante estado de tensão.

No mesmo sentido, Lago e Codo (2010) não entendem que o sofrimento dos profissionais de saúde esteja ligado à ocorrência de um processo de traumatização, mas sim a um processo de fadiga decorrente da contínua exposição a situações específicas do contexto do trabalho na área de saúde.

Dessa forma, entende-se que a identificação entre ETS/TETS e Fadiga por Compaixão apresenta problemas de ordem conceitual e fenomenológica, uma vez que vincula a eventos de traumatização a noção de um processo de fadiga. Por consequência, essa identificação enquadra o contexto do sofrimento vivenciado pelos profissionais de saúde ao contexto de transtornos traumáticos, ao passo que aqueles que estudam a saúde mental desses profissionais possuem dados que apontam para a ocorrência de um quadro de fadiga.

6.3 – Consequências da compreensão da Fadiga por Compaixão enquanto TETS

Como apontam Dunkley e Whelan (2006), o uso frequente na literatura dos termos Transtorno do Estresse Traumático Secundário – TETS e Fadiga por Compaixão de forma intercambiável com o termo Traumatização Vicariante tem causado uma confusão considerável.

Sabin-Farrell e Turpin (2003) também constataram que os termos *Burnout*, *Fadiga por Compaixão*, *Estresse Traumático Secundário* e *Traumatização Vicariante* têm sido usados como sinônimos. Também reconheceram que devido à confusão no emprego dos termos e dos conceitos, vários autores vêm tentando fazer uma distinção entre eles.

Hafkenscheid (2005), usando como base Sabin-Farrell e Turpin (2003), também reconhece a confusão entre vários conceitos. E, por fim, Lago e Codo (2010) que, reconhecendo a confusão conceitual existente, tentam analisar a origem dos conceitos, apontar suas diferenças e investigar os fatores que contribuíram para a origem deste cenário.

As dificuldades decorrentes da identificação entre Fadiga por Compaixão e ETS/TETS não resultam apenas em confusão terminológica. Como sabemos, as palavras que empregamos na linguagem representam ideias, conceitos. Dessa forma, quando o termo *fadiga* é empregado, ele automaticamente remete a um tipo de fenômeno.

Por isso, ao realizar uma identificação entre Fadiga por Compaixão e ETS/TETS, operacionaliza-se uma referência a um quadro de fadiga, utilizando-se uma descrição relacionada a aspectos inerentes a um quadro de traumatização.

A confusão conceitual decorrente da concepção que identifica a Fadiga por Compaixão ao Estresse Traumático Secundário (ETS) ou ao Transtorno de Estresse Traumático Secundário (TETS) tem prejudicado o avanço do conhecimento acerca da Fadiga por Compaixão e desviado a atenção do aspecto central desse tipo de sofrimento: o processo empático e a decorrência dele, a compaixão. Aspectos que chamaram a atenção tanto de Carla Joinson quanto de Charles Figley.

Apesar disso, é possível verificar que este objeto vem ganhando atenção do meio científico. Najjar, Davis, Beck-Coon, e Doebbeling (2009) realizaram uma revisão de

literatura acerca dos estudos realizados entre 1950 e 2008 sobre Fadiga por Compaixão⁸ e identificaram a existência de 57 trabalhos⁹ que continham os termos pesquisados. Entre os trabalhos identificados, 14 artigos científicos relacionados à Fadiga por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Traumatização Vicariante foram encontrados, sendo três qualitativos e 11 quantitativos.

Assim como outros autores, Najjaret al. (2009) também apontam a existência da dificuldade na diferenciação conceitual entre *Burnout*, Fadiga por Compaixão e as síndromes de Estresse Traumático presentes nos trabalhos avaliados, assim como o impacto deste aspecto na qualidade e na confiabilidade dos instrumentos disponíveis.

Na revisão de literatura realizada por Elwood, Mott, Lohr, e Galovski (2011), foram encontrados 41 estudos empíricos sobre ETS/TETS e Fadiga por Compaixão publicados em periódicos científicos. Dentre os estudos identificados, verificou-se que o instrumento mais utilizado foi o CSFT (*Compassion Satisfaction/Fatigue Self-Test*), presente em nove estudos. Outro instrumento presente é o ProQol (*Professional Quality of Life Scale*), que é um desenvolvimento do CSFT, utilizado em quatro estudos.

Importante destacar que o ProQol conta com uma versão para o Brasil chamada de ProQol-Br desenvolvida por Lago (2008) a partir do ProQol-IV e é o único instrumento disponível para o diagnosticar e mensurar a Fadiga por Compaixão no Brasil.

Outro aspecto importante que a revisão de literatura de Elwood et al. (2011) evidencia é consequência do uso do termo Fadiga por Compaixão e Estresse Traumático Secundário como sinônimos. De acordo com os autores, o uso de forma intercambiável dos termos tem criado uma grande dificuldade na compreensão e na interpretação dos estudos realizados. Isso pode ser verificado também nos instrumentos utilizados nos estudos encontrados. Dentre os 41 estudos, 28 utilizaram algum instrumento de mensuração de Estresse Traumático, quer seja como único instrumento, quer seja em conjunto com outros instrumentos de mensuração.

⁸Nesta pesquisa os autores utilizaram também outros termos além da Fadiga por Compaixão: Estresse Traumático Secundário (ETS), Traumatização Vicariante, Transtorno de Estresse Pós-traumático e *Burnout*.

⁹Nem todos eram estudos, vários referiam-se a pequenas comunicações ou editoriais.

Desta forma, entende-se que o desenvolvimento de uma concepção acerca da Fadiga por Compaixão que: a) evite as dificuldades decorrentes da identificação aos quadros de traumatização, b) distinga a Fadiga por Compaixão de outros conceitos já existentes, c) considere como central o processo empático (empatia, compaixão) é necessário.

6.4– A diferença entre *Burnout* e Fadiga por Compaixão

A confusão conceitual existente em torno do conceito de Fadiga por Compaixão, não se resume apenas à identificação ao Estresse Traumático Secundário (ETS) e do Transtorno de Estresse Traumático Secundário (TETS). Outro ponto controverso é a relação entre Fadiga por Compaixão e a síndrome de *Burnout*. Entende-se que para realizar uma análise dessa relação, há necessidade de examinar os fatos que a construíram.

Como já citado, o termo *Fadiga por Compaixão* foi usado por Carla Joinson (1992) em um trabalho sobre *Burnout* em enfermeiras como um adjetivo para qualificar o tipo particular de *Burnout* que parecia acometer as enfermeiras estudadas. Esse fato acaba por chamar atenção para um aspecto importante: um conceito que consegue captar adequadamente determinado fenômeno, não necessita ser qualificado.

Lago e Codo (2010) argumentam que esse fato envolvendo a história do conceito de Fadiga por Compaixão é um forte indício de que a síndrome de *Burnout* falha em captar adequadamente as especificidades existentes no sofrimento dos profissionais de saúde.

Outro evento que coloca os dois fenômenos lado a lado é o fato de que no trabalho que inaugura o conceito da Fadiga por Compaixão como um novo conceito, a síndrome de *Burnout* está presente. No livro que apresenta o fenômeno, Figley (1995) analisa e traça uma distinção entre Fadiga por Compaixão e *Burnout*. Segundo o autor, enquanto a síndrome de *Burnout* emerge de forma gradual, como consequência de um processo constante de Exaustão Emocional, a Fadiga por Compaixão emerge de forma repentina, com poucos avisos ou sintomas.

É possível notar que essa distinção é consequência da forma como o autor define Fadiga por Compaixão. Ou seja, como sendo idêntica à ETS/TETS, portanto, relacionada a processos decorrentes de vivência de eventos traumáticos.

No entanto, apesar desta distinção entre os fenômenos, ao operacionalizar os instrumentos de mensuração da Fadiga por Compaixão, alguns autores incluíram no instrumento uma escala de *Burnout*. Escala essa, que, como apontam Lago e Codo (2010), parece contemplar apenas um aspecto da síndrome de *Burnout*, a Exaustão Emocional.

Apesar de na maioria dos instrumentos (*Compassion Fatigue Self Test - CFST*, *Compassion Fatigue Scale*, *Professional Quality of Life Scale – ProQol*, *Compassion Fatigue – Short Scale*) haver uma escala de *Burnout*, a relação entre Fadiga por Compaixão e *Burnout* parece nunca ter sido suficientemente estabelecida. No trabalho de Stamm (2002), em que a autora lista uma série de questões que ainda precisam ser estudadas e esclarecidas a fim de atestar a qualidade do CFST, o quarto item diz: “Como os constructos de Fadiga por Compaixão, Satisfação por Compaixão, e *Burnout* se relacionam?”.

É importante ressaltar que a falta de clareza sobre as relações existentes entre Fadiga por Compaixão e *Burnout* não ocorre apenas no âmbito psicométrico. Na verdade a falta de clareza no âmbito psicométrico é resultado da falta de clareza no âmbito fenomenológico e conceitual.

É possível encontrar quatro opiniões acerca assunto: 1) aqueles que corroboram a distinção elaborada por Figley (1995); 2) aqueles que também distinguem os conceitos, porém acreditam que eles estão intimamente relacionados (Fadiga por Compaixão seria uma combinação de Traumatização Secundária e *Burnout*, sendo precipitada por atividades que colocam os profissionais em contato direto com pessoas traumatizada); 3) aqueles que defendem que a Fadiga por Compaixão seria um preditor da síndrome de *Burnout*, ou seja, um quadro que se estabelece antes de o profissional desenvolver a síndrome de *Burnout*; 4) aqueles que acreditam que os fenômenos são idênticos.

Lago e Codo (2010) propõem outra forma de distinguir Fadiga por Compaixão e *Burnout*. Segundo os autores a diferença entre os dois fenômenos está no tipo de atendimento oferecido à clientela (Figura 2). A síndrome de *Burnout* refere-se ao

sofrimento de profissionais que realizam atividades ligadas ao atendimento de alguma clientela, recebendo e atendendo suas diversas demandas. Já a Fadiga por Compaixão refere-se ao sofrimento de profissionais que realizam atividades ligadas a um tipo especial de clientela, uma clientela com uma demanda distinta e urgente, que sofre e sente dor.

Dessa forma, o trabalho desses profissionais poderia ser entendido sob o aspecto de sua ligação com o atendimento de uma demanda especial, a remissão da dor e do sofrimento.

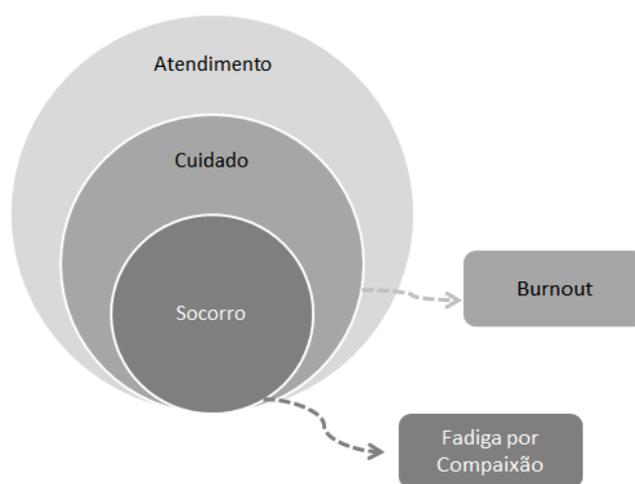


Figura 2 – Relação entre dois tipos de atendimento: cuidado e socorro.

Por sua vez, o que tornaria a Fadiga por Compaixão e a Síndrome de *Burnout* semelhantes é o fato de ambas estarem relacionadas a quadros de esgotamento físico e emocional. Além disso, ambas resultam em algumas estratégias de enfrentamento que são semelhantes e estão ligadas ao trabalho com pessoas.

No entanto, a síndrome de *Burnout* refere-se a um contexto amplo de cuidado, enquanto a Fadiga por Compaixão refere-se a um contexto específico de cuidado, o socorro. Isto faz com que outros elementos façam parte dessa forma de sofrimento, elementos que não estão presentes na conceituação da síndrome de *Burnout*.

Importante salientar que essa análise é coerente com a compreensão de Joinson (1992) que afirmou que o tipo de *Burnout* que ela identificara nas enfermeiras estudadas continha elementos únicos, específicos daquele tipo de atividade.

A autora afirma:

E apesar dos elementos da síndrome de *Burnout* poderem ocorrer em qualquer contexto, um tipo único dele, a fadiga por compaixão, afeta as pessoas envolvidas em profissões de ajuda. Diferentemente de outras formas de *Burnout*, a fadiga por compaixão está relacionada diretamente um grupo específico de profissionais: enfermeiros, médicos e assistentes sociais e outras profissões de cuidado (Joinson, 1992, p.116).

Apesar do trabalho de Joinson (1992) tratar de *Burnout*, a autora traça uma distinção entre Fadiga por Compaixão e *Burnout*. Distinção esta que é compatível com a proposta elaborada por Lago e Codo (2010).

Assim, entende-se que a distinção entre Fadiga por Compaixão e *Burnout* é um passo importante para o amadurecimento do conceito de Fadiga por Compaixão. O contexto de surgimento do conceito de Fadiga por Compaixão e suas semelhanças fenomenológicas com o *Burnout* têm resultado em falta de clareza conceitual e fenomenologia, comprometendo o avanço do conhecimento deste tipo de sofrimento.

7 – Fadiga por Compaixão: proposta de uma nova abordagem

Diante da falta de clareza conceitual sobre Fadiga por Compaixão (Adams, Figley, & Boscarino, 2008; Coetzee & Klopper, 2010; Dunkley & Whelan, 2006; Hafkenscheid, 2005; Najjar, et al., 2009; Sabin-Farrel & Turpin, 2003) e da confusão existente entre este conceito e outros já existentes (*Burnout*, Contratransferência, Traumatização Vicariante, Estresse Traumático Secundário e Transtorno de Estresse Traumático Secundário), Lago e Codo (2010) apontam a necessidade de uma reformulação no conceito da Fadiga por Compaixão.

Além disso, os autores avaliam que uma das razões que propiciam a diversidade conceitual é o fato de que alguns conceitos são focados apenas na experiência simbólica/psicológica (traumatização vicariante e contratransferência) enquanto outros apenas em eventos biológicos/fisiológicos (Estresse Traumático Secundário).

Os autores defendem que:

A Fadiga por Compaixão não se resume a fadiga fisiológica decorrente do constante estado de tensão resultante de ser exposto ao sofrimento alheio. Por outro lado, Fadiga por Compaixão também não se refere apenas às mudanças cognitivas e simbólicas decorrentes da exposição à dor e ao sofrimento. Ela é as duas coisas, juntas, integradas, e muitas vezes contraditórias (Lago & Codo, 2010, p186).

Posto isso, os autores engajam-se em realizar uma análise sobre aspectos que acreditam ser essenciais para o desenvolvimento conceitual da Fadiga por Compaixão: dualidade do ser humano, o significado da morte para o ser humano e o impacto desse significado nas emoções dos profissionais de saúde.

7.1 - A dualidade do ser humano

Para viabilizar essa tarefa, os autores argumentam que a fim de compreender um fenômeno complexo, como a Fadiga por Compaixão, há a necessidade de analisar os elementos envolvidos, de forma a tornar possível a elaboração de uma etiologia. O elemento central, que deve ser submetido primeiramente à análise é a concepção de

homem a ser adotada, isto porque é nele –no ser humano –que o fenômeno da Fadiga por Compaixão se estabelece.

Os autores adotam uma perspectiva que entende o ser humano como um ser dual, e, portanto, compreendem que a vida humana está ligada a experiências provenientes de duas dimensões: animal e humana.

Na dimensão animal estão todas as experiências que são consequência do nosso aparato físico, decorrente de processos fisiológicos. Experiências essas que compartilhamos com os animais, uma vez que nossos corpos guardam inúmeras semelhanças aos corpos dos demais seres terrestres. Na dimensão humana estão todas as experiências simbólicas, culturais, decorrentes da nossa capacidade intelectual e da linguagem. Dentre essas experiências, os autores destacam o trabalho, atividade intimamente relacionada à nossa humanização e perpetuação da cultura. É por meio do trabalho que o homem consegue permanecer vivo em sua individualidade, em sua peculiaridade e se tornar humano.

Fazendo uso dessa perspectiva os autores se apropriam tanto de trabalhos provenientes da biologia e das neurociências quanto da filosofia e história para explicarem a complexidade da experiência empática humana.

7.2 – Empatia e Compaixão

Partindo da concepção do ser humano enquanto um ser dual e, portanto, detentor de processos e experiências tanto no âmbito simbólico/psicológico quanto no âmbito biológico/fisiológico, os autores argumentam que há necessidade de se compreender como o processo empático e, conseqüentemente, a compaixão é operacionalizada nestas duas dimensões.

Por meio de estudos na área da biologia e da ciência cognitiva, os autores apresentam resultados que propiciam a compreensão do processo empático operacionalizado pela dimensão biológica/fisiológica do ser humano.

Os resultados dos estudos apontam para a existência de um mecanismo básico de compartilhamento de emoções. Mecanismo essencial às interações sociais entre os seres gregários. Esse mecanismo é conhecido como contágio emocional ou empatia e esse mecanismo torna o observador capaz de ressoar, ecoar com o estado emocional do

outro, por meio da emulação das representações motoras do outro e associar-se autonomicamente e somaticamente às respostas do outro.

Desta forma, é esse processo mímico, encoberto, oculto, o responsável pelo compartilhamento dos afetos e sentimentos entre o *eu* e o *outro* entre os animais. Esse processo de compartilhamento afetivo é o que torna possível a vida em grupo entre os seres gregários. Por isso, os autores argumentam que qualquer tentativa de compreender fenômenos que estejam relacionados ao processo empático, deve levar em conta também os aspectos relativos à dimensão biológica do ser humano, uma vez que estes mecanismos também estão presentes no homem e, portanto, fazem parte da sua experiência empática.

Com base em estudos na área da psicologia, filosofia e história, os autores analisam como o processo empático é vivenciado pela dimensão simbólica/psicológica do homem. A capacidade fisiológica de ser contagiado pelas emoções dos outros propiciou a vida em sociedade. Contexto esse que permitiu o surgimento de tarefas conjuntas orientadas para um objetivo comum, ou dito de outra forma, a estruturação do trabalho. A necessidade cada vez maior de tarefas conjuntas propiciou por sua vez o desenvolvimento de uma linguagem mais eficaz na transmissão das emoções, sentimentos, intenções.

À medida que fomos sendo inseridos em uma linguagem de símbolos e representações, um novo mundo se abriu e passamos então a habitar duas realidades distintas, a concreta e a simbólica. Com o surgimento de uma linguagem simbólica capaz de transmitir sentimentos e emoções, o ser humano passou a ser afetados não só pela observação de alguém em sofrimento, mas também pelo relato da dor ou do sofrimento de alguém.

Além disso, a dimensão humana possui outro elemento importante, a moral. Ser insensível em relação ao sofrimento de outrem (empatia) ou não demonstrar piedade e vontade de agir diante do infortúnio alheio (compaixão), significa agir de forma moralmente errada. Para nós, sermos afetados pelos sentimentos dos outros e sentirmo-nos impelidos a intervir nisso é algo *bom*, portanto, desejável e *correto*.

Sendo assim, segundo os autores, se por um lado os humanos têm em comum com os demais animais um aparato que os proporciona perceber os sentimentos dos

outros, por outro, possuem um aparato simbólico que pode aumentar, diminuir, mudar e re-significar as suas motivações fisiológicas.

Dessa forma, definem empatia como a capacidade de perceber e compreender as emoções, os sentimentos vivenciados por outro indivíduo e a compaixão como emoção que, por meio do processo empático, motiva indivíduos a investirem esforços na remissão do sofrimento alheio.

7.3 – Morte e Sofrimento

O fato de a vida dos seres humanos ser uma mescla de experiências animais – determinadas pelas leis da fisiologia – e experiências humanas – determinadas pelos símbolos – faz do ser humano uma criatura essencialmente angustiada. Isso porque o ser humano é o único animal que tem consciência da sua existência, e principalmente da inevitabilidade da sua não existência.

Enquanto na natureza, no mundo animal, a morte é a simples homeostase – o parar do coração, o fim das atividades cerebrais, a extinção dos mecanismos de funcionamento e manutenção de defesa do organismo – que deixa o corpo da criatura à mercê dos seres responsáveis pela decomposição, permitindo que os elementos contidos no seu corpo sejam reinseridos na natureza, para a humanidade do homem a morte é algo mais complexo.

Becker (2007) ressalta que “o conhecimento da morte é reflexivo e conceitual, e disto os animais são poupados. Eles vivem e desaparecem com a mesma ausência de reflexão: uns poucos minutos de medo, uns poucos segundos de angústia, e tudo está acabado” (p.49).

Segundo Lago e Codo (2010), a complexidade da morte para o ser humano provém da capacidade simbólica, que permitiu ao ser humano pensar sobre sua existência, sobre a sua relação com as coisas e com as pessoas. Capacidade que também permitiu o perpetuamento de suas ideias – primeiramente por meio de ilustrações e posteriormente por meio da escrita – fazendo-o experimentar, em parte, uma forma de imortalidade.

Outro aspecto importante do ingresso no mundo dos símbolos foi o fato de que os humanos passaram a modificar e serem modificados pela realidade que constroem.

Por isso, os autores analisam historicamente a forma como os seres humanos têm lidado com a morte e de como as modificações na forma de lidar com esta condição produziram a forma atual de encará-la, ou seja, negando-a.

Este último aspecto, defendem os autores, é importante para o entendimento da Fadiga por Compaixão, pois no cerne dele está também o processo histórico pelo qual as atividades ligadas à prestação de socorro tornaram-se uma profissão. Ou, dito de outra forma, a história da construção das profissões ligadas à saúde está intimamente ligada à forma como os seres humanos encaram a morte atualmente.

É importante distinguir o trabalho realizado por Lago e Codo (2010) sobre as mudanças que os humanos realizaram na forma de morrer no decorrer da história, dos trabalhos que tratam sobre o impacto da morte da vida das pessoas, da vivência do luto. Para os autores, esse assunto é essencial para compreensão da Fadiga por Compaixão, pois:

- É aspecto central no processo de criação das profissões ligadas à saúde;
- Define a forma atual de morrer (hospitalização, isolamento, negação);
- Evita-la passou a ser produto de uma profissão.

Por isso, a análise realizada pelos autores tem propósito distinto dos trabalhos que têm o objetivo de tratar sobre o processo de luto, suas fases, e sofrimentos possíveis durante esse processo. Esses trabalhos têm o intuito de desenvolver conhecimento sobre práticas que possam ajudar indivíduos a lidar da forma mais saudável possível com a perda de vínculos afetivos.

Rebello (2005) destaca que:

O luto é um processo psicossocial que, no seu desenvolvimento normal, visa a transferência, na esfera emocional, da vinculação em relação a um objeto perdido para memórias amenas das expressões dessa mesma vinculação. Um dos parâmetros determinantes no luto é o tempo exigido para o desenrolar harmonioso de todas as fases implícitas no processo (p.373).

Não há dúvidas de que seja possível conceber que ocorra algum tipo de processo de luto entre os profissionais de saúde quando ocorre o óbito de algum paciente. Pode-se também conjecturar que o processo de luto é mais ou menos intenso dependendo do vínculo estabelecido entre profissional e paciente. Porém, analisar o papel da morte e do

sofrimento, em um contexto de trabalho, onde outros aspectos estão em jogo, por meio unicamente da perspectiva do processo de luto é uma abordagem reducionista deste processo.

Outro aspecto importante que está envolvido na forma como o ser humano convive com a morte e com sua predecessora (o sofrimento), dentro do contexto de um trabalho que tem como produto a remissão do sofrimento e o impedimento da morte, é o sentimento de impotência/onipotência.

Com base em entrevistas realizadas com profissionais de saúde, Lago e Codo (2010) chamam atenção para a existência desse subproduto da forma como lidamos com: a) a morte; b) com a transformação de atividades ligadas à promoção de saúde em profissões; c) com avanço da ciência no sentido de postergar a morte. Esse subproduto é a vivência de um sentimento ambivalente por parte dos profissionais de saúde.

Os trechos das entrevistas realizadas com profissionais de saúde apontam para a existência de uma experiência constante no trabalho destes profissionais:

- Sentimento de impotência diante da morte, quando o emprego de toda a tecnologia e conhecimento científico não é suficiente para evitar a morte;
- Sentimento de onipotência diante da morte, quando o emprego de toda a tecnologia e conhecimento científico é suficiente para postergar a morte.

Segundo os autores, esse movimento ambivalente e inconstante é um indício de que os profissionais de saúde ainda não são capazes de lidar de uma forma saudável com o contato constante com a morte que sua profissão exige.

7.4– Um novo conceito de Fadiga por Compaixão

Tendo em vista a necessidade de uma perspectiva dual para a compreensão do fenômeno da Fadiga por Compaixão, Lago e Codo (2010) propõem uma nova forma de compreender a Fadiga por Compaixão, um conceito que leve em conta as duas dimensões dos seres humanos. Dessa forma, defendem uma concepção diversa da usual, que identifica a Fadiga por Compaixão à ETS/TETS e que entende que a síndrome de *Burnout* é parte do fenômeno.

Os autores também entendem que a Fadiga por Compaixão, assim como a síndrome de *Burnout*, é consequência de um processo crônico de desgaste, porém causado por diversas experiências que são específicas dos profissionais que estão envolvidos em atividades que lidam com a dor e o sofrimento: a compaixão.

Argumentam que a distinção entre Fadiga por Compaixão, *Burnout* e ETS/TETS é importante, pois, além de evitar a confusão conceitual existente, permite aos pesquisadores identificarem em quais contextos ocupacionais cada um dos conceitos aplica-se melhor na explicação dos aspectos que contribuem para o sofrimento dos profissionais.

Em contextos em que os profissionais entram em contato com pessoas que vivenciaram experiências traumáticas, agudas, pontuais – acidentes, desastres, tortura, estupro, espancamento – há o risco de ETS/TETS. Por sua vez, em contextos em que os profissionais estão em contato com uma clientela e estão envolvidos em atividade ligadas ao atendimento das necessidades dessa clientela – professores, atendentes, bancários, etc. – há o risco do desenvolvimento da síndrome de *Burnout*.

Já a Fadiga por Compaixão ocorre em contextos em que os profissionais estão em contato com uma clientela que tem um tipo específico de demanda e, por isso, estão envolvidos em atividades relacionadas à remissão da dor e do sofrimento – médicos, enfermeiros, psicólogos, etc.

É importante compreender que, no caso de ETS/TETS, o que assemelha a Fadiga por Compaixão a estes fenômenos é a mediação do processo empático, uma vez que os dois fenômenos tratam de aspectos ligados a experiências secundárias. No entanto, na Fadiga por Compaixão, o que provoca o sofrimento não é a experiência vicariante de um evento traumático, são experiências vicariantes constantes do sofrimento e da dor vivenciada por aquele ao qual se presta socorro.

Vale a pena ressaltar que há também os casos em que os dois fenômenos podem ocorrer concomitantemente. Por exemplo, no caso dos paramédicos que vão ao local do acidente, fazem o resgate e depois continuam o tratamento da vítima até que ela seja encaminhada a um hospital. Ou então, no caso dos profissionais de saúde que trabalham em prontos-socorros e estão sujeitos a deparar-se com ocorrências que podem causar impacto. Nesses dois casos, os profissionais podem ser traumatizados pelo impacto

dessa experiência nova e depois vir a ficar fatigados durante o período em que o paciente ficar internado e sob seus cuidados.

Nesses exemplos, teoricamente tanto um quadro de TETS pode se desenvolver em decorrência do impacto causado por essa experiência aguda, quanto a Fadiga por Compaixão pode se desenvolver em decorrência da energia gasta no tratamento desses ou de outros pacientes. Porém, é importante salientar que, no contexto de promoção de saúde, o maior risco à saúde mental destes profissionais é a Fadiga por Compaixão, uma vez que os acontecimentos são na maioria das vezes ligados à remissão da dor e do sofrimento e não ao testemunho de eventos traumáticos.

7.5 – A necessidade de uma etiologia para Fadiga por Compaixão

Considerando a discussão realizada acerca do conceito da Fadiga por Compaixão, da necessidade do estabelecimento de uma relação precisa do termo com os demais conceitos relacionados, da necessidade de uma análise dos conceitos primários – empatia, compaixão, fadiga – e da importância de considerar nesta análise aspectos envolvidos em contexto de sofrimento e morte, é necessário o desenvolvimento de uma etiologia para a Fadiga por Compaixão.

Uma etiologia deve ser capaz de identificar o papel de cada um dos elementos contidos na dinâmica deste tipo de sofrimento laboral. Para tanto, faz-se necessário conhecer os elementos, a forma como se apresentam –sua fenomenologia – e a função de cada um deles no desenvolvimento deste sofrimento.

Com esse objetivo, nos próximos capítulos será apresentado o resultado de duas pesquisas. Uma pesquisa Qualitativa que contou com análise de entrevistas em profundidade realizadas com profissionais de saúde, entrevistas em grupo realizadas com enfermeiros e o resultado da pesquisa Quantitativa, que contou com a aplicação de um questionário-piloto em profissionais de saúde.

8 – Delineamentos de Pesquisa

Apesar da quantidade de trabalhos referentes à Fadiga por Compaixão com profissionais de saúde ser considerável na literatura internacional, verifica-se que esses trabalhos têm se restringido a dois tipos: 1) estudos com base na aplicação de algum instrumento de medida; 2) trabalhos de discussão ou revisão sobre o conceito. Por isso, não é possível verificar a existência de nenhum estudo qualitativo¹⁰ que tenha tido como objetivo investigar fenomenologicamente a Fadiga por Compaixão.

Sabe-se que os principais estudos sobre o tema discutem os aspectos relativos às suas características por meio do uso da própria experiência pessoal no tratamento de profissionais que sofrem da Fadiga por Compaixão. No entanto, não é possível encontrar nenhum estudo que apresente em detalhes, de forma organizada e sistemática a face do fenômeno, como ele opera sobre a saúde mental dos profissionais, como os profissionais o vivenciam, o sentem e o percebem.

Dito de outra forma, a atual compreensão sobre a Fadiga por Compaixão baseia-se na intuição dos autores, que, com base em sua experiência profissional, estabeleceram as características do fenômeno. Essas características foram operacionalizadas em formas de instrumentos de coleta e, atualmente, a maioria dos estudos sobre a Fadiga por Compaixão é realizada a partir da análise de dados das informações coletadas por esses instrumentos.

No entanto, tendo em vista que todo instrumento de mensuração é elaborado com base em um modelo teórico predefinido, não é possível utilizá-los para conhecer ou definir fenômenos. Como o próprio nome sugere, instrumentos de mensuração destinam-se a mensurar algo que está definido, estabelecido.

Não há intenção de defender que as informações coletadas por meio de instrumentos de coleta não possam ser capazes de gerar dados válidos. No entanto, sabe-se que só é possível o desenvolvimento de um instrumento de coleta quando se é capaz de definir com certa precisão o fenômeno que se pretende mensurar por meio de um instrumento quantitativo.

¹⁰Entende-se que, apesar de o trabalho de Yoder (2010) conter dados qualitativos, não pode ser considerado um estudo qualitativo, uma vez que os participantes responderam de forma escrita a duas perguntas preestabelecidas.

Conforme foi discutido, a atual conceituação sobre Fadiga por Compaixão apresenta problemas que têm tornado difícil uma definição clara do fenômeno, consequentemente tornando confusa a distinção entre ela e outros fenômenos já descritos.

Com o objetivo de superar essas dificuldades, ou seja, propor uma definição clara de Fadiga por Compaixão e a construção de um instrumento de mensuração mais preciso, foram realizadas duas pesquisas:

1) Pesquisa Qualitativa – Entrevistas em Profundidade e Entrevistas em Grupo com Profissionais de Saúde;

2) Pesquisa Quantitativa – Elaboração e Aplicação de questionário-piloto em profissionais de saúde.

Importante salientar que a pesquisa foi submetida e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Estadual de Saúde, além de contar com a aprovação da diretoria da Unidade de Saúde onde as entrevistas individuais e em grupo foram realizadas. Em todas as entrevistas, os participantes assinaram um termo de consentimento. As entrevistas individuais realizadas fora do Distrito Federal ocorreram em diversos locais e contaram com assinatura de um termo de consentimento.

A pesquisa qualitativa teve o objetivo de gerar informações acerca da fenomenologia da Fadiga por Compaixão, que possibilitassem uma compreensão ampla e detalhada das características do fenômeno, portanto, capaz de delinear o fenômeno e explicitar as suas características e qualidades.

A pesquisa quantitativa teve o objetivo de criar e testar a operacionalização do fenômeno observado na fase qualitativa. Como exposto, a compreensão do fenômeno é essencial para a construção de bom instrumento de mensuração. No entanto, alcançar uma boa compreensão do fenômeno não basta, e é necessário também um processo cuidadoso de representação das características essenciais dos fenômenos em forma de sentenças. Isso porque é diante das sentenças que os respondentes irão se comportar, e por essa razão, a maneira com a qual as sentenças são construídas podem influenciar o comportamento dos respondentes, interferindo na interpretação dos resultados.

9 – Pesquisa Qualitativa

Na pesquisa qualitativa, foram realizadas entrevistas em profundidade e entrevistas em grupo com profissionais de saúde. Em ambos os casos foram utilizados roteiros semiestruturados. Tanto nas entrevistas individuais quanto nas entrevistas em grupos os roteiros foram utilizados como norteadores das interlocuções, portanto, não determinando a ordem ou a maneira de aplicação das perguntas.

9.1 – Sujeitos da Pesquisa Qualitativa

Foram realizadas 28 entrevistas em profundidade com médicos, enfermeiros e auxiliares de enfermagem em uma unidade de saúde de Brasília e diversas unidades de saúde do Rio de Janeiro. Foram entrevistados 14 médicos e 14 enfermeiros e auxiliares de enfermagem, sendo 18 do sexo feminino e dez do sexo masculino, com idade entre 24 e 56 anos.

Foram realizadas também duas entrevistas em grupo com oito enfermeiros e auxiliares de enfermagem, sendo todos os participantes do sexo feminino, com idade entre 27 e 54 anos, lotados em uma unidade de saúde da cidade de Brasília.

9.2 – Procedimentos da Pesquisa Qualitativa

Todos os trabalhadores das unidades de saúde estudadas foram convidados a participar das entrevistas e foram informados de que o objetivo era discutir questões relativas ao Bem-Estar e Trabalho. Aqueles que aceitaram o convite assinaram um termo de consentimento (Apêndice A), assegurando que os entrevistados participavam das entrevistas de livre e espontânea vontade, assim como o sigilo das informações fornecidas.

As entrevistas foram gravadas em sua totalidade por meio de gravadores de áudio, uma vez que nenhum dos entrevistados demonstrou incômodo ao ser questionado quanto à possibilidade de gravação. As falas captadas nas entrevistas foram transcritas e é do conteúdo delas que se constitui o objeto da análise deste estudo.

A duração das entrevistas individuais variou entre 30 minutos e duas horas, e o tempo de entrevistas teve como variável principal a disponibilidade dos entrevistados. As entrevistas em grupo tiveram tempo médio de duração de uma hora e 30 minutos.

Os entrevistados não foram constrangidos ou coagidos a permanecer participando da entrevista quando demonstraram preocupações referentes aos seus afazeres ou compromissos.

9.3 – Instrumentos da Pesquisa Qualitativa

As entrevistas foram semiestruturadas e seguiram de forma pouco rígida tópicos descritos nos roteiros. A pergunta inicial foi sempre um pedido para que o entrevistado falasse sobre um dia de trabalho, sobre quais eram as suas atividades e o seu papel dentro da equipe. Os demais tópicos contidos no roteiro foram introduzidos de acordo com a ordem do discurso do entrevistado. A introdução de tópicos não previstos no roteiro foi permitida, caso surgissem no discurso do entrevistado.

Tabela 1 – Roteiro das Entrevistas Individuais.

- 1- O que você faz?
- 2- Como você se tornou (médico, enfermeiro, assistente social)?
- 3- Você conhece ou conheceu alguém que já enfrentou alguma dificuldade em lidar com o sofrimento dos seus pacientes? (o que sente ou o que sentiu?)
- 4- A realidade do seu trabalho foi de encontro a suas expectativas iniciais?
- 5- Algum caso que você atendeu já te deixou impressionado ou impactado?
- 6- Você acha que quando você socorre alguém isso implica em algum tipo de desgaste?
- 7- Você já teve sonhos com algum paciente que você atendeu?
- 8- Você diria que a sua forma de ver o mundo mudou depois que você se tornou um profissional da área de saúde? (o que mudou, por que mudou, exemplos)
- 9- Você sente que o seu tipo de trabalho afeta a sua vida pessoal? Como? Como você faz para lidar com isso?
- 10- O que você sente (ou sentiu) quando consegue aliviar o sofrimento de alguém (o que você sente? emocionalmente, fisicamente?)
- 11- O que você sente quando vê alguém sofrendo?
- 12- Você se colocar no lugar do paciente ou dos familiares que atende?
- 13- Como é quando você se coloca no lugar do paciente?
- 14- Colocar-se no lugar do paciente facilita ou atrapalha o trabalho do profissional de saúde?
- 15- O que diferencia aqueles que prestam socorro por esse ser o seu ofício, daqueles que prestam socorro por pura compaixão?
- 16- Na sua opinião, as pessoas socorrem outras pessoas por acharem que isso é correto ou porque se sentem impelidas (obrigada) a fazer?
- 17- Que estratégias você usa para entender o sofrimento dos seus pacientes?
- 18- Quais são as características de um bom (médico, enfermeiro, aux. de enfermagem)?
- 19- Há diferença entre um bom (médico, enfermeiro, aux. de enfermagem) e um (médico, enfermeiro, aux. de enfermagem) competente?
- 20- Qual é o papel do (médico, enfermeiro, Aux. de enfermagem) na sociedade?

As entrevistas em grupo também foram conduzidas de forma semiestruturada, seguindo de forma pouco rígida, os tópicos estipulados. É importante ressaltar que foi elaborado um roteiro específico para a realização das entrevistas em grupo. Neste roteiro foram elencadas as questões essenciais que haviam sido verificadas nas entrevistas individuais.

Tabela 2 – Roteiro das entrevistas em grupo.

- 1- Na relação com o paciente, o que deixa o profissional mais cansado?
- 2- Na relação com o paciente, o que é mais gratificante? O que te deixa mais feliz?
- 3- Do ponto de vista emocional, como é a condição de trabalho do profissional de saúde?
- 4- Por que nós ficamos incomodados quando vemos alguém sofrendo?
- 5- O contato com o sofrimento, quando vocês entram na área de saúde, faz com que vocês tenham que encontrar formas de lidar com isso?
- 6- Como é lidar com a dor e sofrimento do paciente? Como é lidar com a morte?
- 7- Muitas vezes a vida das pessoas está em suas mãos. Muitas vezes você consegue salvar, em outras elas morrem, como é isso?
- 8- Quando vocês cuidam de um paciente, vocês se colocam no lugar dele ou dos seus familiares?
- 9- Quando vocês socorrem alguém, isso causa algum tipo de desgaste físico ou emocional?
- 10- Por que algumas pessoas se tornam frias?
- 11- A missão do Profissional de saúde é salvar vidas ou aliviar a dor?
- 12- Se colocar no lugar do paciente resulta em um melhor ou pior atendimento?
- 13- Manter distância do sofrimento do paciente permite um melhor atendimento?
- 14- O profissional de saúde muitas vezes faz mais do que a sua profissão exige? Por que eles fazem isso?
- 15- Como os profissionais de saúde se protegem das emoções que surgem no trabalho?

10 – Resultados da Pesquisa Qualitativa

O conteúdo das transcrições das entrevistas foi analisado por meio de leituras repetidas do material, com o objetivo de compreender e agrupar as ideias centrais e recorrentes. Com base na identificação das ideias centrais, iniciou-se a elaboração de um quadro temático, onde foram registrados o nome do tema, a descrição do tema e os trechos das entrevistas que exemplificavam cada um dos temas criados.

O quadro temático foi repetidamente analisado e discutido em grupo, objetivando o desenvolvimento de um quadro temático definitivo e que representasse de forma apropriada o resumo do conteúdo das falas dos entrevistados.

Dito de outra forma, ao serem analisadas as falas dos profissionais entrevistados buscou-se identificar temas comuns, centrais e recorrentes nos discursos, assim como temas relacionados ao sofrimento daqueles que exercem o socorro a pessoas em sofrimento.

Além da identificação dos temas comuns no discurso dos profissionais de saúde, as análises buscaram formar o menor e mais completo conjunto de temas. Ou seja, buscou-se identificar os principais temas presentes no discurso, tomando-se o cuidado de não separar assuntos que poderiam fazer parte de um mesmo tema, evitando-se assim a inflação das características do fenômeno estudado.

A seguir será apresentada a definição dos oito temas que emergiram da análise do conteúdo do discurso captado nas entrevistas.

10.1 – Morte/Vida/Sufrimento

O fato de termos consciência de nossa finitude, da possibilidade de morrermos, faz com que vivenciemos a morte, ou o medo dela, durante toda a nossa vida. Essa especificidade inerente à experiência humana faz com que sejamos seres muito preocupados com o fim de nossas vidas e por isso desenvolvemos, ao longo da nossa história, ferramentas na tentativa de nos perpetuarmos (i.e., religião e trabalho).

Não por acaso, Sá (2010), em seu livro acerca do cuidado com as emoções do profissional de saúde, dedica um capítulo para tratar dessa questão. A autora aponta que a questão do lidar com a morte é uma das maiores ansiedades que rondam os estudantes

da área de saúde e que as angústias provocadas por essa experiência persistem por toda a vida profissional, principalmente para aqueles que acabam vendo nela uma falha profissional.

A autora ressalta que “afinal, ver o corpo inerte de uma pessoa para a qual se prestou cuidados, se dedicou tempo, energia, carinho, amor; se trocou palavras e até mesmo se riu lado a lado é algo que nos causa estranheza...” (Sá, 2010, p.25).

Apesar disso, como já foi apontado em alguns trabalhos (Meleiro, 1998; Luiz Antônio Nogueira-Martins, 2003; Sá, 2010), este assunto não vem sendo tratado de forma adequada nas formações desses profissionais, sendo evitado ou colocado como se fosse algo escondido e até mesmo mítico. Fala-se da doença, do risco de óbito, mas não se discute o que é a morte e nem o impacto que ela tem sobre as emoções humanas.

A falta de preparação dos estudantes para o contato com essa experiência nova e ameaçadora é frequentemente fonte de grande angústia durante a formação dos futuros profissionais, levando-os muitas vezes a questionarem a sua vocação, suas aptidões, sua identidade, causando sofrimento psíquico.

O sofrimento e a dor, por sua vez, configuram-se como eventos angustiantes por anunciarem o perigo próximo da morte. Ao testemunhar a dor e o sofrimento alheio, o profissional de saúde é recordado da possibilidade de sua própria morte e sofrimento. O que geralmente gera sentimentos dolorosos como ansiedade e angústia.

Por essas razões, não podemos falar acerca dos riscos à saúde mental dos profissionais de saúde sem levar em conta o contato constante com a morte e o sofrimento, uma vez que estes são aspectos necessariamente angustiantes para aqueles que desempenham este tipo de atividade. Conforme se apurou, diversos estudos que investigam a saúde mental dos profissionais de saúde mencionam a morte e o sofrimento como elemento presente no sofrimento desta categoria, no entanto, não consideram esse elemento como categoria de análise.

“Na época em que eu comecei a fazer medicina, o primeiro paciente meu que foi a óbito, eu conversei com meu pai sobre isso, perguntei: pai, mas como é? Lembro-me exatamente do meu primeiro paciente que morreu. Quer dizer, 30 anos depois você lembrar exatamente do paciente que morreu e você vem dizer que você lidou bem com isso? É uma loucura.” (Médico).

“Na escola de medicina te ensinam tudo sobre a vida e nada sobre a morte. Em momento nenhum na escola de medicina eles te falam que a vida é finita, que um dia as pessoas vão morrer.” (Médico).

“Na minha formação eu só vi processo de morte em psicologia no primeiro período, se não me engano foram 40 horas. Por isso que eu digo, todos entram despreparados para lidar com a morte. Somos preparados para técnica, para área de fisiologia, para medicação, mas o que esse contexto todo pode gerar em você, você não tem a mínima noção. Eu já vi muita gente descompensar no serviço e cair no chão chorando.” (Enfermeiro).

“Para um profissional recém-formado que ainda não aprendeu a lidar com essa questão. Primeiro da finitude humana, da finitude da vida com as suas limitações. E isso é muito angustiante. Ele tem que aprender na prática que não é um deus, ele é homem, ele tem limitações. Dentro do curso você pode até não ter a afirmação: Olha, você é onipotente, você é o super-homem. E isso não é dito, mas está nas entrelinhas.” (Médico).

Conforme foi visto, há inúmeros estudos que investigaram a prevalência de depressão, suicídio, uso de drogas em estudantes de medicina e enfermagem. Relatos como o apresentado apontam que um dos motivos pelo qual essa experiência é tão (des)estruturante para os estudantes é o fato de que é nesse período que eles são primeiramente expostos ao sofrimento e a morte. Importante salientar, expostos sem que haja um cuidado, uma preparação para vivência de eventos tão delicados. Conforme já discutido, os estudantes são expostos a estes contextos sem preparação ou apoio, como se essa exposição necessitasse se configurar como um ritual de passagem, separando os capazes dos incapazes.

O que se pode ver é que todos são incapazes de lidar de forma saudável com a exposição de elementos tão impactantes sem que haja uma preparação e um suporte. Isso porque a nossa cultura, no decorrer da história, estabeleceu um quadro de negação da morte, a distanciando do dia a dia das pessoas comuns. Desta forma, o que tem acontecido com os profissionais de saúde, que são pessoas comuns até optarem por essa profissão é que alguns sobrevivem a essa experiência carregando consigo sequelas, enquanto outros acabam ficando pelo caminho.

“E foi quando eu comecei a pensar na ortopedia, ninguém morre de ortopedia, a menos que seja um poli traumatizado que vai chegar com uma fratura na bacia, mas vai morrer de lesão vascular, não vai morrer de osso e isso me fez cair bastante para o lado da ortopedia.” (Médico).

Outro aspecto importante e surpreendente evidenciado pela análise das entrevistas é o fato de que as escolhas dos profissionais de saúde, no que tange à especialidade e área de atuação dentro da unidade de saúde, parecem ser balizadas pela forma com que cada profissional lida com a morte ou sofrimento.

Alguns preferem a ortopedia, pois nessa especialidade não se sentem responsáveis pela morte, já outros preferem a cardiologia, pois nela o sofrimento não está explícito como na ortopedia, em que é possível observar as fraturas e tem-se maior contato com expressões de dor por parte dos pacientes. Já outros relatam preferir a cirurgia plástica, pois nesta especialidade na maioria das vezes o objetivo almejado é alcançado.

Da mesma forma, há profissionais que preferem trabalhar na UTI. Pois neste contexto há um ambiente mais controlado e organizado, longe dos gritos, gemidos, odores e secreções. Já outros preferem trabalhar na clínica ou na enfermaria, pois os pacientes na maioria das vezes vão para UTI antes de morrer.

“No início a gente estranha, porque você lida com tudo né? Com sangue, secreções, você lida com todas essas coisas. Teve uma época que eu não comia carne porque eu tinha nojo, porque quando eu ia comer eu lembrava de determinadas coisas.” (Aux. de Enfermagem).

A análise do conteúdo das entrevistas deixa claro que a morte e o sofrimento são aspectos centrais dentro do contexto de trabalho dos profissionais em saúde e, principalmente, centrais para compreensão do sofrimento deste tipo de profissional. Assim, tentar entender o sofrimento desses profissionais sem levar em conta este aspecto resulta em uma compreensão incompleta.

Para o ser humano, que tem na morte um dos principais temores, ter como ofício uma atividade que o coloca em constante contato com eventos que o fazem vivenciar detalhes do sofrer e do morrer humano, resulta em angústia, ansiedade e entristecimento

que, somados a outras dificuldades, podem levar o profissional de saúde a um quadro de fadiga.

10.2 – Impotência/Onipotência

Lidar com questões ligadas à vida e à morte, portanto questões centrais da vida das pessoas, tem como uma das consequências a experiência de sentimentos de impotência (i.e., em situações de frustração) e onipotência (i.e., em situações de sucesso) por parte dos profissionais de saúde. Além de fantasiosos, esses sentimentos constituem um risco para saúde mental destes profissionais, uma vez que amplificam as emoções e impedem o desenvolvimento de uma boa estratégia para lidar com a realidade.

“Qual médico não tem uma história impressionante para contar? Que fez uma ressuscitação e depois a pessoa voltou? Poxa é legal lidar com a vida, é uma sensação equivocada é lógico, mas é uma sensação prazerosa você achar que faz muita diferença. Eu digo falsa, porque é uma sensação de controle sobre a vida, uma sensação totalmente equivocada, mas naquele momento é o seu momento.” (Médico).

Por lidarem com questões tão centrais à existência humana, questões que, como apontam Lago e Codo (2010), estão sempre presentes na Filosofia, na Ciência e na Religião, quando os profissionais de saúde obtêm sucesso no prolongamento da vida, são tentados a se sentirem empoderados diante da fantasia de ter vencido algo tão grande e poderoso como a morte.

Se por um lado, o sentimento de onipotência é prazeroso, ele é raro e evita que os profissionais de saúde lidem de forma mais realista com a condição da sua profissão.

“Mês passado, a gente estava com uma criança aqui que chegou consciente, orientada, andando, estava sorridente e tudo mais. Num certo plantão ela teve uma convulsão, essa convulsão gerou outras coisas que levou ela para UTI e na UTI ela morreu. A minha sensação diante, não da criança, mas do pai da criança, foi de incapacidade total. Porque por mais que eu usasse todo o

conhecimento técnico que eu tenho, eu não poderia melhorar a condição dele. Eu não tinha como ir lá e tirar a doença da criança”. (Enfermeiro).

Nas situações em que o profissional de saúde percebe que, mesmo tendo sido aplicada toda a técnica conhecida, mesmo tendo utilizado todos os recursos disponíveis, a morte prevaleceu, eles são tomados por um sentimento de impotência. Isso os leva a questionar suas crenças acerca da eficácia das técnicas e dos aparelhos, assim como a questionar a crença de que o seu trabalho é capaz de gerar algum produto.

Da mesma forma que o sentimento de onipotência, o sentimento de impotência, além de gerador de angústia, dificulta a adoção de uma postura mais realista em relação ao contexto do trabalho em saúde, uma postura que esteja entre o *tudo posso* e o *nada posso*.

“O que mais me chocou assim, foi um dia ver um pai, um médico, chegar com o filho dele nos braços. Isso não foi aqui, foi em um hospital particular. Entregou, porque ele não tinha muito o que fazer. Porque ele descobriu que o filho tinha, isso por insistência dele, um sopro no coração. Porque o pessoal não dá muita importância ‘ah um soprinho qualquer’. Mas ele quis investigar o sopro, quando ele descobriu era coisa séria, coisa de transplante urgente. Nesse dia, ele estava indo para São Paulo para fazer o último exame. Nisso o menino pediu para voltar porque estava passando muito mal e queria ir no banheiro. Ele estava em frente ao hospital, o menino passou lá e foi no banheiro, nisso teve uma convulsão. Nisso a gente recebeu o menino, ele ainda estava consciente e ficava pedindo para ir para casa ‘pai me leva para casa, tia me deixa ir pra casa’. Aí eu sei que veio cardiologista de não sei de onde, veio especialista, veio médico de tudo que é lugar. Só sei que fizeram de tudo, todos os procedimentos para tentar salvar essa criança. Não tivemos sucesso. Ficamos do início da manhã até o meio da tarde envolvidos, então quando tudo parou estávamos todos esgotados. Então, assim, foi comovente, você ver que você pode ser um médico, mas perante a vida você é impotente. Você entrega seu filhinho de seis anos, cabelinho lourinho, todo soltinho, fininho, aí vai embora todo mundo. Não há nada a fazer, fica só você e aquele corpinho ali, só você e aquela criança naquela cama. Ai você tira isso, tira

aquilo, tira tudo que o pessoal fez e que machucou ele e você vai vendo tudo que foi feito, você vai vendo todos os detalhes do corpinho dele, que foi machucado durante o procedimento. E vai todo mundo embora e você tem que pegar ele. No dia eu não consegui trabalhar mais. Cheguei em casa arrasada, cheguei em casa e chorei, chorei. Pensei: a gente não é nada.” (Aux. de Enfermagem).

Outro aspecto relacionado aos sentimentos de onipotência e impotência identificados no conteúdo das entrevistas refere-se à disponibilidade de recursos físicos. Durante as entrevistas, ficou claro que o primeiro tema que emerge na fala dos profissionais como responsável pelo sofrimento é a falta de condições físicas para execução das atividades (e.g., falta de material, de equipamentos, de leitos, etc.). Apenas depois de algum tempo de entrevistas, questões relativas à presença da morte e do sofrimento começam a aparecer na fala dos entrevistados.

Não há a intenção de discordar do fato de que a falta de condições físicas para o desenvolvimento das atividades dos profissionais de saúde contribui para a angústia vivida por esses profissionais, no entanto, é possível verificar em diversas falas, que, mesmo quando a questão física não se configura como uma fonte de angústia, a atividade do profissional de saúde permanece sendo fonte de angústia e ansiedade.

Por isso, entende-se que a carência de recursos físicos acentua a angústia vivida pelos profissionais de saúde, mas não é a causa do sentimento. Mesmo porque a área de saúde não é a única que sofre por problemas relativos à falta de recursos. O que ocorre é que, na área de saúde, a falta de recursos assume uma dimensão maior, pois se lida com questões relativas à morte e ao sofrimento. Ou seja, a falta de um recurso pode resultar na vida ou na morte de pessoas, enquanto em outro contexto de trabalho a falta de um recurso resultaria apenas no atraso na execução de uma atividade.

É importante pontuar esta questão, pois, na literatura é possível encontrar trabalhos sobre saúde mental que indicam a falta de recursos físicos como sendo a causa principal do sofrimento dos profissionais de saúde (K. d. M. Batista & Bianchi, 2006; Carvalho & Malagris, 2007; A. A. Filho & Borges, 2005; Rosa & Carlotto, 2005). Esta visão pode resultar em ações que visem apenas aumentar a disponibilidade de recursos, deixando de fora outras ações no sentido da promoção da saúde mental destes

trabalhadores. Soma-se a isso o fato de que a simples disponibilização de recursos não é capaz de, por si só, promover o bem-estar desses trabalhadores.

Existe outro aspecto relativo a essa dinâmica que merece destaque. Foi possível verificar que a falta de recursos físicos contribui também para a redução do sentimento de impotência, assim como muitas vezes facilita a elaboração dos insucessos por parte do profissional de saúde. Isso porque foi possível verificar que nestas situações os insucessos são quase sempre creditados à falta de algum recurso, evitando que o profissional de saúde questione a sua capacidade ou o poder das técnicas em evitar a morte.

Importante esclarecer que não é intenção deste trabalho defender que a falta de recursos físicos é uma questão irrelevante, mas chamar atenção de que apontá-la como causa principal do sofrimento dos profissionais de saúde é uma resposta muito simples para uma questão mais complexa.

Os sentimentos de Onipotência e Impotência vivenciados pelo os profissionais de saúde são consequência do exercício de um ofício que os coloca em contato constante com a morte. A falta de preparo para lidar com esses contextos faz com que os profissionais de saúde acabem sendo tomados por sentimentos fantasiosos e extremos, uma vez que tanto a Onipotência quanto a Impotência são irrealis. Esses sentimentos causam sofrimento no profissional de saúde e impedem que eles desenvolvam estratégias mais elaboradas para lidar com seu contexto de trabalho, contribuindo para um maior risco de Fadiga por Compaixão.

10.3 – Paradoxo da Compaixão

Conforme apontaram Lago e Codo (2010), as atividades ligadas ao socorro de pessoas em sofrimento sempre estiveram intimamente ligadas às questões religiosas e, portanto, ligadas simbolicamente ao âmbito da caridade, da missão. Com o advento do capitalismo e da transformação dessas atividades em profissões e, por isso, em atividades remuneradas, algumas questões relativas a essas práticas se tornaram paradoxais. Se antes dessas atividades se tornarem profissões, cabia àqueles envolvidos nela fazer tudo ao seu alcance para contribuir para melhora do bem-estar dos pacientes, depois da profissionalização destas atividades, os profissionais passaram a ser instruídos

a fazerem apenas um conjunto de atividades que se referem a sua obrigação profissional.

No entanto, se, na teoria, agir puramente de forma profissional parece simples, para os profissionais de saúde esta postura muitas vezes parece apontar para uma direção diferente da apontada pela sua bússola moral ou compassiva. A estas situações, em que a postura profissional entra em conflito com o dever moral, denominou-se *Paradoxo da Compaixão*, ou seja, situações em que os profissionais de saúde são obrigados a decidir entre *ser profissional* ou *ser compassivo/ser humano*.

Importante salientar que esta decisão é fonte de angústia para profissionais de saúde e que, independentemente da decisão tomada, geralmente causa remorso. Por essas razões, entende-se que este seja mais um aspecto inerente ao sofrimento dos profissionais de saúde e, portanto, configura-se como ameaça à saúde mental dos profissionais.

“Por entender a aflição de uma mãe, às vezes a gente até faz coisas não permitidas para tentar ajudar. Uma vez mesmo, teve um bebê que nasceu prematuro, nasceu prematuro extremo, com lesão cerebral, não estava bem. Eu sei que essa mãe não tinha condições, ela inclusive já tinha outros filhos e ela precisava de um exame para saber se a criança ficaria surda ou não. Se ela fosse marcar esse exame como paciente de alta, ia demorar uns três anos para conseguir, mas se ela fosse como paciente internada era rápido. O que nós fizemos? Mantivemos os registros como se ela estivesse internada e com isso conseguimos marcar o exame para a outra semana. Esse tipo de coisa a gente acaba fazendo, saindo fora do que é correto profissionalmente.” (Enfermeiro).

Por colocar o profissional de saúde em um dilema moral/profissional, o *paradoxo da compaixão* provoca desgaste no profissional de saúde, assim como sentimentos desagradáveis como culpa e remorso. Importante frisar que tais situações estão longe de serem eventuais, como já foi discutido, essa condição é decorrente da forma como as atividades ligadas ao socorro constituíram-se ao longo da história. É evidente que quanto mais adversas as condições de trabalho maior é a chance de que o profissional de saúde seja colocado diante desse tipo de situação.

“Eu me lembro que quando eu fui dar o óbito de uma criança em um plantão. Comunicar o óbito de uma criança para uma mãe é completamente diferente de comunicar o óbito de um adulto para a família. Eu até admito que ali de médico eu não fui nada. Fui praticamente um pastor ou um padre, porque eu descambei para o discurso religioso que nem eu mesmo acredito.” (Médico)

A falta de capacitação que permita que os profissionais lidem com questões limítrofes (i.e., postura compassiva versus postura profissional) faz com que os profissionais tenham que lançar mão das estratégias possíveis para cada um.

“Então você é bandido o tempo inteiro. Se você quebra o galho é bandido, se não quebra é também. Quando eu era interno eu já botei paciente no meu carro para levar para outro hospital, pois não tinha ambulância para fazer a transferência, hoje eu vejo que isso foi uma loucura.” (Médico)

Em alguns casos, as soluções adotadas pelos profissionais de saúde acabam mostrando-se adequadas à situação, porém, em outros casos não. A convivência constante com esse tipo de dilema impõe ao profissional de saúde mais uma ameaça a sua saúde mental, contribuindo para seu sofrimento.

10.4 – Empatia/Compaixão

O processo empático é uma capacidade essencial para a convivência em grupo. Os seres humanos, essencialmente sociais, possuem a capacidade empática mais complexa e bem elaborada da natureza e nisso se distinguem dos animais que, em geral, possuem um processo empático menos elaborado denominado *contágio emocional*.

Estudos na área de biologia, fisiologia e ciências cognitivas indicam que apesar da capacidade de ser impactado pelas emoções de outros seres, estar presente em todos os seres gregários, apenas os seres humanos e alguns símios são capazes de perceber as emoções alheias como sendo externas, e desta forma, serem capazes de discriminar as próprias emoções das emoções de outrem. Capacidade essa essencial para o desenvolvimento da *compaixão*.

Além disso, no caso dos seres humanos, outros aspectos também estão envolvidos nesse processo, a saber, a dimensão simbólica/cognitiva. Assim, no caso dos

seres humanos, crenças religiosas, crenças relativas à reciprocidade e tantas outras, também participam do funcionamento desse processo.

O processo empático – que envolve a capacidade empática e compassiva – constitui-se como essencial para a convivência em grupo, uma vez que ele permite a ocorrência de comportamentos de ajuda, realização de atividades coletivas coordenadas e ajuda na interação social entre os membros do grupo. Isto porque ele permite que os elementos modulem seus comportamentos em função das emoções e das intenções de outros membros, diminuindo o número de conflitos intragrupo e aumentando a coesão grupal.

Por essas razões, o processo empático é a base do comportamento de socorro, uma vez que ele é o responsável por chamar atenção dos demais indivíduos em relação ao sofrimento de outro indivíduo e propicia o estabelecimento do sentimento de *compaixão* que mobiliza os indivíduos no sentido de interromper a dor e o sofrimento alheio.

“Quando o sofrimento é verdadeiro, você olha e vê que o paciente realmente tem dor, a gente tenta fazer o melhor por ele, tirar a dor de qualquer forma ... é uma sensação de pena mesmo.” (Médico)

“Me ajuda a ter mais atenção quando eu percebo que aquele paciente sofre, percebo o sentimento, percebo a dor. A aflição me ajuda a entender e tratar melhor o paciente. Mesmo porque eu já tive alguns problemas ortopédicos em mim e sei como dói, como é ruim.” (Médico)

Outro aspecto importante relativo ao processo empático é que, sendo o trabalho do profissional de saúde ligado à remissão da dor, experiência essa que é subjetiva, o processo empático configura-se como o único meio pelo qual ele pode ter acesso aos detalhes da demanda do paciente. Detalhes essenciais para que se possa traçar um bom diagnóstico e indicar o tratamento adequado.

“Empatia todo mundo tem que ter. Se você não tiver ela, você não consegue fazer nada. Se você não se colocar no lugar, não perceber realmente como a pessoa está, você não consegue fazer nada. Como é que você vai ajudar uma

“... pessoa se você não sabe mais ou menos o que está acontecendo com ela? O que ela está sentindo, em que grau de estresse ela está?” (Enfermeiro).

Porém, o que é possível notar é que devido ao custo emocional que o processo empático cobra dos profissionais de saúde e tendo em vista que eles não são capacitados para gerenciar esse processo, os aparatos tecnológicos disponíveis atualmente para realização de diagnóstico têm sido utilizados como substitutos do processo empático e não como auxiliares.

“Hoje eu me pergunto como eu consegui começar a fazer medicina, sem ultrassom e sem tomografia, simplesmente não existia antigamente. Tanto que os médicos da minha geração são exímios examinadores. Muito melhores que os moleques formados de agora.” (Médico).

Substituir o processo empático por exames tem-se demonstrado uma estratégia recorrente na área de saúde, atitude que, além de impedir a influência terapêutica, que a relação médico-paciente tem sobre a melhora da saúde do paciente, tem causado erros de diagnóstico.

“Antigamente o médico era bom. Porque o médico trabalhava com anamnese, ele trabalhava com quadro clínico e a partir daí ele medicava. Ele era médico. Agora, hoje em dia, não. Hoje em dia ele trabalha com quadro clínico e com exame. Peguei uma criança lá em ***** com cefaleia. Todo o quadro clínico de meningite. O que os médicos fizeram? Vamos colher um líquido, que é na coluna aqui, que ele vai dar o diagnóstico de meningite. Ninguém conversou com a criança, ninguém conversou com a mãe. Ele na soberania de colher o líquido. Colheu o líquido, não deu nada. Faz um exame no hemograma e não tem nada. Não tem leucócito aumentado, não tem infecção, não tem nada. O menino letárgico, com dor de cabeça, sonolento. Aí tem um médico aqui que chama D*****, muito bom. Tomara que continue assim, e não se desvirtue. Foi lá conversou 10 minutos com a criança. Com a criança, não foi nem com a mãe. ‘Oi, tudo bem, blá, blá, blá. Você tomou alguma coisa em casa? ‘Eu bebi um remedinho, não eu bebi um negócio. Um remedinho vermelho’. O médico perguntou para mãe. Era um antialérgico que dá sono, cefaleia, ele bebeu meio vidro. Fechou o diagnóstico, tirou do isolamento, pois ele estava no isolamento de meningite, tirou o soro, tirou tudo da criança.

Por quê? Ele não fez nada além da anamnese. Ele não fez nada além do que é ser médico.” (Enfermeiro)

Antes de culparmos os profissionais de saúde por se esquivarem em estabelecer um vínculo compassivo com seus pacientes, é importante entender que essa esQUIVA tem ocorrido, pois vincular-se com os pacientes tem um custo. Principalmente dentro de um cenário onde os profissionais de saúde já se mostram esgotados. Desta forma, os aparatos tecnológicos se apresentam como uma ótima saída para que médicos continuem realizando o seu trabalho sem terem que se desgastar entrando em contato com os sentimentos do paciente.

“Eu não sei se isso é bom. Eu ainda não consegui fazer esse estudo. Não sei se isso é bom ou é ruim. Você se envolver muito. Eu não consigo te definir se isso é bom assim.” (Aux. de Enfermagem)

“Você tem que ser forte o suficiente para conseguir escutar, saber passar uma mensagem para aquela pessoa. Mas tem que ser forte também para não deixar que aquilo mexa muito com você.” (Enfermeiro)

“É a famosa questão, você tem que ter empatia né? Mas você não pode tratar do paciente com muita simpatia, se derreter com o paciente e nem com antipatia.” (Enfermeiro)

Tendo em vista a dificuldade que os profissionais de saúde têm de avaliar se o estabelecimento do vínculo empático configura-se como uma estratégia benéfica, tanto do ponto de vista clínico quanto do ponto de vista da manutenção da sua saúde mental, tem ocorrido de muitos profissionais entenderem que a postura mais benéfica é manter-se distante emocionalmente dos pacientes.

“É difícil estabelecer uma, vamos dizer, um equilíbrio. Ora você vai estar equilibrado, ora você não vai estar. Ser humano é ter sentimentos. Como o ser humano pode ser frio e ser sentimental? Você não pode também chegar lá e chorar junto com o cara. Quer chorar, então vai chorar escondido. Mas lá na frente, você tem que manter um equilíbrio. Então muitas vezes o paciente fala, fala e você engasga, fica ali calado para não demonstrar, faz um “uhum”. Mas é difícil manter o equilíbrio.” (Enfermeiro).

É difícil. Porque a gente fica 2, 3, 4 meses com uma pessoa e você chega no outro plantão e ela veio ao óbito. Teve um paciente que eu chorei. Teve uma paciente que ela logo quando surgiu esse negócio de H1N1 ela estava grávida. Ela passou cinco plantões com a gente. No dia que eu estava de plantão ela parou. Eu não consegui participar da reanimação dela. Foi uma coisa tão chocante pra mim que eu não consegui. Parece que eu bloqueei, eu esqueci tudo que eu sabia, porque a gente se apega. Eu não sei se isso é bom.” (Aux. Enfermagem).

Um estudo longitudinal com estudantes de medicina encontrou resultados que dão suporte à conclusão de que é possível traçar uma relação entre o período de residência médica e a degradação da empatia. Verificou-se que no 3^a ano de residência foi possível observar um maior decréscimo de empatia entre os estudantes, período quando os estudantes começam a entrar em contato com pacientes e com as angustias decorrentes do contato com a dor e sofrimento (Hojat, et al., 2009).

Por outro lado, Shanafelt et al. (2005) observaram que residentes de medicina com os melhores escores no instrumento de avaliação da empatia foram aqueles que alcançaram melhores escores no instrumento de avaliação de bem-estar. Os autores argumentam que esses resultados podem indicar que aqueles que obtiveram bons escores em empatia desenvolveram habilidades emocionais que evitam que eles vivenciem com frequência situações de tensão e estresse.

Por isso argumenta-se que a compaixão cumpre um papel central e paradoxal no trabalho do profissional de saúde. Se por um lado constitui a base do comportamento de socorro, proporcionando que o profissional tenha acesso privilegiado aos sintomas do paciente, por outro lado é a porta de entrada do sofrimento vivido pelo paciente. Em um contexto onde os profissionais de saúde não estão preparados e não são instrumentalizados para lidar com esse mecanismo, acabam elegendo o sentimento como vilão na sua relação com o paciente.

Uma vez que a Fadiga por Compaixão refere-se a um quadro de esgotamento decorrente de um sofrimento promovido por meio da compaixão, levar em conta o processo empático é essencial para entender essa forma de sofrimento.

10.5 – Tensão Empática

Se o processo empático permite notar e conhecer as emoções vivenciadas por outras pessoas, ele também resulta em desgaste para o organismo do observador. Conforme argumentaram Lago e Codo (2010), por meio do uso de exames de imagem, a forma pela qual nosso organismo consegue perceber e conhecer sentimentos que não são nossos é simulando em nossos próprios corpos as reações corpóreas vivenciadas por aqueles que observamos em sofrimento. Sendo assim, o processo empático, apesar de propiciar a ocorrência de um evento quase mágico, que é o compartilhamento das emoções de outra pessoa, também acaba por fazer com que o espectador vivencie em algum grau o sofrimento vivido pela vítima.

Assim, denominou-se *tensão empática* o estado de tensão, angústia, aflição, causado pelo testemunho do sofrimento alheio, o que, somado à vontade, ao ímpeto de interromper a dor e ao sofrimento vivido pela vítima, gera a *compaixão*.

“O desgaste é muito maior quando você tem de socorrer de emergência, é uma sensação de muito desgaste. Você só percebe depois que termina. Quando você para “meu Deus” parece que um caminhão passou por cima de você, a sensação é exatamente essa.” (Médico).

Toda a mobilização causada pela exposição a contextos onde há questões ligadas ao sofrimento e o risco de morte provoca um grande dispêndio de energia física e mental dos profissionais de saúde. Em situações de emergência esse quadro é agravado devido à brevidade com que todos os procedimentos devem ser realizados.

“No fundo, no fundo, quem trabalha com isso e vive no dia a dia, dá um jeito de isso ser mais ameno: “ah, não deu, não deu para salvar, não deu para fazer mais, eu fiz tudo que eu pude”. Mas eu acho que o desgaste sempre existe”. (Médico).

Os profissionais de saúde alimentam a fantasia de que as pessoas que se dedicam a esse tipo de atividade acabam estabelecendo formas de conviver com essa realidade. Isso é verdade, mas é possível verificar que as formas adotadas geralmente não são saudáveis nem totalmente eficazes no que diz respeito a proteger os profissionais de saúde contra os efeitos nocivos deste tipo de experiência.

“Por mais que você não queira, você acaba ficando sensibilizado. Você não fica lembrando do que aconteceu, mas aquilo ali às vezes está te incomodando e você nem sabe o que é. Mas você está excitado, você está com aquele irritação.” (Enfermeiro).

Como será discutido em detalhes adiante, os profissionais de saúde, ao perceberem que o processo empático é a fonte de sua excitação e angústia, na maioria das vezes, se esforçam para anulá-lo. Porém, a *tensão empática* é uma reação normal à observação do sofrimento alheio e, portanto, não deve ser anulada. Entender as razões que levam o profissional de saúde a ser tão afetado pela *tensão empática* é uma das questões centrais para uma boa compreensão das condições de trabalho desse profissional.

10.6 – Distanciamento Emocional

Como já foi exposto, o processo empático, que possibilita o conhecimento das emoções e dos sentimentos vividos por outrem, além de propiciar o estabelecimento da compaixão – vontade, ímpeto em intervir no sofrimento alheio – provoca desgaste no espectador. Isso ocorre, pois, para que o nosso organismo seja capaz de conhecer experiências tão privadas, ele simula nos nossos corpos reações semelhantes às ocorridas no corpo da vítima.

Se, para a vítima, vivenciar dor e sofrimento configura-se como uma experiência desgastante, para o espectador presenciar o sofrimento vivido por outra pessoa também gera desgaste. Essa situação configura-se em risco para a saúde mental dos profissionais de saúde, uma vez que eles são obrigados a testemunhar diversas pessoas em situações de dor e sofrimento, o que resulta no compartilhamento de parte da dor e sofrimento vivido por dezenas de pacientes.

Tendo em vista que o processo empático é o meio pelo qual esse desgaste torna-se possível, e tendo em vista a falta de capacitação e suporte psicológico oferecido a esses profissionais, nota-se que a estratégia mais empregada pelos profissionais de saúde no sentido de se protegerem do desgaste tem sido o *distanciamento emocional*.

Acredita-se que esta estratégia de enfrentamento da *tensão empática* tem sido a mais empregada pelos profissionais de saúde. Por duas razões: 1) o profissional, ao

identificar que o processo empático é a fonte do seu sofrimento, tenta evitar o estabelecimento de vínculo com o paciente, 2) esta estratégia é ensinada de modo informal durante o processo de formação destes profissionais.

“Na faculdade a gente via muito isso. Os professores da gente diziam muito, martelavam: você não deve se emocionar, você não pode chorar, você não pode passar tristeza para o paciente.” (Enfermeiro).

“Você se comove às vezes, mas se você não aprender a se distanciar você nem começa, você nem passa da faculdade. É obrigatório.” (Médico).

“Mas isso é um exercício muito comum que eu vejo no meio dos colegas. Naturalmente você começa a lidar de forma mais distante.” (Médico).

O primeiro aspecto problemático dessa estratégia de enfrentamento está no fato de que, ao contrário do que pode parecer para alguns trabalhadores, ela não é natural, na verdade é antinatural.

Do ponto de vista biológico somos programados para que contextos onde outra pessoa esteja passando por sofrimento ou dor sejam naturalmente aflitivos, aumentando a motivação e esforço para interromper o sofrimento alheio. Do ponto de vista simbólico/cognitivo, estamos inseridos dentro de uma sociedade judaico/cristã que nos ensina o valor do amor ao próximo, nos culpa por ter feito o filho Dele sofrer por conta de nossos pecados. Estamos inseridos numa cultura latino-americana, coletivista, e que, portanto, atribui valor aos comportamentos de ajuda. Sendo assim, o emprego do *distanciamento emocional* é difícil e provoca más consequências para o trabalho do profissional de saúde.

“De maneira geral, se você não tem dentro de você uma visão humanista das coisas, da tua profissão, dos pacientes, esse escudo é profundamente entorpecedor, embrutece. Nada é com você.” (Médico).

“Cada vez que eu boto o pé dentro do meu trabalho eu peço pra Ele me guiar de forma correta. Que eu nunca ultrapasse meu limite, que eu nunca desrespeite o sentimento de alguém, que eu nunca fira isso. E quando eu sinto que eu estou perdendo tudo isso eu me policio. Porque a gente vai ficando muito mecânico. Tem pessoas que dizem que não sentem mais.” (Aux. de Enfermagem).

É essencial que os profissionais de saúde sejam capazes de adotar estratégias mais eficientes e saudáveis de convivência com a *tensão empática*, uma vez que o *distanciamento emocional*, além de não ser eficiente, prejudica a qualidade do trabalho do profissional de saúde.

Quanto mais distanciado emocionalmente um profissional de saúde se encontra, maior foi o impacto da *tensão empática* vivenciada por ele. Consequentemente maior o risco de *fadiga por compaixão*. Lamentavelmente os profissionais mais embrutecidos de hoje provavelmente foram os mais empáticos de ontem.

10.7 – Satisfação por Compaixão/Realização Profissional

Se presenciar o sofrimento alheio provoca no espectador um estado de tensão, aflição, angústia, chamada de *Tensão Empática*, direcionar esforços no sentido de interromper a dor e o sofrimento alheio e alcançar sucesso provoca um grande sentimento de satisfação e regozijo. Como já é conhecido da literatura científica, nem todo estado de tensão vivido resulta necessariamente em danos para o organismo.

Alguns estados de tensão que são procedidos de boas consequências (e.g., vitória em uma partida de jogo decisiva, sucesso em uma prova final, etc.) resultam em benefícios para o organismo, como sentimentos de entusiasmo e júbilo. À ocorrência dessas situações no contexto de trabalho do profissional de saúde dá-se o nome de *Satisfação por Compaixão*.

“É muito prazer, é muito prazeroso quando você acerta um diagnóstico difícil, quando você consegue aliviar a dor de alguém...” (Médico).

“Quando é resolvido é um sentimento muito bom, uma alegria fantástica de ter estado numa situação gravíssima e ter conseguido ajudar.” (Médico).

Além de propiciar boas sensações, a *Satisfação por Compaixão* tem um papel restaurador, recompondo o organismo da energia gasta e aumentando a capacidade do organismo de lidar com outras situações desgastantes.

“Pegar aquele paciente que chegou mal, que está com muita dor e depois ver a evolução dele, andando, sem dor e o paciente vem te agradecer. Isso é recompensador demais, eu acho que vale muito a pena.” (Médico).

“Mas quando você consegue, você pode estar acabado, desgastado, exaurido, mas é extremamente gratificante, é bom pra caramba! A sensação é extremamente prazerosa.” (Médico).

Outro aspecto interessante ligado à *Satisfação por Compaixão* está no fato de que quanto maior a *Tensão Empática* vivenciada pelo profissional de saúde, no caso de sucesso, maior é a *Satisfação por Compaixão* vivenciada pelo profissional de saúde.

“Quando você vê um caso grave se superar, que você achava, que você via poucas chances de sucesso, aquilo ali te toca ainda mais fundo.” (Enfermeiro).

Percebe-se, também, que não é apenas o sucesso na remissão da dor, ou no adiamento da morte que é capaz de propiciar *Satisfação por Compaixão* nos profissionais de saúde, mas o reconhecimento do esforço despendido por parte de pacientes, familiares dos pacientes ou membros da equipe.

“Tem aquela sensação de prazer difícil de descrever quando você vê alguma pessoa que reconhece o seu trabalho, porque o doente reconhece quando ele melhora. Tem uma relação de gratidão. Quem não gosta de sentir gratidão dos outros? Quem não gosta de perceber que seus colegas reconhecem que você fez bem o seu trabalho?” (Médico).

“Quando o paciente vai a óbito e manda e você recebe uma carta agradecendo o carinho, a atenção, você se convalesce. Você sabe que seu trabalho foi reconhecido.” (Aux. de Enfermagem).

A *Satisfação por Compaixão* é a consequência saudável do desempenho de atividades de socorro, é a recompensa pela tensão e pelo desgaste que esse tipo de atividade gera naqueles que a executam. Para a promoção da saúde mental dos profissionais de saúde é necessário que sejam implementadas ações que venham a propiciar uma maior ocorrência de eventos que resultem no sentimento de *Satisfação por Compaixão* nos profissionais de saúde. Quanto maior a *Satisfação por Compaixão* menor o risco de *Fadiga por Compaixão*.

10.8 – Fadiga por Compaixão

A condição de trabalho do profissional de saúde o coloca em um contexto onde diversos aspectos podem contribuir para o desenvolvimento de um quadro de fadiga. Lidar constantemente com a morte e o sofrimento, a tensão vivida ao presenciar o sofrimento alheio, o sentimento de impotência/onipotência e a experiência de situações paradoxais são o resultado de um trabalho que envolve compaixão.

Conforme aponta o modelo de compaixão desenvolvido por Goetz et al. (2010), uma série de processos avaliativos ocorrem até que a compaixão aconteça. Em um dos processos avaliativos, quando o indivíduo avalia que aquele que sofre não é merecedor de ajuda, ao invés do desenvolvimento da compaixão ocorre a experiência de raiva em relação ao indivíduo que sofre.

“Eu me sentia também com raiva de todo mundo, eu pensava ‘não quero saber dos seus problemas, os seus problemas estão me causando um problema maior ainda e agora eu estou preocupado com o meu problema. Então não me traga mais problema porque isso se torna um grande problema para mim porque eu não estou mais a fim de resolver’. Eu já estava assim...” (Médico).

O sentimento de raiva é uma estratégia de proteção do Eu, portanto, tem como consequência uma resposta egoísta. Ao contrário da compaixão que é uma resposta altruísta, portanto, uma estratégia de proteção do outro e não do Eu.

Porém, se o estágio avaliativo sobre o merecimento de ajuda por parte daquele que sofre é vencido, o próximo estágio envolve a avaliação do profissional de saúde acerca dos recursos internos que ele possui para investir no socorro ao outro. O modelo de compaixão de Goetz et al. (2010) prevê que caso o indivíduo verifique que não possui recursos para investir no socorro do outro, ao invés da compaixão, sentimentos de medo, ansiedade e angústia são vivenciados.

“Falta de paciência, eu tinha vontade de chorar o tempo todo, não tinha vontade de trabalhar. Não me aguentava mais. Até que eu pedi pra sair.” (Aux. Enfermagem).

Diferentemente de todas as pessoas que não têm como ofício o socorro, o profissional de saúde não tem a liberdade de avaliar se determinado paciente é merecedor ou não de socorro. Da mesma forma, é vedada ao profissional de saúde a

liberdade de não atender os pacientes quando sentem que não possuem recursos para investir no socorro.

“Aí mandaram vir para o meu hospital que também não tem emergência, sem contato prévio, o que é ilegal, mas mandaram vir por conta própria e eu não posso recusar atendimento.” (Médico).

“Uma pessoa chegou pra trabalhar na UTI e eu estava dentro do hospital e ela pediu pra mim ir ajudá-la porque ela não estava sabendo como manusear. Fazer, proceder. Ela não sabia se ia para banheiro ou se dava assistência. Na época eu até imaginei que ela estava com algum problema, um pânico, alguma coisa assim. Esse caso me marcou. Ela depois ficou assim torturada com aquilo.” (Enfermeiro).

Pode-se argumentar que é possível para o profissional de saúde realizar os processos avaliativos, e ir tanto pelo caminho da compaixão quanto ir pelo caminho da raiva ou angústia no exercício da sua profissão. Pois bem, entende-se que para essa questão a resposta é sim e não.

Para o profissional de saúde avaliar que um paciente não merece ajuda ou que ele, profissional de saúde, não tem recursos para investir no socorro de um paciente significa colocar em risco a sua identidade. Faz parte da identidade do profissional de saúde prestar socorro a todos, sem distinção, assim como se pressupõe que o profissional de saúde é aquela pessoa preparada, capacitada para lidar com todos os contextos envolvidos no socorro de uma vítima.

Em uma situação de sofrimento ou risco a saúde, faz parte da identidade do profissional de saúde a sua responsabilidade pelo bem-estar da vítima, não cabendo ao profissional de saúde avaliar se a vítima merece ou deseja socorro, ou se o socorro é compatível com os recursos que o profissional de saúde possui.

“Ah, senhor, tem uma senhora lá em cima, ela brigou com o marido ou sei lá com quem e ela está trancada lá dentro e disse que vai se jogar e vai se jogar com o garoto. Vamos subir. Subi eu. A duras penas a gente conseguiu que ela abrisse a porta. A duras penas nós conseguimos que ela descesse. Chegamos lá no térreo. Eu não me lembro como foi a negociação. ‘Minha senhora, a gente vai precisar que você vá agora para dentro do hospital com a gente. Lá tem gente que vai poder te ajudar, vai lhe dar um tranquilizante, a senhora vai ficar mais

calma.’ ‘Eu não vou.’ Isso alguém já tinha pegado o garotinho. ‘Senhor, eu não vou. Eu sou dona da minha vida, eu faço o que eu quero. Eu faço da minha vida o que eu quiser. Não tem ninguém no mundo aqui que tem o direito de dizer o que eu vou fazer ou deixar de fazer. Eu estou lúcida, estou orientada, sei o que eu quero. Eu não vou.’ Se ela tivesse com o discurso delirante, alucinante. ‘Minha senhora, só tem um problema. Até então, quando a senhora estava sozinha com o seu filho era um momento só teu. Agora o problema passou a ser meu, não é mais seu. Até entendo as suas prerrogativas da vida, mas o problema agora é meu. Não é mais seu. A partir do momento que eu pisei aqui acabou. E a senhora vai para o hospital comigo de qualquer jeito. Nós temos duas opções ou a senhora sai por bem, a senhora sai daqui e a gente entra na ambulância, ou a senhora vai por mal. Mas que a senhora vai, não tenha a menor dúvida. Porque o problema é meu, a responsabilidade é toda minha.’ Por mais lúcida que ela estivesse. Olha o problema! Foi o que eu te falei se ela estivesse delirante, mas não estava delirante. Ela estava absolutamente tranquila no que estava falando. ‘Não adianta, eu não vou.’ ‘Então está bem.’ Embolou uns três ou quatro com ela. Mas embolou mesmo, no chão. Quatro homens segurando ela. Eu falei: deixa um braço para fora, vou preparar a sedação. Apagou e foi para o hospital. Eu não sei o que aconteceu depois. São casos que te chamam atenção e te marcam para o resto da vida.” (Médico).

Sabe-se que o trabalho exerce função central da construção da identidade do sujeito e é possível conjecturar que nos casos dos profissionais de saúde essa relação seja ainda mais forte na nossa sociedade.

“Tem uma coisa que eu assim... pensava... mais depois que me formei. Que é o negócio da identidade do médico. Eu cismo com isso. Porque eu acho muito bizarro. Você tira uma outra identidade. É um rito de iniciação. É uma coisa... Você passa a usar uma identidade de médico. Por exemplo: se você vai ao banco, as pessoas começam a te chamar de doutora. É uma coisa que começa a ficar misturada. E no início isso me incomodava.” (Médico).

Portanto, todas as saídas que não envolvem o desenvolvimento da compaixão resultam em uma ameaça à identidade do profissional de saúde. Na literatura e nas entrevistas é possível observar que é durante o processo de formação que essas ameaças

ocorrem de forma mais intensa, pois o sujeito ainda está em um processo de construção da sua identidade profissional.

No entanto, mesmo depois do período de formação, a identidade do trabalhador permanece sobre ameaça, uma vez que as opções que envolvem a vivência de outras emoções que não a compaixão, são opções incompatíveis com a identidade do profissional de saúde.

Conforme mostrou a análise do conceito de fadiga, pode-se dizer que há um quadro de fadiga quando, após a realização de um esforço, ocorre um evento disruptivo que impede que o organismo se recupere normalmente, por meio de estratégias restauradoras.

“Quando eu estava na faculdade, eu tive muita dificuldade. Foi um dos pontos que me fez passar a pensar na ortopedia e hoje eu não me vejo fazendo outra coisa. Mas durante a faculdade, nos meus primeiros quatro ou cinco pacientes, começavam falando, paravam de falar, entravam no tubo e morriam. Todos. Depois disso eu entrei em depressão, fiz um tratamento de quase um ano, um ano e meio, foi uma época que eu repeti na faculdade e as coisas começaram a melhorar quando a minha psiquiatra chegou e falou: Você não precisa fazer só isso. Tem outras coisas que você pode fazer.” (Médico).

“Eu tive depressão no segundo período da faculdade. Devido ao fato de estar longe de casa e a rotina pesada de estudos.” (Enfermeiro).

“Adoece, tem gente que estressa, tem gente que tem depressão por causa do trabalho. Acontece, né?” (Aux. Enfermagem).

Os sintomas da fadiga são semelhantes a sintomas de cansaço e exaustão, envolvem sensação de falta de energia, de sobrecarga, irritação e mau humor. No entanto, o que difere um quadro de fadiga de um quadro de cansaço ou exaustão é a existência de um evento disruptivo, de um adoecimento e do fato de o cansaço e a falta de energia vivenciada pelo indivíduo não serem passíveis de alívio por meio de estratégias restauradoras.

Entende-se ser importante frisar esses aspectos, pois faz parte da dinâmica do trabalho a ocorrência de algum tipo de desgaste no trabalhador no desempenho de suas atividades. No entanto, quando esse desgaste situa-se no âmbito do saudável, as

estratégias restauradoras são suficientes para restabelecer as energias e, portanto, os sintomas de cansaço ou exaustão não são cotidianos e perpétuos.

“Eu tenho dia que saio daqui moída. Saio com dor na lombar, minhas costas doem muito. Assim eu não sinto dor de cabeça, mas eu sinto uma dor no corpo. Como se eu tivesse feito muito esforço, como se eu tivesse pegando um peso enorme. Então às vezes eu chego em casa passo direto pro banheiro. Tomar um banho, relaxar, tomar um banho quente, depois joga água fria.” (Aux. Enfermagem).

“Me sentia sobrecarregada. É engraçado, agora eu tenho uma carga horária um pouco pior, às vezes me prende mais horas do que tinha, mas a sensação quando eu chego em casa é diferente.” (Médico).

É importante notar também que a organização do trabalho cumpre um papel importante no processo que transforma a compaixão de uma experiência desgastante em uma experiência responsável por causar um evento disruptivo, um adoecimento.

Como foi demonstrado, a Satisfação por Compaixão também é uma consequência possível em situações em que há o emprego de algum esforço motivado pela compaixão. Portanto, nem todo esforço motivado pela compaixão contribui para o desenvolvimento de um quadro de fadiga. E a organização do trabalho tem uma influência fundamental no resultado desse processo.

“Eu ia trabalhar de mau humor, diferente do que acontece agora, agora eu vou trabalhar com prazer. Às vezes, já no dia anterior, quando ia chegando a hora de ir para o trabalho eu já começava a ficar de mau humor, chateado, com vontade de largar tudo.” (Médico).

Com base nas entrevistas é possível entender a *Fadiga por Compaixão* enquanto um quadro de fadiga, decorrentes das dificuldades em se vivenciar a compaixão no contexto de trabalho.

A importância do estudo da *Fadiga por Compaixão*, portanto, está no fato de que além de ela afetar a saúde do profissional de saúde, afeta a saúde das pessoas que são atendidas pelos profissionais de saúde, uma vez que, quando o profissional de saúde chega a um quadro de *Fadiga por Compaixão*, o sofrimento do paciente torna-se uma ameaça, o contato com o paciente torna-se um risco.

Não há forma de um profissional de saúde atender bem e empenhar-se para interromper a dor daquele que ele percebe como ameaça ao seu bem-estar, daquele que lhe causa sofrimento.

11 – Pesquisa Quantitativa

A pesquisa quantitativa compreendeu a realização da construção do instrumento-piloto, a sua aplicação e a análise das características psicométricas.

11.1 – Procedimentos da Pesquisa Quantitativa

O primeiro procedimento adotado para a construção do instrumento piloto foi a elaboração de sentenças contendo atitudes, comportamentos e crenças para cada um dos temas mapeados por meio da análise das entrevistas. Nesta fase foram elaboradas, com base na fala dos entrevistados, entre 18 e 28 sentenças para cada um dos temas da última versão do quadro temático.

O segundo procedimento adotado foi a análise das sentenças elaboradas. Nessa fase, foram feitas quatro reuniões quando todos aqueles envolvidos na pesquisa¹¹ avaliaram cada uma das sentenças no que tange à construção e à pertinência das mesmas aos temas estabelecidos. Os critérios utilizados para avaliação das sentenças foram os descritos por Pasquali (1999).

Mudanças e exclusões de sentenças foram debatidas e discutidas, de forma que cada reunião gerou como produto um novo conjunto de sentenças. Sendo assim, em cada reunião realizada o grupo reavaliava o conjunto de sentenças produzido na reunião anterior, e a reavaliação das sentenças e os debates acabavam gerando uma nova versão de sentenças a cada nova reunião.

Inicialmente, os oito temas resultante da análise das entrevistas foram representados por oito grupos de sentenças. O processo de avaliação das sentenças foi realizado durante as reuniões pela equipe envolvida no processo e fez com que os oito temas, inicialmente representadas em oito grupos de sentenças, passassem a ser representadas em seis grupos de sentenças.

Durante as reuniões, avaliou-se que as sentenças relativas à Tensão Empática e ao Distanciamento Emocional poderiam ser agrupadas em um único grupo de sentenças, uma vez que os dados qualitativos apontavam uma relação entre os dois fenômenos.

¹¹ Compuseram a equipe membros do Laboratório de Psicologia do Trabalho. No caso desse estudo estiveram envolvidos estudantes de graduação e pós-graduação em Psicologia.

Julgou-se que o Distanciamento Emocional, por ser um mecanismo de proteção contra a Tensão Empática, estaria negativamente relacionado à intensidade da Tensão. Ou seja, quanto mais intenso for o Distanciamento Emocional menos intensa é a Tensão Empática. Ou, dito de outra forma, ao mensurar a intensidade de um dos fenômenos automaticamente é possível conhecer a intensidade do outro.

No caso da Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão, a avaliação foi análoga. Quanto mais intenso é o sentimento de Fadiga por Compaixão, menos intenso é o sentimento de Satisfação por Compaixão e vice-versa. Por essa razão, as sentenças relacionadas aos dois fenômenos foram agrupadas em um único grupo.

A forma como um instrumento de medida é construído está intimamente ligado à teoria subjacente a ele. Mesmo aqueles que não têm claro que ao formularem um instrumento de medida estão adotando uma teoria, uma explicação acerca do fenômeno estudado, ao operacionalizarem seus instrumentos de medida acabam evidenciando os seus compromissos teóricos.

Como já foi visto, os instrumentos atualmente disponíveis para mensuração da Fadiga por Compaixão estão comprometidos com uma forma de compreensão do fenômeno que vem se mostrando equivocada.

Foi possível verificar, por meio da análise das entrevistas com os profissionais de saúde, que a Fadiga por Compaixão é composta por aspectos que nenhum instrumento de medida disponível é capaz de mensurar. Por essa razão, iniciou-se o desenvolvimento de um novo instrumento de mensuração da Fadiga por Compaixão, um instrumento que tem como objetivo ser capaz de mensurar os aspectos do fenômeno que foram evidenciadas por meio da análise das entrevistas.

11.2 – Instrumento da Pesquisa Quantitativa

Para o tema denominado Morte/Vida/Sufrimento foram elaboradas 16 sentenças sobre situações e sentimentos ligados à vivência de contextos de morte e sofrimento. Entende-se que a postura que o profissional de saúde adota diante das situações operacionalizadas nestas sentenças, seja capaz de evidenciar a atitude e as crenças que os profissionais de saúde possuem em relação à morte e ao sofrimento. Como já foi

discutido, conhecer a atitude e crenças dos profissionais de saúde em relação a essas questões é essencial para mensurar os riscos da Fadiga por Compaixão.

Tabela 3 – Sentenças Morte/Vida/Sufrimento.

Morte/Vida/Sufrimento
mvs1- Lidar constantemente com a morte acaba deixando o profissional de saúde mais frio.
mvs3- É impossível se acostumar com a morte.
mvs4- O profissional de saúde tem que aprender a conviver com a morte.
mvs5- Conheço pessoas que desistiram da área da saúde quando entraram em contato com a realidade do trabalho.
mvs 6- Trabalhar na área de saúde dá uma noção clara do que a vida é.
mvs7- Lidar constantemente com morte e sofrimento requer equilíbrio emocional.
mvs8- É difícil lidar diariamente com sofrimento e morte.
mvs9-Trabalhar na área de saúde faz você ver como a vida é frágil.
mvs10- Passei a dar mais valor à vida depois que me tornei profissional de saúde.
mvs11-Vejo a vida de uma forma diferente depois que me tornei profissional de saúde.
mvs12- No início é difícil se acostumar a lidar com cenas fortes, odores, secreções, excrementos.
mvs13- Lembro até hoje do primeiro paciente que perdi.
mvs14- Não me esqueço de alguns pacientes que atendi.
mvs17-Quando um paciente morre as pessoas consideram o profissional responsável por isso.
mvs18-Não há espaço para o luto no ambiente hospitalar.
mvs19- A formação nos ensina a lidar com a morte.

Para o tema denominado Onipotência/Impotência foram elaboradas 20 sentenças sobre situações e sentimentos ligados a experiências em que o profissional de saúde vivencia sentimentos de Onipotência ou Impotência.

Tabela 4 – Sentenças Onipotência/Impotência.

Impotência/Onipotência
i1- Fico pensando no que eu podia ter feito quando ocorre a morte de um paciente.
i2- Na verdade, o profissional de saúde pode fazer muito pouco por alguns pacientes.
i3- Evito pensar nos pacientes que foram a óbito.
i4- Prefiro lembrar das vidas que salvei.
i5- Gostaria de poder salvar mais vidas.
i6- É difícil evitar a morte de um paciente apesar de toda a técnica disponível.
i7- Às vezes nos sentimos impotentes perante a doença.
i8- Quando perco um paciente sinto como se tivesse perdido junto com ele parte do meu ânimo.
i9 – Perco uma parte de mim quando um paciente morre.
i10- Aprendi a preservar a vida a qualquer custo não para perdê-la.
i11- Acompanhar um paciente que vai piorando provoca um sentimento de fracasso.
i12- Sinto-me um fracassado quando morre algum paciente que atendo.
o1- A vida é o que as pessoas têm de mais valioso.
o2- O profissional de saúde trabalha para salvar vidas.
o3- Poder salvar vidas é a melhor parte de ser profissional de saúde.
o4- Tento fazer o possível e o impossível para salvar uma vida.
o5- O bom profissional é aquele que consegue fazer tudo.
o6- Sinto que tenho o destino dos pacientes na minha mão.
o7- Poder curar as pessoas é um privilégio.
o8- Acompanhar a melhora de um paciente provoca um sentimento de poder.

Como foi possível verificar por meio das entrevistas, lidar com situações ligadas à vida e à morte resulta na experiência de sentimentos de onipotência ou impotência, sentimentos esses que agravam o sofrimento do profissional de saúde e impedem que eles estabeleçam uma forma saudável de lidar com esses contextos. As sentenças têm o objetivo de evidenciar as atitudes e as crenças adotadas pelos profissionais de saúde, tornando possível mensurar quais dos dois sentimentos é mais recorrente, onipotência ou impotência.

Para o tema nomeado de Paradoxo da Compaixão foram elaboradas 15 sentenças que abordam atitudes e crenças ligadas a contextos onde a profissionalização do socorro coloca os profissionais em um dilema ético/profissional.

Tabela 5 – Sentenças Paradoxo da Compaixão.

Paradoxo da Compaixão
Par1- Agir emocionalmente pode nos levar a cometer erros.
Par 2- Agir racionalmente pode nos levar a cometer erros.
Par 3- A vontade de ajudar o paciente nos coloca em situações profissionalmente complicadas.
Par 4- O profissional faz o que não é correto para ajudar o paciente.
Par 5- É mais importante ajudar o paciente do que seguir as normas de trabalho.
Par 6- Normas muito rígidas atrapalham o meu trabalho com o paciente.
Par 8- Os profissionais de saúde vão além das suas obrigações na tentativa de ajudar o paciente.
Par 10- Agir apenas de forma racional em relação ao paciente me deixa mais seguro.
Par 11- Sinto-me perturbado quando me envolvo emocionalmente com o paciente.
Par 12- Acho errado me envolver emocionalmente com o paciente.
Par 13- Sinto-me mais seguro quanto ao que fazer em relação ao paciente quanto me envolvo emocionalmente com ele.
Par 14- Tenho atitudes que vão além do que é esperado profissionalmente de mim.
Par 15- No ímpeto de ajudar acabo fazendo coisas que vão além das minhas responsabilidades.
Par 16- Quando não é possível seguir as normas de atendimento ao paciente ,me pergunto se devia fazer o que estou fazendo .
Par17- Faço uma grande força para evitar me envolver com o paciente.

É possível observar nas entrevistas que diversas vezes os profissionais de saúde se veem em situações onde são obrigados a decidir entre ser moralmente correto ou ser profissionalmente correto. Além disso, ter que fazer esse tipo de escolha é fonte de angústia. Desta forma, as sentenças têm o objetivo de evidenciar as posturas e as crenças que os profissionais de saúde têm em relação a esse dilema. Entende-se que nesta dimensão, quanto mais contraditória for a postura do profissional de saúde maior é o sofrimento vivenciado por ele.

A literatura e o conteúdo das entrevistas apontam que a compaixão é essencial para as atividades ligadas ao cuidado, desta forma, quando se trata do socorro – um tipo especial de cuidado – é imprescindível conhecer a postura e as crenças que os profissionais de saúde têm em relação ao estabelecimento do vínculo empático com os seus pacientes. Para o tema denominado Empatia/Compaixão foram elaboradas 21 sentenças.

Tabela 6 – Sentenças Empatia/Compaixão.

Empatia/Compaixão
emp1- Ao atender um paciente nós acabamos nos envolvendo, isso faz com que nos emocionemos.
emp3- O profissional de saúde se identifica com os casos que ele atende.
emp4- Se o profissional de saúde absorver todo o sofrimento das pessoas que ele atende, ele não agüenta.
emp5- Sem se colocar no lugar do paciente, não é possível perceber com precisão o que ele está sentindo.
emp6- Conversar com o paciente é essencial para um bom diagnóstico.
emp7- Apenas conversar com o paciente sem pedir exame não adianta nada.
emp8- Entender o que o paciente está sentindo ajuda no diagnóstico.
emp9- É preciso se colocar na pele do paciente para poder tratá-lo.
emp10- Se preocupar com os sentimentos do paciente atrapalha.
emp11- Quando me coloco no lugar do paciente fico mais exigente comigo mesmo.
emp12- O exame laboratorial complementa o exame clínico
emp13- O exame clínico complementa o exame laboratorial.
emp14- Preciso do maior número possível de exames laboratoriais para poder entender o patologia do paciente.
emp15- Conversar demais com o paciente pode atrapalhar o meu trabalho.
emp16- Escutar as queixas do paciente com atenção ajuda a fechar um diagnóstico mais preciso.
emp17- O que mais auxilia no tratamento do paciente é a análise dos exames laboratoriais.
emp18- Apenas conversar com o paciente, sem os exames laboratoriais, de nada adianta.
emp19- Uma boa parcela da melhora do paciente depende de que haja uma boa relação profissional e paciente.
emp20- Tenho dificuldade de me deixar envolver emocionalmente com o paciente.
emp21- Quando o tratamento do paciente é demorado o profissional de saúde sofre mais com a sua morte.
emp22- Cuido para não criar um vínculo grande com os pacientes.

Apesar de ser essencial no socorro aos pacientes, é por meio do vínculo empático que o profissional de saúde entra em contato com o sofrimento alheio e compartilha dele. Por isso, a tentativa de impedir esse vínculo tem sido a estratégia mais empregada no sentido de promover a manutenção da saúde mental dos profissionais de saúde. Desta forma, as sentenças têm o objetivo de evidenciar as posturas e as crenças que os profissionais de saúde têm em relação ao vínculo empático entre profissional de saúde e paciente.

Além de esta estratégia ter sido disseminada informalmente nos meios de formação dos profissionais de saúde, o grande avanço da tecnologia tem incentivando os profissionais de saúde a abrirem mão do vínculo empático no tratamento dos seus pacientes. Isto porque as novas tecnologias criam a falsa impressão de que os exames são capazes de gerar informações que antigamente só eram possíveis de ser acessados por meio do vínculo empático.

É o vínculo empático que propicia o sentimento de compaixão que resulta em um estado de atenção, de tensão naquele que observa o sofrimento alheio. A esse estado de tensão, em que se observa alguém em sofrimento com reflexos no espectador, dá-se no nome de Tensão Empática.

A Tensão Empática dá o tom de urgência e importância para os contextos de socorro, aumentando o empenho dos indivíduos e melhorando a eficácia dos comportamentos de ajuda. Por sua vez, toda essa mobilização exige um grande dispêndio de recursos do organismo, de forma que se o organismo do observador não estiver preparado para lidar de forma saudável com a situação, ele se configurará como fonte de sofrimento.

Para o tema nomeado de Tensão Empática/Distanciamento Emocional foram elaboradas 13 sentenças que abordam crenças e sentimentos ligados a contextos de tensão decorrentes do processo empático (i.e. tensão empática) e 15 sentenças que abordam a estratégia do Distanciamento Emocional.

Tabela 7 – Sentenças Tensão Empática/Distanciamento Emocional.

Tensão Empática/Distanciamento Emocional
t1- Atender pessoas que estão passando por sofrimento mexe com os meus sentimentos.
t2-Acho que é bom deixar-se envolver com a história do paciente.
t3- Acho que é ruim deixar-se envolver com a história do paciente.
t4 – Todo mundo se incomoda quando vê alguém sofrendo.
t5- Pensar que aquele sofrimento poderia ser comigo me deixa mais estressado.
t6- Os casos crônicos me deixam mais estressado devido ao contato com o sofrimento prolongado.
t7- Sofro mais quando atendo casos crônicos
t8- Fico angustiado quando sinto que não há mais nada a fazer pelo paciente.
t9- Mesmo os profissionais mais experientes ficam nervosos quando fazem atendimentos de urgência.
t10- Ouvir, escutar, gemidos de dor causa aflição.
t11- Quando o paciente está inconsciente e não manifesta seu sofrimento, me sinto menos incomodado.
t12- Quando percebo o sofrimento do paciente tenho o ímpeto de socorrê-lo.
t13- Me colocar no lugar do paciente me leva a querer dar o melhor de mim.
t14- Procuo priorizar as necessidades do paciente.
t15- Não há tratamento sem o envolvimento com a situação do paciente.
d1- Quando um paciente morre, eu só penso nos procedimentos que devem ser feitos.
d2- Não se envolver com o paciente permite um maior profissionalismo.
d3- Todo profissional de saúde é visto como frio pelos pacientes.
d4- O profissional de saúde tem o dever de curar o paciente e não de prestar apoio emocional.
d5- A evolução do quadro do paciente é mais importante do que a dor que ele possa estar sentindo.
d6- Me preocupo com a melhora, não com o sofrimento do paciente.
d7- Os maus profissionais são aqueles se preocupam em serem simpáticos.
d8- Quando ocorre o óbito de um paciente, não me sinto responsável por isso.
d9 – Quem não tem competência conquista o paciente pela simpatia.
d10- Procuo me focar na doença do paciente.
d11- Consigo não ser afetado pelas histórias dos pacientes.
d12 – Alguns casos que atendo me deixam triste.
d13- Não sei o que fazer com o que sinto quando me envolvo com o paciente.

A principal estratégia adotada pelos profissionais de saúde na tentativa de evitarem o sofrimento é o Distanciamento Emocional. Neste processo, os profissionais de saúde tentam transformar a sua relação com o paciente numa relação esvaziada de afeto, de forma que a Tensão Empática não seja fonte de sofrimento. Sendo assim, 15 sentenças foram elaboradas com o objetivo de avaliar as posturas e as crenças que os profissionais de saúde têm em relação ao Distanciamento Emocional.

Nas situações em que o vínculo empático e toda mobilização causada por ele trazem como resultado o sucesso, ou seja, a remissão da dor e do sofrimento alheio, aqueles envolvidos no contexto de socorro vivenciam um intenso sentimento de satisfação. À Satisfação vivenciada em contextos de socorro atribuiu-se o nome de Satisfação por Compaixão. Foram elaboradas 28 sentenças que abordam sentimentos, crenças e atitudes ligadas à satisfação neste tipo de trabalho.

Tabela 8 – Sentenças Satisfação por Compaixão/Fadiga por Compaixão.

Satisfação por Compaixão/Fadiga por Compaixao
st1- Sinto que não consigo fazer tudo o que eu gostaria de fazer para aliviar o sofrimento do paciente.
st2- Eu me sinto recompensado quando consigo ajudar.
st3- É gratificante quando você consegue a melhora de um paciente.
st4- Quando vejo o paciente melhorar parece que tudo valeu a pena.
st5- Gosto quando o paciente reconhece o meu trabalho.
st6- Não gosto quando o paciente ou seus familiares não reconhecem o meu trabalho.
st7- A maior realização para o profissional de saúde é ver um paciente curado.
st8- O que mais motiva o profissional de saúde é ver a melhora de um paciente.
st9- É muito bom quando o paciente ou os seus familiares me agradecem pelo trabalho que eu realizei.
st10- Quando começo a trabalhar só consigo pensar em atender os pacientes.
st11- Não tem preço o sentimento de contribuir para a melhora de um paciente.
st12- Gosto quando o paciente reconhece o meu trabalho.
st13- Gosto quando os familiares do paciente reconhecem o meu trabalho.
st14- No trabalho só penso nos meus pacientes.
st15- Estou satisfeito com a minha escolha profissional.
st16- Sou feliz com a minha profissão.
st17- É muito bom o sentimento de ajudar as pessoas.
st18- Me sinto gratificado quando consigo ajudar alguém.
st19- É um privilégio poder ajudar as pessoas.
st20- Só percebo o quanto fiquei cansado depois do atendimento.
st21- Quando ocorre a melhora de um paciente, sinto-me responsável por isso.
fc01- Fico irritado quando se aproxima a hora de ir para o trabalho.
fc02- Não tenho paciência para escutar os problemas emocionais dos pacientes.
fc03- Me esforço para não pensar em trabalho quando estou em casa.
fc04- É cansativo atender pacientes que falam muito.
fc05- Desanimo só de pensar que vou ter que enfrentar mais um dia de trabalho.
fc06- Tenho muita paciência para escutar meus pacientes.
fc07- Dividir com os colegas as dificuldades do dia a dia do trabalho me deixa aliviado.

Por sua vez, quando o profissional de saúde está submetido a uma condição de trabalho que o coloca em um contexto onde diversos aspectos contribuem para o desenvolvimento de um quadro de fadiga, sintomas de esgotamento são observados. Foram elaboradas sete sentenças que abordam os sintomas de fadiga por compaixão.

Desta forma, a versão final do instrumento-piloto ficou organizada em seis grupos de sentenças, contendo em torno de vinte sentenças cada um deles. A decisão de manter-se um grande número de sentenças para cada uma das dimensões teve como objetivo reduzir o risco de que no processo de análise fatorial algum tema perdesse um grande número de sentenças.

Para aplicação-piloto do novo instrumento, as 128 sentenças provenientes dos seis temas estabelecidos foram ordenadas de forma aleatória em um formulário eletrônico. A primeira página do formulário eletrônico continha um Termo de

Consentimento. Caso não aceitasse participar da pesquisa, o entrevistado era direcionado para o fim do questionário.

www.surveymonkey.com/s.aspx?PREVIEW_MODE=DO_NOT_USE_THIS_LINK_FOR_COLLECTION&sm=wg4Z7WWQK3fgAyor5ZDPDgRAG7WkdDuzCJL8c3R8g3k%3d

Universidade de Brasília Sair deste inquérito

Bem-Estar do Profissional de Saúde

Termo de Consentimento

1 / 7

Você está sendo convidado a participar deste estudo, que tem como finalidade conhecer aspectos relacionados organização do seu trabalho e assim propor formas de contribuir para o seu Bem-Estar no Trabalho. A pesquisa é realizada com a colaboração da equipe de pesquisadores do Laboratório de Psicologia do Trabalho (LPT) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Sua participação é voluntária. Apesar de ser de suma importância os dados fornecidos, você tem a liberdade de não responder a todas as questões perguntadas, assim como de recusar a participar ou ainda, em qualquer fase da pesquisa, pode se recusar a continuar participando, sem qualquer prejuízo para você.

Os dados serão utilizados para fins de análise e posterior relatórios de pesquisa, bem como poderão ser usados para fins de publicação científica, ensino e encontros científicos.

Todas as informações coletadas nesta pesquisa são estritamente sigilosas, de forma que a sua identidade será preservada.

Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com o coordenador da pesquisa através do e-mail: kenny@unb.br ou por meio do telefone (61) 3307 3253.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa.

Aceito

Não Aceito

Próximo

Figura 3 – Termo de Consentimento.

Tendo aceitado o termo de consentimento, o respondente era direcionado para uma página onde eram coletadas informações de perfil.

www.surveymonkey.com/s.aspx?PREVIEW_MODE=DO_NOT_USE_THIS_LINK_FOR_COLLECTION&sm=wg4Z7WWQK3fgAyor5ZDPDgRAG7WkdDuzCJL8c3R8g3k%3d

Universidade de Brasília Sair deste inquérito

Bem-Estar do Profissional de Saúde

Perfil

2 / 7

Qual é sua profissão?

Médico

Enfermeiro

Auxiliar de Enfermagem

Técnico de Enfermagem

Assistente Social

Psicólogo

Fisioterapeuta

Outro (especifique)

Qual a sua idade?

Anos:

Sexo

Masculino

Feminino

Tempo de profissão:

Anos:

Atualmente trabalha:

Rede Pública de Saúde

Rede Privada de Saúde

Ambos

Informe seu Estado

Estado UF

Figura 4 – Formulário eletrônico da página de dados de perfil.

Após o preenchimento dos dados de perfil, os respondentes eram então direcionados para as 128 sentenças provenientes dos seis temas estabelecidos. Todas as sentenças tiveram sua ordem definida de acordo com um sorteio.

www.surveymonkey.com/s.aspx?PREVIEW_MODE=DO_NOT_USE_THIS_LINK_FOR_COLLECTION&sm=wg4Z7WWQK5fgAyor5ZDPDgRAG7WkdDuzCIL8x3R8g5k%3d

Universidade de Brasília

Bem-Estar do Profissional de Saúde

3 / 7

Trabalhar na área de saúde lhe põe em contato direto com a vida das pessoas. Como provavelmente você já percebeu, sua paixão pelos pacientes 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. Atribua um valor entre 1 a 7 de acordo com o que mais se aproxima da sua experiência. Sendo que 1 significa "Discordo Totalmente" e 7 "Concordo Totalmente".

1- Lidar constantemente com morte e sofrimento requer equilíbrio emocional

1 - Discordo Totalmente. 2 3 4 5 6 7 - Concordo Totalmente. Não quero responder essa questão.

2- Passei a dar mais valor à vida depois que me tornei profissional de saúde.

1 - Discordo Totalmente. 2 3 4 5 6 7 - Concordo Totalmente. Não quero responder essa questão.

3- Poder curar as pessoas é um privilégio.

1 - Discordo Totalmente. 2 3 4 5 6 7 - Concordo Totalmente. Não quero responder essa questão.

4 - O que mais motiva o profissional de saúde é ver a melhora de um paciente.

1 - Discordo Totalmente. 2 3 4 5 6 7 - Concordo Totalmente. Não quero responder essa questão.

5 - A vontade de ajudar o paciente nos coloca em situações profissionalmente complicadas.

1 - Discordo Totalmente. 2 3 4 5 6 7 - Concordo Totalmente. Não quero responder essa questão.

6 - As condições de trabalho motivam mais o profissional de saúde do que a melhora dos seus pacientes.

1 - Discordo Totalmente. 2 3 4 5 6 7 - Concordo Totalmente. Não quero responder essa questão.

Figura 5 – Sentenças no Formulário Eletrônico.

Em todas as sentenças os entrevistados eram instruídos a responderem em uma escala tipo-likert, de 1 a 7, o seu grau de concordância com cada uma das sentenças. A nota 1 significava *discordo totalmente* e a nota 7 *concordo totalmente*. Além dos valores entre 1 e 7, os respondentes também podiam escolher a opção *não quero responder essa questão*.

11.3 – Sujeitos da pesquisa Quantitativa

Em novembro de 2010, deu-se início à aplicação do instrumento-piloto em duas unidades de saúde do Distrito Federal, uma pública e outra privada. Concomitantemente foi divulgado o link da pesquisa em redes sociais permitindo que qualquer profissional de saúde que atuasse no atendimento ao público participasse da pesquisa.

Posteriormente, em outubro de 2012, estabeleceu-se uma parceria com o COREN-DF (Conselho Regional de Enfermagem do Distrito Federal), que permitiu o envio do link para acesso ao formulário eletrônico, assim como uma carta convite, para os e-mails de cerca de 5.000 filiados.

No total, 398 questionários foram preenchidos. Considerando apenas os questionários preenchidos em sua completude, o total de questionários foi de 256.

12- Resultados da Pesquisa Quantitativa

Após uma análise dos casos faltantes (*missing values*), optou-se por excluir da base de dados 16 casos que continham mais de 13 questões (10% das sentenças) com a opção *não quero responder* marcada.

Para a análise dos casos extremos multivariados (*outliers*), realizou-se o cálculo da distância Mahalanobis. Para 128 graus de liberdade e a probabilidade de $p < 0.001$, o valor limite de distância Mahalanobis é 149.449. Desta forma, foram excluídos 58 casos extremos multivariados, em que a distância Mahalanobis foi superior a 149.449. Dessa forma compuseram a base final de análise 191 casos.

Tabela 9 – Sexo, idade e profissão dos respondentes.

	Frequências	%
Sexo	Masculino	92,9
	Feminino	7,1
Idade	Menos de 20 anos	0,5
	20 a 29 anos	29,8
	30 a 39 anos	35,6
	40 a 49 anos	21,5
	50 a 59 anos	11,0
	60 ou mais	1,6
Profissão	Enfermeiro	41,9
	Técnico de Enfermagem	31,9
	Auxiliar de Enfermagem	7,9
	Médico	5,8
	Psicólogo	4,2
	Assistente Social	2,1
	Fonoaudiólogo	1,6
	Fisioterapeuta	,5
	Outros	4,2

Os 191 respondentes são compostos por uma maioria feminina (98,2%), com idade média de 36 anos, em sua maioria são enfermeiros (41,9%).

Tabela 10 – Tempo de profissão, local de trabalho e estado de residência.

	Frequências	%
Tempo de Profissão	Menos de 1 ano	1,2
	1 a 5 anos	32,7
	6 a 9 anos	20,2
	10 a 15 anos	19,0
	Mais de 15 anos	26,8
Onde trabalha	Rede Pública de Saúde	59,5
	Rede Privada de Saúde	29,8
	Ambos	10,7
Estado	DF	76,4
	SP	9,4
	GO	5,2
	RJ	1,6
	RS	1,6
	CE	1,0
	MG	1,0
	PA	1,0
	AM	0,5
	MT	0,5
	PB	0,5
	PI	0,5
	RR	0,5

O tempo de profissão dos respondentes foi, em média, de 11 anos, e a maioria trabalhava em unidades de saúde de rede pública e era residente no Distrito Federal (76,4%).

A primeira análise realizada na base de dados foi a dos componentes principais com todos os itens do questionário. Essa análise apontou um KMO (Kaiser-Meyer-Olkin) de .111, que, segundo Pasquali (2005), indica que a matriz de covariâncias não atinge índices suficientes de fatorabilidade.

Esse resultado era esperado, uma vez que o a amostra não atingiu o tamanho desejado para uma análise fatorial com 128 variáveis. Pasquali (2005) alerta para o fato de que é necessário ter no mínimo cinco casos para cada variável. Sendo assim, no caso do inventário em questão, o desejável era uma amostra mínima de 640 casos.

Todos os esforços foram empregados no sentido de ser possível alcançar uma amostra igual ou superior a 640 casos, no entanto, observou-se uma fraca adesão dos profissionais de saúde à pesquisa, apesar de todas as estratégias de sensibilização.

Tem-se a consciência que o tamanho do formulário impactou negativamente nesse aspecto, uma vez que os testes indicaram que seu preenchimento levou em média 15 minutos. Porém, verificou-se que a fraca adesão também é consequência das condições de trabalho dos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde são trabalhadores que geralmente acumulam vínculos empregatícios, possuindo dois ou até três empregos. Como foi discutido, esses e outros aspectos tornam escasso o tempo para o convívio social com amigos e familiares. Portanto, inevitavelmente qualquer pesquisa com esses profissionais, acaba por demandar deles um tempo precioso.

De qualquer forma, é possível observar que dentro dos estudos analisados neste trabalho, poucos contaram com uma amostra superior a 150 casos. Desta forma, apesar de o objetivo amostral não ter sido alcançado, acredita-se que uma amostra de 191 casos não pode ser considerada irrelevante para o desenvolvimento do conhecimento acerca destes trabalhadores.

Tendo em vista esse cenário, optou-se por adotar a seguinte estratégia de análise. Ao invés de ser realizada a análise dos componentes principais considerando todos os 128 itens do questionário, realizou-se por blocos de questões, considerando, assim, cada bloco de questões como uma escala. Como cada bloco de questões representa um atributo conceitualmente definido e tem em torno de 20 questões, é possível garantir tanto a proporção cinco casos por variável quanto possibilidade de uma interpretação.

12.1 – Resultados dos itens sobre Morte/Vida/Sufrimento

A Análise dos Componentes Principais com as variáveis referentes ao tema Morte/Vida/Sufrimento, composto por 16 itens, apontou um KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) de .611, que segundo Pasquali (2005) indica que a matriz de covariâncias atinge índices suficientes de fatorabilidade. O determinante da matriz de correlações apresentou o valor de .115, o que segundo Pasquali (2005) indica que a matriz contém mais do que um único fator.

Para decisão acerca do número fatores, Paquali (2005) recomenda o uso de dois critérios: autovalores (*Eigen values*) e o teste Scree de Cattell (*Cattell's Scree Test*). O critério dos autovalores define que componentes com autovalores ≥ 1 sejam considerados.

Tabela 11 – Autovalores dos itens Morte/Vida/Sufrimento.

Componentes	Autovalores Iniciais		
	Total	% de Variância	Acumulado %
1	2,522	15,763	15,763
2	1,808	11,300	27,063
3	1,508	9,427	36,491
4	1,319	8,241	44,731
5	1,215	7,596	52,328
6	1,014	6,335	58,663
7	,985	6,154	64,816
8	,874	5,465	70,281
9	,805	5,032	75,313
10	,753	4,709	80,022
11	,716	4,478	84,499
12	,607	3,791	88,291
13	,582	3,637	91,927
14	,502	3,136	95,063
15	,408	2,552	97,615
16	,382	2,385	100,000

Por esse critério é possível indicar a possibilidade de até seis fatores. No entanto, Pasquali (2005) alerta para o fato de esse critério ser muito leniente e indica que seja realizado também o teste Scree de Cattell. Para decisão do número de fatores deve-se identificar o ponto onde a linha sofre uma mudança significativa em seu ângulo.

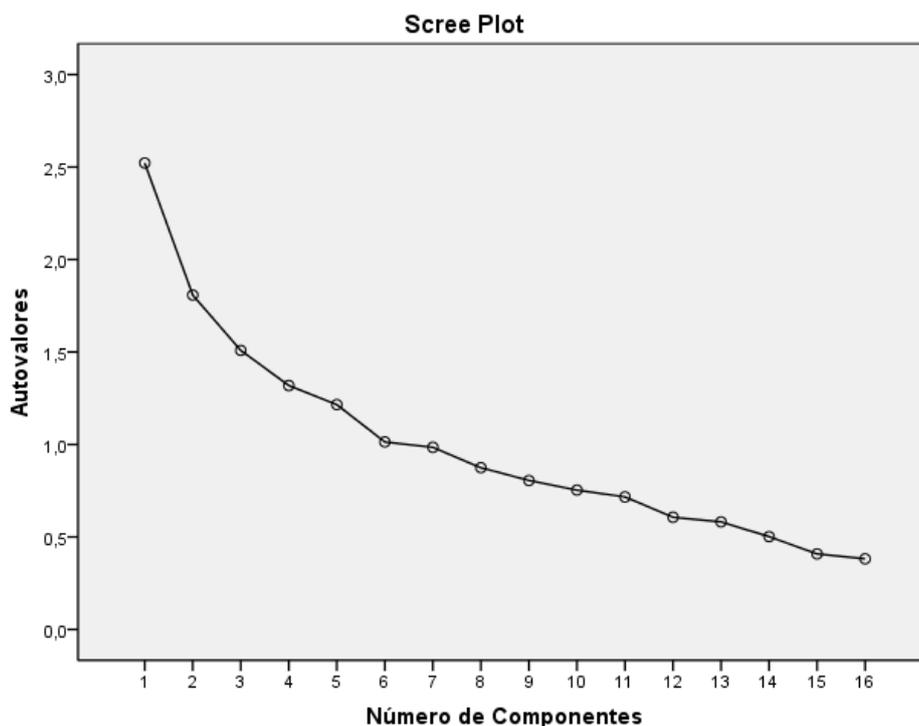


Figura 6 – *Screeplot* dos itens Morte/Vida/Sufrimento.

O análise do ScreePlot indica a possibilidade de extração de até dois fatores. Tendo como parâmetro esses dois critérios, estabeleceu-se a extração de dois fatores para os itens do tema Morte/Vida/Sufrimento. Para extração e rotação dos fatores, utilizou-se o método dos Eixos Principais (PAF- *Principal Axis Factoring*) com rotação oblíqua (Direct Oblimin). Pasquali (2005) recomenda a aplicação da rotação oblíqua em estudos em psicologia. Esse tipo de rotação é o mais adequado para analisar o comportamento dos fenômenos observados em psicologia, pois a rotação oblíqua permite que os fatores apareçam relacionados.

Tendo em vista que a análise dos números de componentes a serem extraídos indicou a extração de dois componentes, optou-se por uma solução que tentasse forçar a extração de dois fatores.

A tabela 12 apresenta as cargas fatoriais e comunalidades dos itens do tema Morte/Vida/Sufrimento. Estão representados na tabela apenas as cargas iguais ou superiores a $\pm .40$.

Segundo Pasquali (2005), normalmente assume-se que cargas de $\pm .30$ já constituem índice não desprezível de validade do item. O autor também cita uma classificação feita por Comrey (1973 citado em Pasquali, 2005) que classifica cargas de $.32$ como pobres e de $.45$ como razoáveis. Com base nesses parâmetros, neste estudo estabeleceu-se como critério mínimo cargas superiores a $\pm .40$.

Tabela 12 – Cargas Fatoriais dos itens Morte/Vida/Sufrimento.

Itens	Cargas Fatoriais		Comuna- lidades
	fator 1	fator 2	
1- Lidar constantemente com morte e sofrimento requer equilíbrio emocional			0,058
2- Passei a dar mais valor à vida depois que me tornei profissional de saúde.	0,624		0,348
10 - Lembro até hoje do primeiro paciente que perdi.			0,191
26 - Vejo a vida de uma forma diferente depois que me tornei profissional de saúde.	0,658		0,374
35 - Conheço pessoas que desistiram da área da saúde quando entraram em contato com a realidade do trabalho.			0,096
42 - Trabalhar na área de saúde faz você ver como a vida é frágil.	0,449		0,242
49 - Não há espaço para o luto no ambiente hospitalar.			0,174
51 - É impossível se acostumar com a morte.		0,601	0,355
60 - É difícil lidar diariamente com sofrimento e morte.		0,680	0,357
62 - O profissional de saúde tem que aprender a conviver com a morte.	0,391		0,196
79 - Quando um paciente morre as pessoas consideram o profissional responsável por isso.			0,122
90 - No início é difícil se acostumar a lidar com cenas fortes, odores, secreções, excrementos.			0,155
109 - A formação nos ensina a lidar com a morte.			0,121
111 - Trabalhar na área de saúde dá uma noção clara do que a vida é.	0,516		0,248
119 - Não me esqueço de alguns pacientes que atendi.			0,192
128 - Lidar constantemente com a morte acaba deixando o profissional de saúde mais frio.			0,227
Número de itens	5	2	
Autovalores	2,52	1,8	
% Variância	15,76	11,30	
Alfa de Cronbach	0,576		
Total variância Explicada (%)	27,06		

Os resultados mostraram a possibilidade de extração de dois fatores que explicam 27,06% da variância das 16 variáveis observadas, sendo a solução alcançada ao final de dez interações. Quanto à carga fatorial dos itens que compõem a escala, o primeiro fator apresentou cargas variando entre $.39$ e $.65$, o segundo apresentou cargas entre $.60$ e $.68$. A análise de consistência dos fatores através do alfa de Cronbach, apresentou índices de $.576$ para a escala.

12.2 – Resultados dos itens sobre Impotência/Onipotência

A Análise dos Componentes Principais com as variáveis referente ao tema Impotência/Onipotência, composto por 20 itens, apontou um KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) de .778 indicando que a matriz de covariâncias possui bons índices de fatorabilidade. O determinante da matriz de correlações apresentou o valor de .007 indicando que a matriz contém mais do que um único fator.

Para decisão acerca do número de fatores, utilizaram-se dois critérios: autovalores (*Eigenvalues*) e o teste Scree de Cattell (*Cattell's Scree Test*). O critério dos autovalores define que componentes com autovalores ≥ 1 sejam considerados.

Tabela 13 – Autovalores dos itens Impotência/Onipotência.

Componentes	Autovalores Iniciais		
	Total	% de Variância	Acumulado %
1	4,345	21,727	21,727
2	2,319	11,593	33,320
3	1,524	7,619	40,938
4	1,268	6,338	47,276
5	1,138	5,690	52,967
6	1,040	5,201	58,167
7	,942	4,712	62,880
8	,895	4,476	67,356
9	,833	4,167	71,523
10	,746	3,728	75,250
11	,726	3,629	78,880
12	,690	3,451	82,331
13	,609	3,045	85,376
14	,571	2,857	88,233
15	,530	2,648	90,880
16	,464	2,318	93,199
17	,396	1,978	95,176
18	,365	1,827	97,003
19	,348	1,739	98,742
20	,252	1,258	100,000

Por meio do critério dos autovalores verifica-se a possibilidade de extração de até seis componentes.

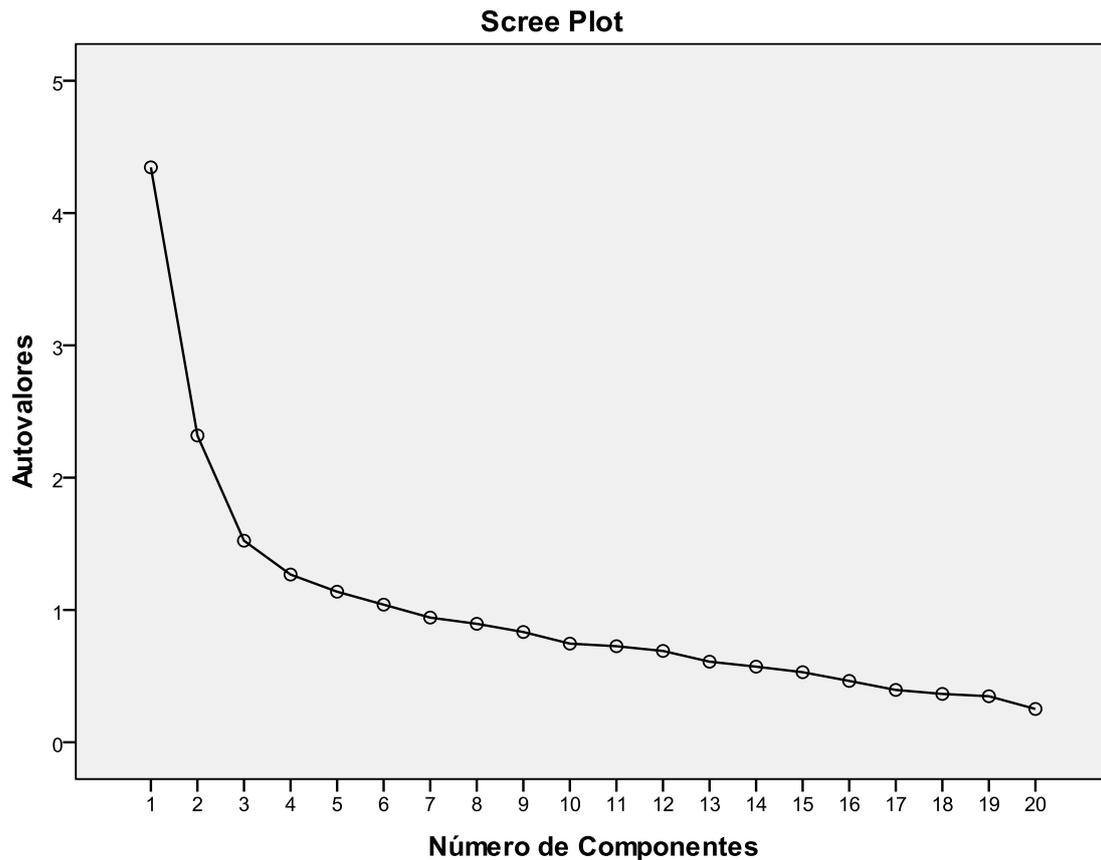


Figura 7 – Screeplot dos itens Impotência/Onipotência.

O ScreePlot apontou a possibilidade de extração de até três componentes. Tendo em vista que a concepção dessa escala previa dois fatores optou-se por uma solução que tentasse forçar a extração dessa quantidade de fatores. Para extração e rotação dos fatores utilizou-se o método dos Eixos Principais (PAF- *Principal Axis Factoring*) com rotação oblíqua (Direct Oblimin).

A tabela 14 apresenta as cargas fatoriais e comunalidades dos itens do tema Impotência/Onipotência. Estão representados na tabela apenas as cargas iguais ou superiores a $\pm .40$.

Tabela 14 – Cargas Fatoriais dos itens Impotência/Onipotência.

Itens	Cargas Fatoriais		Comuna- lidades
	fator 1	fator 2	
3- Poder curar as pessoas é um privilégio.		0,558	0,315
12 - Poder salvar vidas é a melhor parte de ser profissional de saúde.		0,765	0,484
16 - Acompanhar a melhora de um paciente provoca um sentimento de poder.			0,147
17 - A vida é o que as pessoas têm de mais valioso.			0,219
24 - Gostaria de poder salvar mais vidas.		0,635	0,417
27 - Acompanhar um paciente que vai piorando provoca um sentimento de fracasso.	0,620		0,417
48 - Aprendi a preservar a vida a qualquer custo para não perdê-la.		0,465	0,299
50 - Evito pensar nos pacientes que foram a óbito.			0,179
61 - O profissional de saúde trabalha para salvar vidas.		0,631	0,381
63 - É difícil evitar a morte de um paciente apesar de toda a técnica disponível.			0,143
69 - Quando perco um paciente sinto como se tivesse perdido junto com ele parte do meu ânimo.	0,754		0,528
72 - Tento fazer o possível e o impossível para salvar uma vida.		0,630	0,482
75 - Sinto que tenho o destino dos pacientes em minhas mãos.			0,278
84 - Fico pensando no que eu poderia ter feito quando ocorre a morte de um paciente.	0,494		0,344
94 - Perco uma parte de mim quando um paciente morre.	0,765		0,548
101 - Na verdade, o profissional de saúde pode fazer muito pouco por alguns pacientes.			0,074
108 - Sinto-me um fracassado quando morre algum paciente que atendo.	0,734		0,564
114 - O bom profissional é aquele que consegue fazer tudo.			0,163
118 - Às vezes nos sentimos impotentes perante a doença.			0,242
122 - Prefiro lembrar das vidas que salvei.			0,212
Número de itens	5	6	
Autovalores	4,34	2,31	
% Variância	21,72	11,59	
Alfa de Cronbach	0,804		
Total variância Explicada (%)	33,31		

Os resultados mostraram a possibilidade de extração de dois fatores que explicam 33,31% da variância das 20 variáveis observadas, sendo a solução alcançada ao final de seis interações. Quanto à carga fatorial dos itens que compõem a escala, o primeiro fator apresentou cargas variando entre .49 e .76 e o segundo, cargas entre .46 e .76. A análise de consistência dos fatores através do alfa de Cronbach apresentou índice de .804 para a escala.

12.3 – Resultados dos itens sobre Paradoxo da Compaixão

A Análise dos Componentes Principais com as variáveis referentes ao tema Impotência/Onipotência, composto por 15 itens apontou um KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) de .656, indicando que a matriz de covariâncias possui índices aceitáveis de fatorabilidade. O determinante da matriz de correlações foi de .069, indicando que a matriz contém mais do que um único fator.

Para decisão acerca do número de fatores foram analisados os autovalores (*Eigenvalues*) e aplicado o teste Scree de Cattell (*Cattell's Scree Test*). O critério dos autovalores define que componentes com autovalores ≥ 1 sejam considerados.

Tabela 15 – Autovalores dos itens Paradoxo da Compaixão.

Componentes	Autovalores Iniciais		
	Total	% de Variância	Acumulado %
1	2,505	16,702	16,702
2	2,386	15,910	32,612
3	1,528	10,184	42,795
4	1,237	8,248	51,044
5	1,136	7,573	58,617
6	,980	6,535	65,151
7	,854	5,696	70,848
8	,711	4,740	75,588
9	,710	4,734	80,322
10	,638	4,252	84,574
11	,578	3,852	88,426
12	,490	3,266	91,693
13	,465	3,099	94,791
14	,423	2,822	97,613
15	,358	2,387	100,000

Por meio do critério dos autovalores, verifica-se a possibilidade de extração de até cinco componentes.

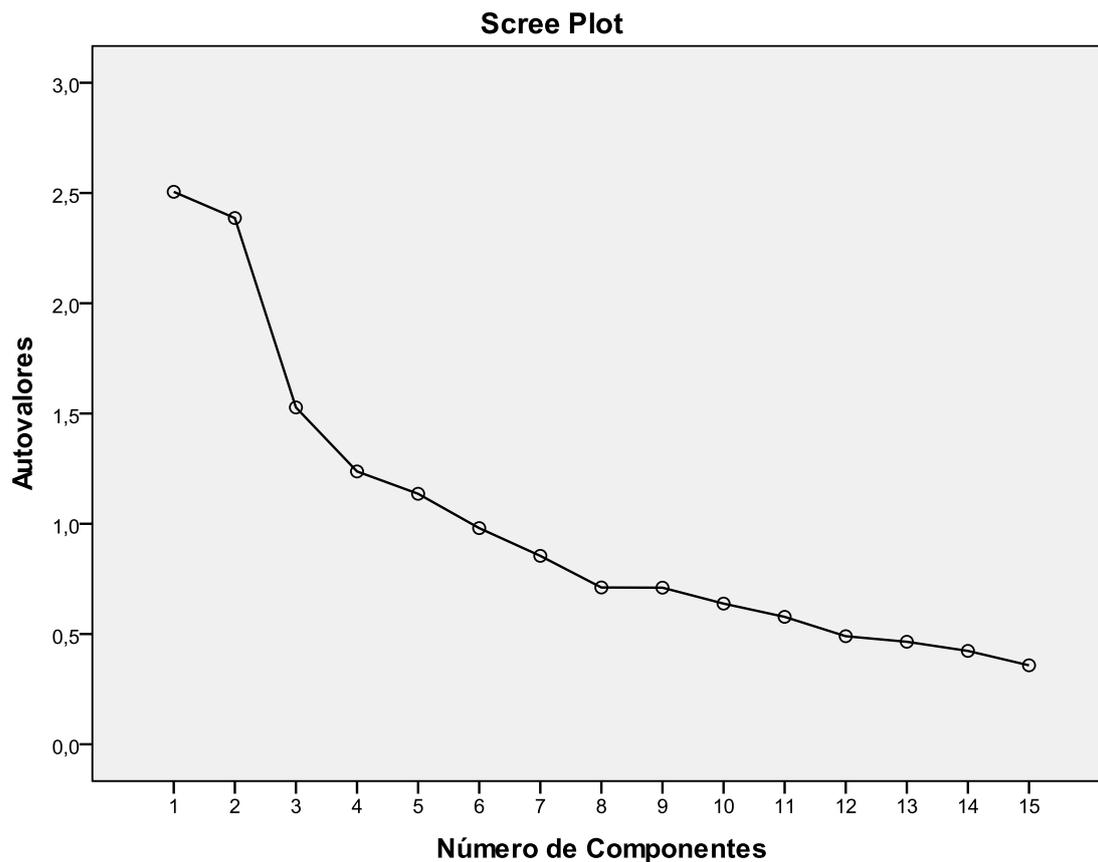


Figura 8 – *Screeplot* dos itens Paradoxo da Compaixão.

A análise do ScreePlot indicou a extração de dois componentes e como a concepção dessa escala também previa dois fatores, optou-se por uma solução que tentasse forçar essa quantidade de fatores. Para extração e rotação dos fatores, utilizou-se o método dos Eixos Principais (PAF- *Principal Axis Factoring*) com rotação oblíqua (DirectOblimin).

A tabela 16 apresenta as cargas fatoriais e comunalidades dos itens do tema Impotência/Onipotência. Estão representados na tabela apenas as cargas iguais ou superiores a $\pm .40$.

Tabela 16 – Cargas Fatoriais dos itens Paradoxo da Compaixão.

Itens	Cargas Fatoriais		Comuna_ lidades
	fator 1	fator 2	
5 - A vontade de ajudar o paciente nos coloca em situações profissionalmente complicadas.		0,471	0,269
8 - Tenho atitudes que vão além do que é esperado profissionalmente de mim.			0,206
15 - O profissional faz o que não é correto para ajudar o paciente.		0,439	0,187
19 - Acho errado me envolver emocionalmente com o paciente.	0,518		0,324
23 - É mais importante ajudar o paciente do que seguir as normas de trabalho.		0,577	0,326
29 - No ímpeto de ajudar acabo fazendo coisas que vão além das minhas responsabilidades.		0,444	0,258
40 - Normas muito rígidas atrapalham o meu trabalho com o paciente.		0,530	0,292
56 - Os profissionais de saúde vão além das suas obrigações na tentativa de ajudar o paciente.			0,152
74 - Agir racionalmente pode nos levar a cometer erros.			0,189
76 - Agir apenas de forma racional em relação ao paciente me deixa mais seguro.	0,439		0,206
80 - Faço uma grande força para evitar me envolver com o paciente.	0,705		0,406
88 - Quando não é possível seguir as normas de atendimento ao paciente, pergunto-me se deveria fazer o que estou fazendo.			0,247
96 - Sinto-me mais seguro quanto ao que fazer em relação ao paciente quando me envolvo emocionalmente com ele.			0,284
97 - Agir emocionalmente pode nos levar a cometer erros.	0,533		0,257
113 - Sinto-me perturbado quando me envolvo emocionalmente com o paciente.	0,624		0,446
Número de itens	5	5	
Autovalores	2,50	2,38	
% Variância	16,70	15,91	
Alfa de Cronbach	0,600		
Total variância Explicada (%)	32,61		

Os resultados mostraram a possibilidade de extração de dois fatores que explicam 32,61% da variância das 15 variáveis observadas, sendo a solução alcançada ao final de sete interações. Quanto à carga fatorial dos itens que compõem a escala, o primeiro fator apresentou cargas variando entre .44 e .70, o segundo, cargas entre .44 e .57. A análise de consistência dos fatores através do alfa de Cronbach apresentou índice de .600 para a escala.

12.4 – Resultados dos itens sobre Empatia/Compaixão

A Análise dos Componentes Principais com as variáveis referente ao tema Empatia/Compaixão, composto por 21 itens, apontou um KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) de .722, indicando que a matriz de covariâncias possui bons índices de fatorabilidade. O determinante da matriz de correlações apresentou o valor de .006, indicando que a matriz contém mais do que um único fator.

Para decisão acerca do número, fez-se uso de dois critérios: autovalores (*Eigenvalues*) e o teste Scree de Cattell (*Cattell's Scree Test*). O critério dos autovalores define que componentes com autovalores ≥ 1 sejam considerados.

Tabela 17 – Autovalores dos itens Paradoxo da Compaixão.

Componentes	Autovalores Iniciais		
	Total	% de Variância	Acumulado %
1	3,600	17,142	17,142
2	3,030	14,430	31,571
3	1,807	8,607	40,178
4	1,309	6,236	46,414
5	1,212	5,769	52,183
6	1,116	5,315	57,498
7	,944	4,493	61,991
8	,884	4,208	66,199
9	,853	4,063	70,263
10	,775	3,688	73,951
11	,698	3,324	77,275
12	,663	3,156	80,431
13	,630	2,998	83,429
14	,600	2,859	86,288
15	,530	2,525	88,813
16	,499	2,377	91,190
17	,469	2,234	93,424
18	,419	1,996	95,420
19	,357	1,701	97,121
20	,341	1,622	98,743
21	,264	1,257	100,000

Dessa forma, a análise dos autovalores indica a possibilidade de extração de até seis componentes.

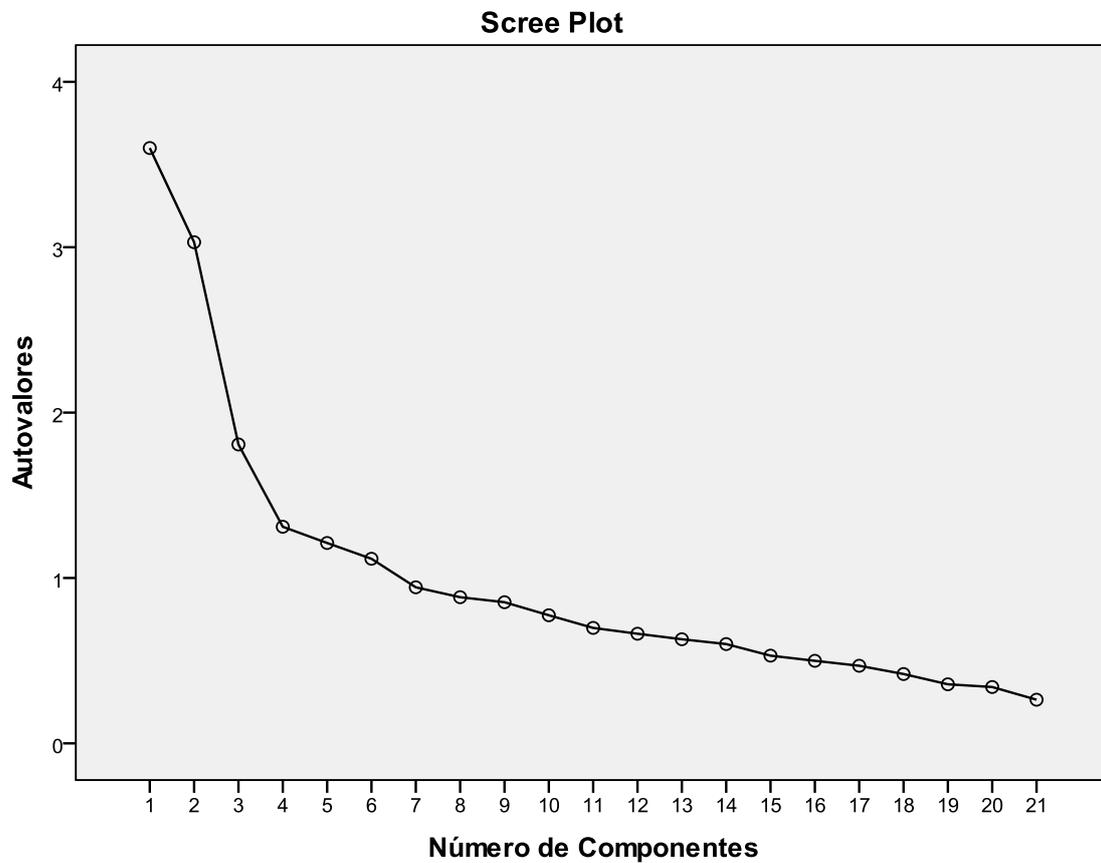


Figura 9 – *Screeplot* dos itens Empatia/Compaixão.

A análise do Scree Plot indicou a extração de dois componentes. Como a concepção dessa escala também previa dois fatores, optou-se por uma solução que tentasse forçar a esta quantidade de fatores. Para extração e rotação dos fatores utilizou-se o método dos Eixos Principais (PAF- *Principal Axis Factoring*) com rotação oblíqua (DirectOblimin).

A tabela 18 apresenta as cargas fatoriais e comunalidades dos itens do tema Impotência/Onipotência. Estão representados na tabela apenas as cargas iguais ou superiores a $\pm .40$.

Tabela18 – Cargas Fatoriais dos itens Empatia/Compaixão.

Itens	Cargas Fatoriais		Comuna- lidades
	fator 1	fator 2	
7 - Preciso do maior número possível de exames laboratoriais para poder entender a patologia do paciente.		0,509	0,316
30 - Sem se colocar no lugar do paciente, não é possível perceber com precisão o que ele está sentindo.	0,445		0,389
31 – Preocupar-se com os sentimentos do paciente atrapalha.			0,175
38 - Uma boa parcela da melhora do paciente depende de que haja uma boa relação profissional e paciente.	0,512		0,307
43 - O exame laboratorial complementa o exame clínico.	0,415		0,261
44 - Tenho dificuldade de me deixar envolver emocionalmente com o paciente.			0,238
46 - Se o profissional de saúde absorver todo o sofrimento das pessoas que ele atende, ele não agüenta.			0,188
55 - Quando me coloco no lugar do paciente fico mais exigente comigo mesmo.	0,562		0,368
59 - É preciso se colocar na pele do paciente para poder tratá-lo.	0,452		0,378
64 - Apenas conversar com o paciente, sem os exames laboratoriais, de nada adianta.		0,525	0,391
68 - Cuido para não criar um vínculo grande com os pacientes.		0,484	0,347
73 - Ao atender um paciente nós acabamos nos envolvendo, isso faz com que nos emocionemos.	0,594		0,349
85 - O profissional de saúde se identifica com os casos que ele atende.	0,344		0,295
92 - O exame clínico complementa o exame laboratorial.			0,224
93 - Entender o que o paciente está sentindo ajuda no diagnóstico.	0,563		0,391
100 - Conversar com o paciente é essencial para um bom diagnóstico.	0,502		0,463
102 - Escutar as queixas do paciente com atenção ajuda a fechar um diagnóstico mais preciso.	0,562		0,547
105 - O que mais auxilia no tratamento do paciente é a análise dos exames laboratoriais.		0,570	0,372
110 - Conversar demais com o paciente pode atrapalhar o meu trabalho.		0,498	0,343
115 - Quando o tratamento do paciente é demorado, o profissional de saúde sofre mais com a sua morte.	0,473		0,308
130 - Apenas conversar com o paciente sem pedir exame não adianta nada.		0,602	0,475
Número de itens	11	6	
Autovalores	3,60	3,03	
% Variância	17,14	14,43	
Alfa de Cronbach	0,701		
Total variância Explicada (%)	31,57		

Os resultados mostraram a possibilidade de extração de dois fatores que explicam 31,57% da variância das 21 variáveis observadas, sendo a solução alcançada ao final de cinco interações. Quanto à carga fatorial dos itens que compõem a escala, o primeiro fator apresentou cargas variando entre .34 e .59, o segundo, cargas entre .48 e .60. A análise de consistência dos fatores através do alfa de Cronbach apresentou índice de .701 para a escala.

12.5 – Resultados dos itens sobre Tensão Empática/Distanciamento Emocional

A Análise dos Componentes Principais com as variáveis referente ao tema Tensão Empática/Distanciamento Emocional, composto por 28 itens, apontou um KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) de .664, indicando que a matriz de covariâncias possui índices aceitáveis de fatorabilidade. O determinante da matriz de correlações apresentou o valor de .001, indicando que a matriz contém mais do que um único fator.

Para decisão acerca do número utilizaram-se dois critérios: autovalores (*Eigenvalues*) e o teste Scree de Cattell (*Cattell's Scree Test*). O critério dos autovalores define que componentes com autovalores ≥ 1 sejam considerados.

Tabela 19 – Autovalores dos itens Tensão Empática/Distanciamento Emocional.

Componentes	Autovalores Iniciais		
	Total	% de Variância	Acumulado %
1	3,991	14,782	14,782
2	2,894	10,717	25,499
3	1,917	7,101	32,600
4	1,654	6,125	38,725
5	1,502	5,564	44,289
6	1,176	4,355	48,645
7	1,159	4,293	52,938
8	1,118	4,142	57,080
9	1,026	3,800	60,880
10	,999	3,700	64,580
11	,932	3,453	68,033
12	,895	3,313	71,347
13	,846	3,132	74,478
14	,811	3,005	77,484
15	,784	2,905	80,388
16	,667	2,471	82,859
17	,629	2,330	85,189
18	,575	2,128	87,317
19	,549	2,032	89,349
20	,496	1,837	91,186
21	,476	1,762	92,949
22	,409	1,516	94,465
23	,363	1,346	95,810
24	,320	1,187	96,997
25	,314	1,161	98,158
26	,272	1,008	99,166
27	,225	,834	100,000

Dessa forma, a análise dos autovalores indica a possibilidade de extração de até nove componentes.

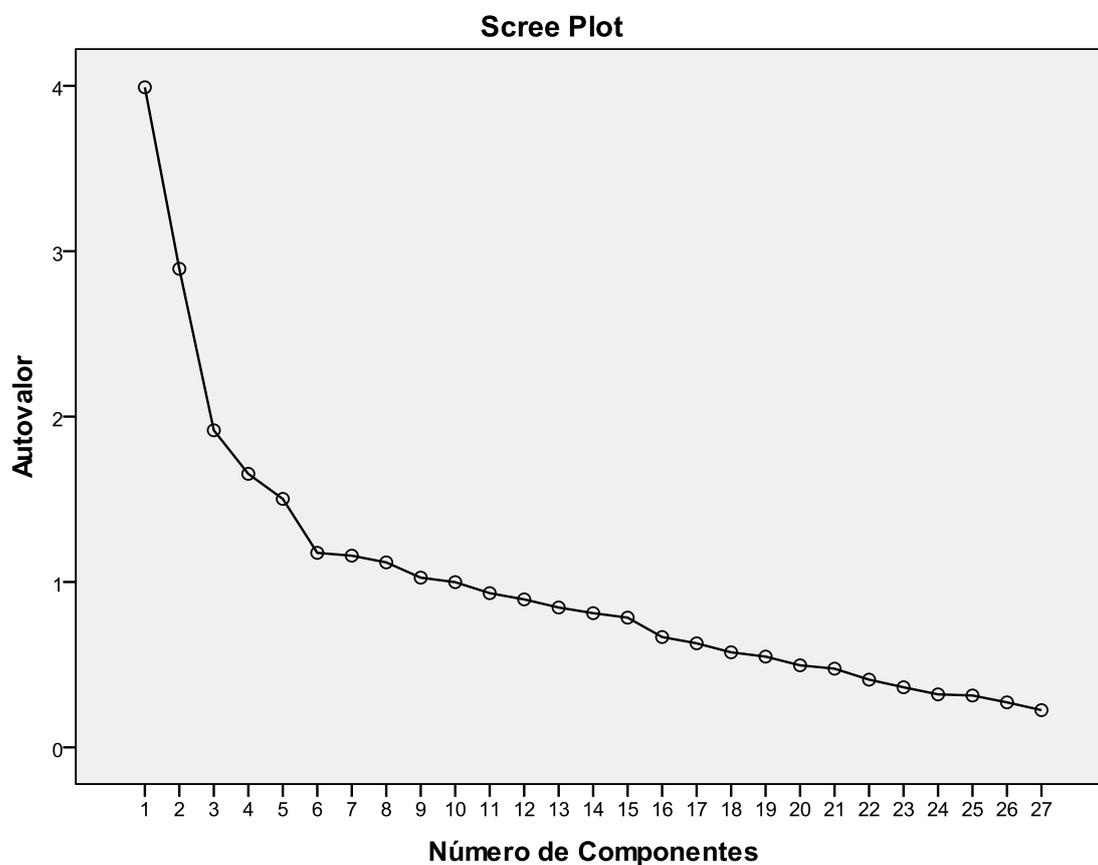


Figura 10 – *Screeplot* dos itens Tensão Empática/Distanciamento Emocional.

A análise do ScreePlot indicou a extração de três componentes. Como a concepção dessa escala também previa dois fatores, optou-se por uma solução que tentasse forçar a extração desta quantidade. Para extração e rotação dos fatores utilizou-se o método dos Eixos Principais (PAF- *Principal Axis Factoring*) com rotação oblíqua (Direct Oblimin).

A tabela 20 apresenta as cargas fatoriais e comunalidades dos itens do tema Tensão Empática/Distanciamento Emocional. Estão representados na tabela apenas as cargas iguais ou superiores a $\pm .40$.

Tabela 20 – Cargas Fatoriais itens Tensão Empática/Distanciamento Emocional.

Itens	Cargas Fatoriais		Comuna- lidades
	fator 1	fator 2	
11 - Colocar-me no lugar do paciente me leva a querer dar o melhor de mim.	0,426		0,303
14 - Quem não tem competência conquista o paciente pela simpatia.			0,153
20 - Não há tratamento sem o envolvimento com a situação do paciente.			0,198
22 - Acho que é ruim deixar-se envolver com a história do paciente.		0,390	0,426
28 - Não sei o que fazer com o que sinto quando me envolvo com o paciente.	0,411		0,305
39 - Fico angustiado quando sinto que não há mais nada a fazer pelo paciente.	0,542		0,418
41 - Quando o paciente está inconsciente e não manifesta seu sofrimento, sinto-me menos incomodado.			0,261
47 - Consigo não ser afetado pelas histórias dos pacientes.			0,344
54 - Quando um paciente morre, eu só penso nos procedimentos que devem ser feitos.			0,208
57 - Todo profissional de saúde é visto como frio pelos pacientes.			0,304
66 - Acho que é bom deixar-se envolver com a história do paciente.			0,401
77 - Pensar que aquele sofrimento poderia ser comigo me deixa mais estressado.		0,413	0,466
82 - Procuo priorizar as necessidades do paciente.			0,509
83 - Os maus profissionais são aqueles que se preocupam em serem simpáticos.			0,219
86 - O profissional de saúde tem o dever de curar o paciente e não de prestar apoio emocional.		0,586	0,405
89 - Quando ocorre o óbito de um paciente, não me sinto responsável por isso.			0,295
91 - A evolução do quadro do paciente é mais importante do que a dor que ele possa estar sentindo.		0,398	0,323
98 - Não se envolver com o paciente permite um maior profissionalismo.		0,439	0,380
99 - Escutar gemidos de dor causa aflição.	0,546		0,424
104 - Quando percebo o sofrimento do paciente tenho o ímpeto de socorrê-lo.	0,466		0,439
107 - Me preocupo com a melhora, não com o sofrimento do paciente.		0,404	0,338
112 - Mesmo os profissionais mais experientes ficam nervosos quando fazem atendimentos de urgência.			0,209
121 - Todo mundo se incomoda quando vê alguém sofrendo.			0,221
123 - Procuo me focar na doença do paciente.			0,326
125 - Atender pessoas que estão passando por sofrimento mexe com os meus sentimentos.	0,742		0,536
126 - Os casos crônicos me deixam mais estressado devido ao contato com o sofrimento prolongado.	0,633		0,607
129 - Sofro mais quando atendo casos crônicos.	0,556		0,522
Número de itens	8	6	
Autovalores	3,99	2,89	
% Variância	14,78	10,7	
Alfa de Cronbach	0,723		
Total variância Explicada (%)	25,49		

Os resultados indicaram a possibilidade de extração de dois fatores que explicam 25,49% da variância das 28 variáveis observadas, sendo a solução alcançada após cinco interações. Quanto à carga fatorial dos itens que compõem a escala, o primeiro fator apresentou cargas variando entre .41 e .74, o segundo, cargas entre .39 e .58. A análise

de consistência dos fatores através do alfa de Cronbach apresentou índice de .723 para a escala.

12.6 – Resultados dos itens sobre Satisfação por Compaixão/Fadiga por Compaixão

A Análise dos Componentes Principais com as variáveis referente ao tema Impotência/Onipotência, composto por 28 itens, apontou um KMO (*Kaiser-Meyer-Olkin*) de .824, indicando que a matriz de covariâncias possui bons índices de fatorabilidade. O determinante da matriz de correlações apresentou o valor de 3,80E-007, indicando que a matriz contém mais do que um único fator.

Para decisão acerca do número utilizaram-se dois critérios: autovalores (*Eigenvalues*) e o teste Scree de Cattell (*Cattell's Scree Test*). O critério dos autovalores define que componentes com autovalores ≥ 1 sejam considerados.

Tabela 21 – Autovalores dos itens Satisfação/Fadiga por Compaixão.

Componentes	Autovalores Iniciais		
	Total	% de Variância	Acumulado %
1	7,153	24,667	24,667
2	3,757	12,955	37,622
3	1,880	6,484	44,105
4	1,645	5,672	49,777
5	1,337	4,611	54,389
6	1,266	4,367	58,756
7	1,113	3,837	62,592
8	1,064	3,669	66,261
9	,934	3,222	69,483
10	,885	3,053	72,536
11	,797	2,749	75,285
12	,762	2,628	77,912
13	,728	2,512	80,424
14	,683	2,355	82,779
15	,615	2,122	84,900
16	,594	2,048	86,948
17	,515	1,775	88,723
18	,452	1,559	90,282
19	,407	1,404	91,686
20	,392	1,352	93,038
21	,359	1,237	94,275
22	,320	1,102	95,377
23	,306	1,054	96,431
24	,241	,833	97,263
25	,226	,779	98,042
26	,207	,713	98,755
27	,141	,485	99,241
28	,115	,396	99,637
29	,105	,363	100,000

Dessa forma, a análise dos autovalores indica a possibilidade de extração de até oito componentes.

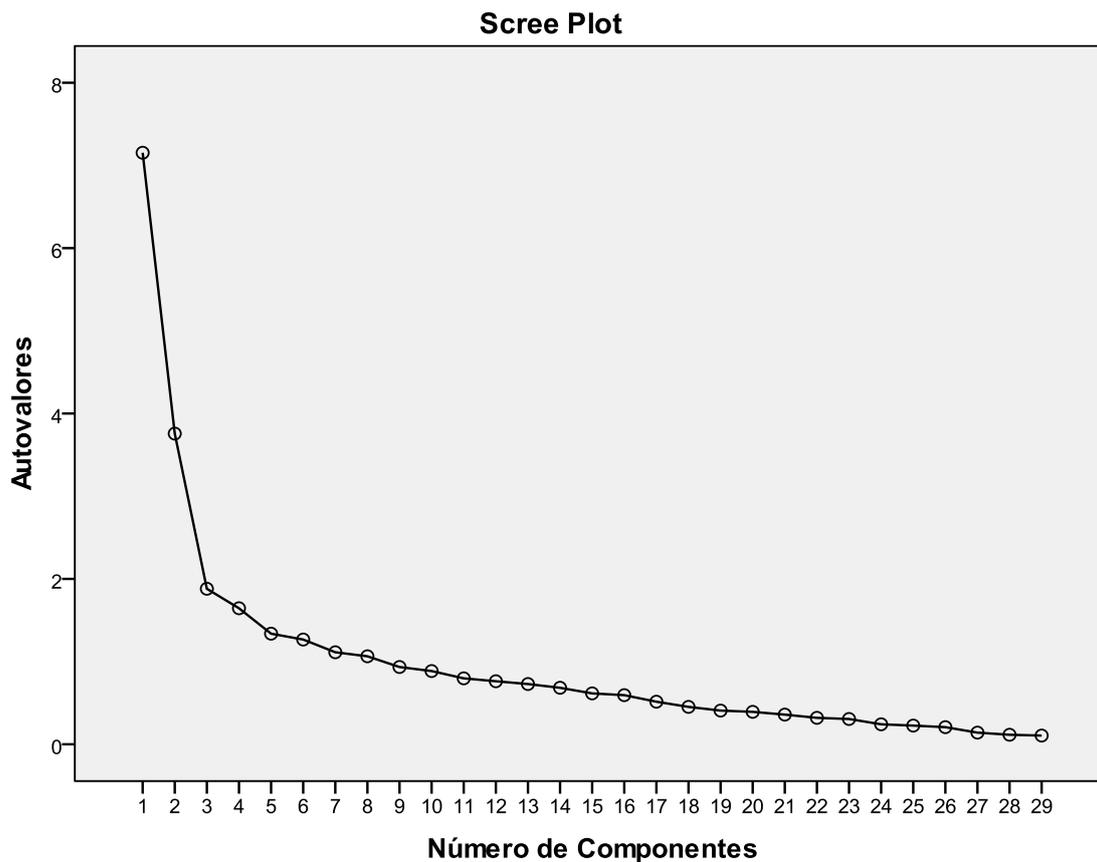


Figura 11 – *Screeplot* dos itens Satisfação/Fadiga por Compaixão.

A análise do Scree Plot indicou a extração de três componentes. Como a concepção dessa escala também previa dois fatores, optou-se por uma solução que tentasse forçar a extração dessa quantidade de fatores. Para extração e rotação dos fatores utilizou-se o método dos Eixos Principais (PAF- *Principal Axis Factoring*) com rotação oblíqua (Direct Oblimin).

A tabela 22 apresenta as cargas fatoriais e comunalidades dos itens do tema Satisfação por Compaixão/Fadiga por Compaixão. Estão representados na tabela apenas as cargas iguais ou superiores a $\pm .40$.

Tabela 22 – Cargas Fatoriais dos itens de Satisfação/Fadiga por Compaixão.

Itens	Cargas Fatoriais		Comuna- lidades
	fator 1	fator 2	
4 - O que mais motiva o profissional de saúde é ver a melhora de um paciente.			0,451
9 - É cansativo atender pacientes que falam muito.		-0,405	0,333
13 - Estou satisfeito com a minha escolha profissional.		0,634	0,786
18 - É muito bom quando o paciente ou os seus familiares me agradecem pelo trabalho que eu realizei.	0,618		0,569
21 - Quando ocorre a melhora de um paciente, sinto-me responsável por isso.	0,445		0,313
25 - Fico irritado quando se aproxima a hora de ir para o trabalho.		-0,539	0,547
32 - Quando vejo o paciente melhorar parece que tudo valeu a pena.	0,703		0,659
33 - É gratificante quando você consegue a melhora de um paciente.	0,706		0,669
34 - Não tem preço o sentimento de contribuir para a melhora de um paciente.	0,525		0,472
36 - A maior realização para o profissional de saúde é ver um paciente curado.	0,511		0,551
37 - É um privilégio poder ajudar as pessoas.	0,543		0,472
45 - Não tenho paciência para escutar os problemas emocionais dos pacientes.			0,274
52 - Só percebo o quanto fiquei cansado depois do atendimento.			0,190
53 - Gosto quando o paciente reconhece o meu trabalho.	0,683		0,784
58 - Gosto quando os familiares do paciente reconhecem o meu trabalho.	0,712		0,810
65 - Sinto-me gratificado quando consigo ajudar alguém.	0,811		0,698
67 - Sinto que não consigo fazer tudo o que eu gostaria de fazer para aliviar o sofrimento dos pacientes.			0,342
70 - Quando começo a trabalhar, só consigo pensar em atender os pacientes.	0,397		0,438
78 - Me esforço para não pensar em trabalho quando estou em casa.			0,213
81 - Eu me sinto recompensado quando consigo ajudar.	0,838		0,759
87 - Não gosto quando o paciente ou seus familiares não reconhecem o meu trabalho.			0,238
95 - Desanimo só de pensar que vou ter que enfrentar mais um dia de trabalho.		-0,571	0,571
103 - Dividir com os colegas as dificuldades do dia a dia do trabalho me deixa aliviado.			0,264
106 - Tenho muita paciência para escutar meus pacientes.			0,364
116 - Alguns casos que atendo me deixam triste.	0,447		0,397
117 - Gosto quando o paciente reconhece o meu trabalho.	0,636		0,788
120 - No trabalho só penso nos meus pacientes.			0,406
124 - É muito bom o sentimento de ajudar as pessoas.	0,704		0,618
127 - Sou feliz com a minha profissão.		0,682	0,807
Número de itens	15	5	
Autovalores	7,15	3,75	
% Variância	24,66	12,95	
Alfa de Cronbach	0,796		
Total variância Explicada (%)	37,61		

Os resultados indicaram a possibilidade de extração de dois fatores que explicam 37,61% da variância das 28 variáveis observadas. A solução foi alcançada ao final de seis interações. Quanto à carga fatorial dos itens que compõem a escala, o primeiro fator apresentou cargas variando entre .39 e .83, o segundo cargas entre .40 e .68. A análise de consistência dos fatores através do alfa de Cronbach apresentou índice de .796 para a escala.

13 – Discussão sobre a Pesquisa Quantitativa

Ao realizar uma análise fatorial, não basta que seja alcançada uma distribuição dos itens em fatores de forma válida e consistente. Nesse capítulo será discutida a qualidade das escalas com base nos parâmetros definidos pela literatura.

No entanto, validade e consistência em psicologia não se restringem apenas a adequação a parâmetros estatísticos. É almejado que esse agrupamento faça algum sentido, que os itens agrupados de forma matemática também guardem alguma coerência semântica. Por isso, Pasquali (2005) estabelece como parte do processo a interpretação dos fatores e escalas. Desta forma, também será discutido nesse capítulo a interpretação dos fatores extraídos por meio do processo descrito no capítulo 12.

13.1 – Escala Morte/Vida/Sufrimento

Um total de sete itens com cargas superiores a $\pm .40$ compõem essa escala, sendo cinco itens do fator 1 e dois itens do fator 2.

Tabela 23 – Escala Morte/Vida/Sufrimento.

Itens	Cargas Fatoriais	
	fator 1	fator 2
2- Passei a dar mais valor à vida depois que me tornei profissional de saúde.	0,624	
26 - Vejo a vida de uma forma diferente depois que me tornei profissional de saúde.	0,658	
42 - Trabalhar na área de saúde faz você ver como a vida é frágil.	0,449	
51 - É impossível se acostumar com a morte.		0,601
60 - É difícil lidar diariamente com sofrimento e morte.		0,680
62 - O profissional de saúde tem que aprender a conviver com a morte.	0,391	
111 - Trabalhar na área de saúde dá uma noção clara do que a vida é.	0,516	

Os dois fatores da escala compreendem aspectos relacionados ao constante contato dos profissionais de saúde com questões de vida, morte e sofrimento. O fator 1 dessa escala compreende possibilidades de adaptação à condição de trabalho na área de saúde. O fator 2 dessa escala compreende a não possibilidade ou a dificuldade em conseguir se adaptar à condição de trabalho na área de saúde.

O teste de confiabilidade apresentou índices ruins de estabilidade, indicando a baixa probabilidade de ser possível encontrar os mesmos resultados em outras aplicações da mesma escala.

13.2 – Escala Impotência/Onipotência

Um total de 11 itens com cargas superiores a $\pm .40$ compõem essa escala, sendo cinco itens do fator 1 e seis itens do fator 2.

Tabela 24 – Escala Impotência/Onipotência.

Itens	Cargas Fatoriais	
	fator 1	fator 2
3- Poder curar as pessoas é um privilégio.		0,558
12 - Poder salvar vidas é a melhor parte de ser profissional de saúde.		0,765
24 - Gostaria de poder salvar mais vidas.		0,635
27 - Acompanhar um paciente que vai piorando provoca um sentimento de fracasso.	0,620	
48 - Aprendi a preservar a vida a qualquer custo não para perdê-la.		0,465
61 - O profissional de saúde trabalha para salvar vidas.		0,631
69 - Quando perco um paciente sinto como se tivesse perdido junto com ele parte do meu ânimo.	0,754	
72 - Tento fazer o possível e o impossível para salvar uma vida.		0,630
84 - Fico pensando no que eu poderia ter feito quando ocorre a morte de um paciente.	0,494	
94 - Perco uma parte de mim quando um paciente morre.	0,765	
108 - Sinto-me um fracassado quando morre algum paciente que atendo.	0,734	

Os dois fatores da escala compreendem aspectos relacionados a sentimento de Onipotência e Impotência que os profissionais de saúde experienciam no exercício de suas atividades. O fator 1 dessa escala compreende aspectos relacionados a sentimento de impotência. O fator 2, aspectos relacionados ao sentimento de onipotência.

O teste de confiabilidade apresentou bons índices de estabilidade, indicando que a alta probabilidade de encontrar os mesmos resultados em outras aplicações da mesma escala.

13.3 – Escala do Paradoxo da Compaixão

Um total de dez itens com cargas superiores a $\pm .40$ compõem essa escala, sendo cinco itens do fator 1 e cinco itens do fator 2.

Tabela 25 – Escala Paradoxo da Compaixão.

Itens	Cargas Fatoriais	
	fator 1	fator 2
5 - A vontade de ajudar o paciente nos coloca em situações profissionalmente complicadas.		0,471
15 - O profissional faz o que não é correto para ajudar o paciente.		0,439
19 - Acho errado me envolver emocionalmente com o paciente.	0,518	
23 - É mais importante ajudar o paciente do que seguir as normas de trabalho.		0,577
29 - No ímpeto de ajudar acabo fazendo coisas que vão além das minhas responsabilidades.		0,444
40 - Normas muito rígidas atrapalham o meu trabalho com o paciente.		0,530
76 - Agir apenas de forma racional em relação ao paciente me deixa mais seguro.	0,439	
80 - Faço uma grande força para evitar me envolver com o paciente.	0,705	
97 - Agir emocionalmente pode nos levar a cometer erros.	0,533	
113 - Sinto-me perturbado quando me envolvo emocionalmente com o paciente.	0,624	

Os dois fatores da escala compreendem aspectos relacionados a situações paradoxais, onde os profissionais de saúde vivem um dilema ético-profissional, entre fazer aquilo que é possível ser feito e fazer o que é profissionalmente correto. O fator 1 dessa escala compreende posturas relacionadas à percepção de que possuir uma postura profissional é possuir uma postura pouco compassiva. O fator 2 dessa escala compreende posturas relacionadas à percepção de que para promover um atendimento compassivo é válido burlar algumas normas profissionais.

O teste de confiabilidade apresentou índices mínimos de estabilidade, indicando que é baixa a probabilidade de ser possível encontrar os mesmos resultados em outras aplicações da mesma escala.

13.4 – Escala Empatia/Compaixão

Um total de 17 itens com cargas superiores a $\pm .40$ compõem essa escala, sendo 11 itens do fator 1 e seis itens do fator 2.

Tabela 26 – Escala Empatia/Compaixão.

Itens	Cargas Fatoriais	
	fator 1	fator 2
7 - Preciso do maior número possível de exames laboratoriais para poder entender a patologia do paciente.		0,509
30 - Sem se colocar no lugar do paciente, não é possível perceber com precisão o que ele está sentindo.	0,445	
38 - Uma boa parcela da melhora do paciente depende de que haja uma boa relação entre profissional e paciente.	0,512	
43 - O exame laboratorial complementa o exame clínico.	0,415	
55 - Quando me coloco no lugar do paciente fico mais exigente comigo mesmo.	0,562	
59 - É preciso se colocar na pele do paciente para poder tratá-lo.	0,452	
64 - Apenas conversar com o paciente, sem os exames laboratoriais, de nada adianta.		0,525
68 - Cuido para não criar um vínculo grande com os pacientes.		0,484
73 - Ao atender um paciente nós acabamos nos envolvendo, isso faz com que nos emocionemos.	0,594	
85 - O profissional de saúde se identifica com os casos que ele atende.	0,344	
93 - Entender o que o paciente está sentindo ajuda no diagnóstico.	0,563	
100 - Conversar com o paciente é essencial para um bom diagnóstico.	0,502	
102 - Escutar as queixas do paciente com atenção ajuda a fechar um diagnóstico mais preciso.	0,562	
105 - O que mais auxilia no tratamento do paciente é a análise dos exames laboratoriais.		0,570
110 - Conversar demais com o paciente pode atrapalhar o meu trabalho.		0,498
115 - Quando o tratamento do paciente é demorado, o profissional de saúde sofre mais com a sua morte.	0,473	
130 - Apenas conversar com o paciente sem pedir exame não adianta nada.		0,602

Os dois fatores da escala compreendem dois tipos de posturas que os profissionais de saúde adotam na relação com o paciente. Uma postura compassiva, que ajuda no tratamento e permite que a identidade do profissional de saúde seja mantida, mas que por outro lado causa desgaste. Ou uma postura não compassiva, que encontra suporte na grande quantidade de exames disponíveis na medicina moderna, criando uma falsa impressão de que é possível cuidar sem estabelecer um vínculo emocional.

O teste de confiabilidade apresentou índices razoáveis de estabilidade, indicando que é boa a probabilidade de ser possível encontrar os mesmos resultados em outras aplicações da mesma escala.

13.5 – Escala de Tensão Empática/Distanciamento Emocional

Um total de 14 itens com cargas superiores a $\pm .40$ compõem essa escala, sendo oito itens do fator 1 e seis itens do fator 2.

Tabela 27 – Escala Tensão Empática/Distanciamento Emocional.

Itens	Cargas Fatoriais	
	fator 1	fator 2
11 - Colocar-me no lugar do paciente me leva a querer dar o melhor de mim.	0,426	
22 - Acho que é ruim deixar-se envolver com a história do paciente.		0,390
28 - Não sei o que fazer com o que sinto quando me envolvo com o paciente.	0,411	
39 - Fico angustiado quando sinto que não há mais nada a fazer pelo paciente.	0,542	
77 - Pensar que aquele sofrimento poderia ser comigo me deixa mais estressado.		0,413
86 - O profissional de saúde tem o dever de curar o paciente e não de prestar apoio emocional.		0,586
91 - A evolução do quadro do paciente é mais importante do que a dor que ele possa estar sentindo.		0,398
98 - Não se envolver com o paciente permite um maior profissionalismo.		0,439
99 - Escutar gemidos de dor causa aflição.	0,546	
104 - Quando percebo o sofrimento do paciente tenho o ímpeto de socorrê-lo.	0,466	
107 - Me preocupo com a melhora, não com o sofrimento do paciente.		0,404
125 - Atender pessoas que estão passando por sofrimento mexe com os meus sentimentos.	0,742	
126 - Os casos crônicos me deixam mais estressado devido ao contato com o sofrimento prolongado.	0,633	
129 - Sofro mais quando atendo casos crônicos	0,556	

Os dois fatores da escala compreendem dois tipos de experiências que os profissionais de saúde vivenciam em decorrência do fato de estarem constantemente expostos a situações que envolvem o testemunho do sofrimento alheio.

Presenciar o sofrimento é uma condição causadora de um estado de tensão, aflição, que é responsável por dar o tom de urgência nos casos que envolvem o sofrimento de algum indivíduo. Essas experiências estão representadas no fator 1.

Por outro lado, essa tensão causada pelo testemunho do sofrimento alheio é causador de desgaste. A estratégia mais utilizada para tentar evitar a tensão empática é o distanciamento emocional, onde o profissional tenta estabelecer uma relação esvaziada de afeto com o paciente. As posturas que evidenciam a adoção dessa estratégia estão representados no fator 2.

O teste de confiabilidade apresentou índices razoáveis de estabilidade, indicando que é boa a probabilidade de ser possível encontrar os mesmos resultados em outras aplicações da mesma escala.

13.6 – Escala de Satisfação por Compaixão/Fadiga por Compaixão

Um total de 20 itens com cargas superiores a $\pm .40$ compõem essa escala, sendo 15 itens do fator 1 e cinco itens do fator 2.

Tabela 28 – Escala Satisfação/Fadiga por Compaixão.

Itens	Cargas Fatoriais	
	fator 1	fator 2
9 - É cansativo atender pacientes que falam muito.		-0,405
13 - Estou satisfeito com a minha escolha profissional.		0,634
18 - É muito bom quando o paciente ou os seus familiares me agradecem pelo trabalho que eu realizei.	0,618	
21 - Quando ocorre a melhora de um paciente, sinto-me responsável por isso.	0,445	
25 - Fico irritado quando se aproxima a hora de ir para o trabalho.		-0,539
32 - Quando vejo o paciente melhorar parece que tudo valeu a pena.	0,703	
33 - É gratificante quando você consegue a melhora de um paciente.	0,706	
34 - Não tem preço o sentimento de contribuir para a melhora de um paciente.	0,525	
36 - A maior realização para o profissional de saúde é ver um paciente curado.	0,511	
37 - É um privilégio poder ajudar as pessoas.	0,543	
53 - Gosto quando o paciente reconhece o meu trabalho.	0,683	
58 - Gosto quando os familiares do paciente reconhecem o meu trabalho.	0,712	
65 - Sinto-me gratificado quando consigo ajudar alguém.	0,811	
70 - Quando começo a trabalhar, só consigo pensar em atender os pacientes.	0,397	
81 - Eu me sinto recompensado quando consigo ajudar.	0,838	
95 - Desanimo só de pensar que vou ter que enfrentar mais um dia de trabalho.		-0,571
116 - Alguns casos que atendo me deixam triste.	0,447	
117 - Gosto quando o paciente reconhece o meu trabalho.	0,636	
124 - É muito bom o sentimento de ajudar as pessoas.	0,704	
127 - Sou feliz com a minha profissão.		0,682

Os dois fatores da escala compreendem dois tipos de consequências resultantes do exercício de uma atividade que tem como aspecto central da sua condição a compaixão.

Quando o profissional de saúde consegue estabelecer o vínculo empático com seus pacientes, possui recursos para investir no socorro daqueles que sofrem e por conta disso não tem sua identidade ameaçada, seu trabalho é capaz de gerar satisfação. Os aspectos envolvidos nessas vivências estão representados no fator 1.

Por outro lado, quando o profissional de saúde não consegue realizar seu trabalho de forma compassiva e por conta disso lança mão de estratégias que colocam

em risco sua identidade, o profissional vivencia situações de desgaste que pode leva-lo ao adoecimento e, conseqüentemente, de fadiga. As experiências que geralmente estão relacionadas a um quadro de fadiga típico desse tipo de trabalho estão representados no fator 2.

O teste de confiabilidade apresentou bons índices de estabilidade, indicando que é alta a probabilidade de encontrar os mesmos resultados em outras aplicações da mesma escala.

13.7 – Discussão das Escalas

É possível verificar que apesar de todas as escalas terem cumprido os requisitos estatísticos mínimos, algumas apresentaram melhores resultados do que outras. As escalas *Morte/Vida/Sofrimento*, *Paradoxo da Compaixão* e *Tensão Empática/Distanciamento Emocional* apresentam índices apenas aceitáveis de fatorabilidade e apesar de a solução fatorial ter sido possível, verificou-se um baixo índice de variância explicada e de consistência.

Por outro lado, as escalas *Satisfação por Compaixão/Fadiga por Compaixão*, *Impotência/Onipotência* e *Empatia/Compaixão* apresentaram bons índices de fatorabilidade e as soluções fatoriais alcançadas alcançaram bons índices de variância explicada e consistência.

Importante destacar que em todas as escalas foi possível realizar a interpretação dos fatores, indicando que os temas estabelecidos na pesquisa qualitativa foram capazes de ser representados, com maior ou menor precisão, pelas escalas.

Desta forma, entende-se que as escalas apresentadas possuem características suficientes para constituírem um instrumento válido de investigação exploratória sobre fenômenos que foram identificados pelo estudo qualitativo. Conforme demonstrado, há evidências de que esses fenômenos compõem um conjunto de condições que propiciam o desenvolvimento do quadro de Fadiga por Compaixão.

Novas aplicações dessas escalas, além de gerarem informações sobre um tipo de adoecimento ainda não investigado nos profissionais de saúde do Brasil, podem contribuir para o desenvolvimento e aperfeiçoamento das mesmas.

Apesar das limitações discutidas, acredita-se que os resultados alcançados no desenvolvimento tanto do estudo qualitativo quanto do estudo quantitativo foram capazes de propiciar o avanço do conhecimento acerca da Fadiga por Compaixão e assim contribuir para as ações ligadas à promoção da saúde do trabalhador.

14 – A Fadiga por Compaixão descrita

É consensual a constatação de que o trabalho dos profissionais de saúde submete aqueles que o executam a uma série de condições que põem o bem-estar de qualquer indivíduo em risco. Há também uma boa concordância quanto ao fato de que as questões emocionais provenientes do testemunho do sofrimento e da morte de outros indivíduos são importantes para a compreensão das questões que ameaçam a saúde desse trabalhador.

Estudos apontam que todos os seres dotados de capacidade empática, ou seja, capazes de serem contaminados pelos estados emocionais de outrem, ao presenciarem o sofrimento de outro indivíduo são impactados por tais eventos, provocando nos espectadores um estado de tensão, de aflição, que dá o tom de urgência para essas situações.

Os seres capazes de realizar a *distinção eu-outro* conseguem separar as situações em que a aflição tem origem em uma experiência interna e situações em que esse sentimento tem origem externa. Quando a tensão empática acontece, estabelece-se a condição para o surgimento da compaixão. Emoção essa que é capaz de eliciar comportamentos direcionados à interrupção do sofrimento alheio.

No entanto, tendo em vista que tal processo demanda grande dispêndio de energia ao organismo, uma série de processos avaliativos ocorre de forma a garantir o uso equilibrado desses recursos.

No contexto de trabalho, os processos avaliativos responsáveis por desarmar o surgimento da compaixão e, portanto, economizar os recursos do organismo, são impossibilitados, uma vez que realizar alguns processos avaliativos coloca em risco a identidade do profissional de saúde. Uma condição de trabalho que exige um grande dispêndio de energia é então estabelecida.

O indivíduo, ao entrar em contato com essa condição, percebe que está gastando mais recursos do que seu organismo é capaz de repor e que isso poderá levá-lo ao desequilíbrio. Percebe também que esse gasto é ocasionado pela compaixão que ocorre na presença do sofrimento de outro indivíduo. Diante dessa condição, uma opção aparentemente válida dentro do contexto de trabalho é apresentada: o distanciamento emocional.

No distanciamento emocional o profissional de saúde tenta prestar socorro a outro indivíduo sem realizar um vínculo empático integral. A ideia subjacente é que

seria possível estabelecer no contexto de socorro um vínculo empático parcial, uma *compaixão profissional*.

Se na teoria tal estratégia parece ser complicada de ser estabelecida, na prática ela se mostra ainda mais contraditória. Além disso, tal estratégia não se mostra eficiente em estabelecer uma condição de trabalho saudável, não sendo capaz de garantir o bem-estar destes trabalhadores.

Ademais, no contexto de trabalho, outros fenômenos também podem contribuir para o desgaste do profissional de saúde. A estruturação do socorro como profissão estabeleceu alguns limites para o comportamento de ajuda. A profissionalização da saúde delimitou até onde a compaixão pode propiciar o socorro de um indivíduo em sofrimento.

Quando o profissional de saúde se vê em contextos onde esses limites são testados, a tensão causada pela compaixão não encontra caminhos para sua solução. Há que se escolher entre a frustração, o desperdício de energia e os riscos de uma punição profissional.

A profissionalização da compaixão também transformou a remissão do sofrimento e a postergação da morte em produto. Por isso, na nossa história, muito tempo e dinheiro já foram empregados no desenvolvimento de técnicas e ferramentas capazes de alcançar resultados que antes pareciam improváveis. Hoje é possível manter indivíduos vivos sem o funcionamento de um coração, de um cérebro e de outras tantas coisas que pareciam essenciais para a manutenção da vida de um organismo.

Para profissionais que dedicaram boa parte da sua vida ao objetivo de dominar tais técnicas e ferramentas, dois sentimentos contraditórios podem surgir no exercício dessa atividade profissional: a) sentimento de onipotência, b) sentimento de impotência.

A experiência desses sentimentos faz com que o profissional estabeleça uma relação entre o controle de eventos naturais e a sua competência profissional. Nas situações onde o emprego das técnicas e ferramentas logra êxito, o sentimento de onipotência surge, trazendo a falsa impressão de que se é capaz de controlar o incontrolável (i.e., a vida e a morte).

Nas situações onde o emprego das técnicas e ferramentas não é exitoso, o sentimento de impotência surge, trazendo a falsa impressão de incompetência, de falta de sentido no trabalho, de um trabalho sem produto.

Como o próprio nome diz, Fadiga por Compaixão refere-se a um quadro de *fadiga* que pode ser provocado por diversas questões relacionadas à experiência compassiva aplicada ao contexto de trabalho.

Na impossibilidade de realizar um processo avaliativo que possibilite o equilíbrio do gasto de energia provocado pela compaixão e a existência de outros fatores que podem contribuir para um desgaste ainda maior, o risco de que algum processo disruptivo ocorra aumenta.

Na ocorrência de um processo disruptivo, as estratégias restauradoras já não logram mais êxito em restabelecer a energia do indivíduo, que vê a execução de suas atividades cotidianas comprometidas. Nesse momento, diz-se que o indivíduo vivencia um quadro de fadiga, um quadro de fadiga por compaixão.

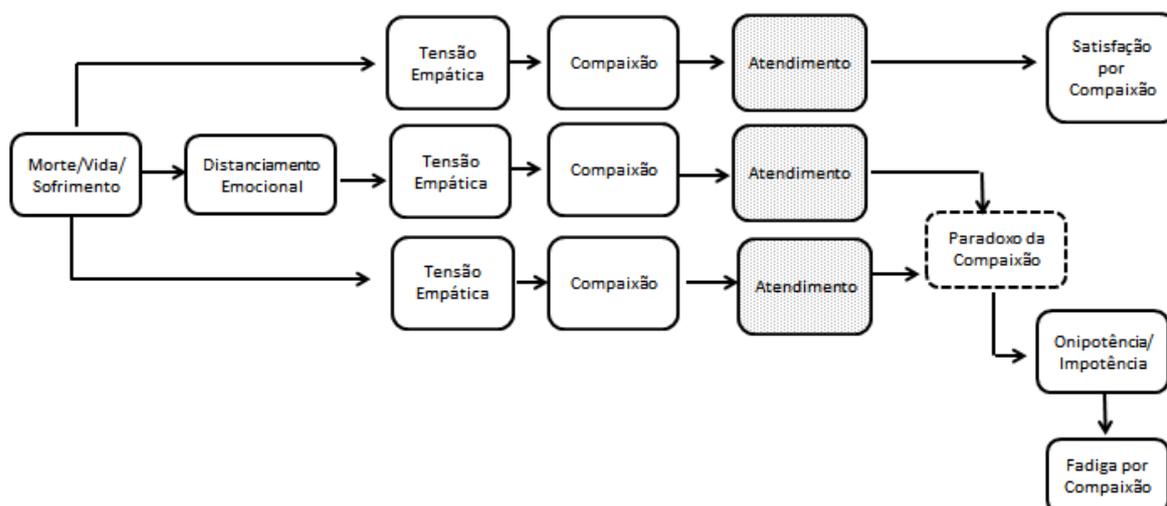


Figura 12. Modelo Fenomenológico da Fadiga por Compaixão.

Esse estudo verificou que existem três possibilidades de vivências relacionadas à experiência da compaixão dentro do contexto do trabalho. Duas delas levam o indivíduo no caminho do desenvolvimento de um quadro de fadiga e a outra afasta o indivíduo do desenvolvimento deste quadro.

As vivências que aumentam o risco do desenvolvimento de um quadro de fadiga por compaixão são aquelas que incluem experiências que contribuem para o desgaste do trabalhador e impedem a existência de prazer e satisfação no trabalho.

Infelizmente a vivência mais comum entre os profissionais de saúde é a que inclui a adoção da estratégia do distanciamento emocional, em que o profissional de saúde, após não ter tido êxito em estabelecer uma forma saudável de conviver com os

custos emocionais do seu trabalho, tenta adotar uma postura de distância em relação ao sofrimento daqueles que ele atende.

Por essa razão, acredita-se que essa estratégia seja típica entre profissionais que já possuem alguma experiência profissional. Entre os profissionais pouco experientes ou em formação, essa estratégia parece não estar presente.

O distanciamento emocional além de não ser uma forma eficiente de manutenção do bem-estar do profissional de saúde ainda compromete a qualidade do seu trabalho e das suas relações afetivas. Isso porque ao tentar desenvolver a capacidade de regular sua sensibilidade afetiva, o indivíduo corre o risco de desenvolver um quadro de embotamento emocional, prejudicando a qualidade dos seus relacionamentos.

Importante destacar a razão que faz a estratégia do distanciamento emocional ser a mais empregada. Essa estratégia é ensinada de modo informal no processo de formação dos profissionais. Ela não pode ser encontrada nos livros, mas está muito presente nas orientações dos professores.

Nos dois tipos de vivência que levam o indivíduo no caminho do desenvolvimento de um quadro de fadiga, o paradoxo da compaixão e o sentimento de impotência ou onipotência também aparecem como reflexo da ausência de estratégias saudáveis para se lidar com a profissionalização da compaixão.

O paradoxo de compaixão ocorre em contextos onde os limites entre a ação compassiva e a ação profissional se torna evidente. Esses contextos são fonte de sofrimento uma vez que submetem o profissional de saúde a um dilema que não é dele e sim da forma como seu trabalho foi estabelecido. Portanto, submete o profissional de saúde a situações onde não existe a possibilidade de uma decisão correta, na verdade, há apenas a possibilidade de se tomar a decisão errada. Quer seja do ponto de vista profissional, quer seja do ponto de vista afetivo.

É importante dizer que não é sempre que esses contextos ocorrem, porém esses contextos ocorrem com frequência suficiente para serem capazes de contribuir para o desenvolvimento de um quadro de fadiga.

O sentimento de impotência ou onipotência é mais uma consequência da ausência de estratégias saudáveis para se lidar com a profissionalização da compaixão. Esses sentimentos são resultado do estabelecimento de uma relação entre a capacidade de controlar fenômenos naturais e a competência profissional.

Dessa forma, quando os esforços empregados no sentido de interromper o sofrimento ou postergar a morte alcançam êxito, os profissionais experimentam sentimento de onipotência. E em situações onde os esforços empregados não alcançam êxito, sentem-se impotentes, como se tudo que soubessem não tivesse utilidade, como se seu trabalho fosse inútil.

Compreender como se estabelece o quadro de fadiga por compaixão é compreender como um comportamento tão importante para a sobrevivência da nossa espécie se tornou trabalho (i.e., o socorro). Compreender a fadiga por compaixão é considerar que lidar com eventos como o sofrimento, a morte, resulta na experiência de situações emocionalmente complexas. Experiências essas, para as quais as pessoas não estão preparadas e, por isso, precisam ser amplamente capacitadas, para que possam desenvolver estratégias saudáveis de enfrentamento.

Compreender a fadiga por compaixão é pensar em formas de fazer com que o prazer proveniente do socorrer seja mais frequente do que a angústia do compadecer, do ser obrigado a tomar decisões paradoxais ou sentir-se impotente. Evitar a fadiga por compaixão significa promover o resgate do prazer que o ato de socorrer o próximo sempre teve.

14.1- Outro olhar sobre a Fadiga por Compaixão

A constatação de que é importante que haja uma atenção especial com a saúde das pessoas envolvidas em atividade relacionadas à remissão do sofrimento alheio não é nova e está muito presente na literatura. No entanto, a maioria dos estudos não é capaz de traçar uma relação entre as características exclusivas deste tipo de trabalho e o fato de este tipo de atividade estar relacionado à grande ocorrência de eventos disruptivos (i.e., depressão, ansiedade, suicídio, alcoolismo e uso de drogas).

Recentemente foi defendida a ideia de que as profissões que realizam atividades ligadas ao socorro possuem uma característica específica. Isto é, elas têm em comum o fato de conterem a compaixão como aspecto central.

Essa ideia começou a ser investigada e a espécie de sofrimento característica deste tipo de trabalho ganhou o nome de Fadiga por Compaixão. Os primeiros esforços no sentido de definir um tipo específico de sofrimento para os profissionais de saúde

sugeriram que para realizar uma atividade relacionada ao socorro há necessidade de um investimento emocional. A esse investimento deu-se o nome de *o custo do cuidar*.

No entanto, na tentativa de traçar uma distinção entre essa nova ideia e outras ideias relacionadas ao sofrimento daqueles que realizam trabalhos que envolvem o atendimento de pessoas, algumas confusões foram produzidas.

Este estudo faz parte dos esforços que vêm sendo empregados no sentido de ampliar o conhecimento em torno da ideia de que profissões ligadas ao socorro possuem características específicas e por isso produzem um tipo específico de sofrimento e adoecimento. Nesse sentido, persegue a hipótese de que a compaixão é o elemento central que faz desse tipo de atividades um trabalho tão único.

A investigação realizada apontou que a Fadiga por Compaixão não é apenas uma ideia, um conceito. Ela existe e é uma ameaça constante no cotidiano dos profissionais de saúde. Ela está presente desde a formação desses profissionais, a partir do momento em que eles começam a entrar em contato com os pacientes e se veem diante de situações emocionalmente complexas.

Nesse contexto, indivíduos jovens são obrigados a se adaptar, a encontrar maneiras de lidar com todas as emoções provenientes de um trabalho tão imerso em questões complexas como vida, morte e sofrimento. E são obrigados a fazer isso sob pena de colocarem a sua identidade profissional recém-formada em risco.

Dentro dessa lógica, as instituições de ensino não preparam os profissionais de saúde para lidar de forma saudável com as emoções provenientes desse tipo de atividade. Por conta disso, essas instituições acabam entregando ao mercado de trabalho, profissionais despreparados para lidar de forma saudável com suas emoções e instruídos a evitar o contato com suas emoções e as daqueles que ele atende.

No entanto, há diversos estudos que indicam que a proporção de indivíduos doente entre os profissionais de saúde é maior do que na população comum, evidenciando que evitar o contato com as emoções, sejam elas próprias ou alheias, não é garantia de bem-estar, na verdade mostram que é perfeitamente o contrário. Ao tentarem evitar o vínculo emocional com seus pacientes, o profissional de saúde tem sua vida afetiva ameaçada, tem a qualidade do seu trabalho prejudicada e são alijados da possibilidade de sentir prazer por meio do seu trabalho.

Uma vez que a satisfação na realização do seu trabalho fica comprometida, o trabalhador vê seus recursos serem consumidos até o ponto que algum processo entra

em falência, resultando no desenvolvimento de algum quadro disruptivo que tem como sintoma mais comum a fadiga.

Uma vez que esse evento disruptivo tem como principal sintoma a fadiga, e tem sua origem em uma emoção denominada de compaixão, chama-se de fadiga por compaixão essa forma de sofrimento.

Além da ameaça à identidade e da impossibilidade de satisfação, contribuem para o desenvolvimento desse tipo de sofrimento, aspectos relacionados aos conflitos provenientes da construção de uma atividade que profissionalizou a compaixão.

Muitas vezes o profissional de saúde vê-se obrigado a decidir entre agir de forma compassiva ou agir de forma profissional. Pois, em alguns contextos, a profissionalização do socorro resulta em não realizar algum tipo de atividade que está ao alcance do profissional de saúde, mas que se configura como um comportamento que não é adequado do ponto de vista profissional.

A profissionalização da saúde também resultou no aperfeiçoamento das técnicas de socorro e no avanço da tecnologia. Isso tem proporcionado a cada dia uma maior capacidade de se prolongar a vida. O aumento da capacidade de intervenção dos profissionais de saúde contribui para o desenvolvimento de um sentimento de onipotência em situações onde a intervenção logra êxito.

Por outro lado, para esses profissionais, a morte passou a ganhar contornos de fracasso profissional, de incompetência, de imperícia. De posse de tantas técnicas avançadas, diante da morte de um paciente, os profissionais de saúde sempre se questionam se fizeram tudo corretamente ou se fizeram tudo que era possível ser feito. Ou mesmo, se todas as técnicas avançadas que ele se esforçou para aprender tem alguma utilidade. Nesse contexto, sentimentos de impotência contribuem para o desgaste do profissional de saúde.

Os resultados alcançados neste estudo reforçam a ideia de que profissões ligadas ao socorro possuem características específicas e, portanto, são capazes de produzir um tipo específico de adoecimento. Esse estudo também reforça a ideia de que a compaixão é o elemento essencial das profissões ligadas à remissão da dor e do sofrimento alheio.

Porém, os resultados também indicam que a forma na qual a Fadiga por Compaixão tem sido concebida não representa de maneira adequada e suficiente as características e a complexidade desse tipo de sofrimento.

Sendo assim, este trabalho oferece uma nova forma de compreender e investigar a ocorrência da Fadiga por Compaixão entre os profissionais de saúde. Oferece uma forma diferente de compreender a dinâmica deste tipo de sofrimento que é característico destes profissionais e, portanto, indica que é necessário o desenvolvimento de novas estratégias de prevenção e intervenção.

Apesar destes avanços, vale a pena ressaltar que algumas questões importantes ainda necessitam ser objeto de estudo. Neste trabalho não foi possível analisar a interferência da variável gênero, quer seja no sofrimento causado pela Fadiga por Compaixão, quer seja nas formas de enfrentamento. O estudo dessa variável se mostra importante, uma vez que as atividades ligadas ao cuidado daqueles que necessitam de ajuda estão historicamente associadas ao papel feminino. Além disso, do ponto de vista da profissão, é possível notar, por exemplo, que enquanto a medicina é uma profissão predominantemente masculina a enfermagem é feminina. Sendo assim, é possível esperar a interferência da variável gênero quando se trata de Fadiga por Compaixão.

Entende-se também, que apesar de ser possível falar de um tipo de sofrimento comum a todos aqueles que lidam com socorro, não se deve pressupor que as diferentes profissões existentes na área de saúde tenham experiências idênticas no que tange a Fadiga por Compaixão. Isso porque cada uma das profissões ocupa uma posição social, possui uma identidade e obedece a uma hierarquia dentro das unidades de saúde.

Nesse estudo, perseguiu-se a ideia de que compaixão no trabalho é o que explica o prazer e o sofrimento dos profissionais de saúde. Compreender como homens e mulheres, médicos e enfermeiros, lidam com essa experiência complexa, parece ser o próximo passo no que tange a construção de um conhecimento mais profundo acerca da Fadiga por Compaixão.

Referências Bibliográficas

- A'Brook, M. F., Hailstone, J. D., & Mclauchlan, I. E. J. (1967). Psychiatric Illness in the Medical Profession. *The British Journal of Psychiatry*, *113*, 1013-1023.
- Aach, R. D., Cooney, T. G., Girard, D. E., Grob, D., McCue, J. D., Page, M. I., et al. (1988). Stress and impairment during residency training: strategies for reduction, identification and management. *Annals of Internal Medicine*, *109*, 154-161.
- Aaronson, L. S., Teel, C. S., Cassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., et al. (1999). Defining and Mensuring Fatigue. *Journal of Nursing Scholarship*, *31*(1), 45-50.
- Abendroth, M. (2005). *Predicting the risk of compassion fatigue : an empirical study of hospital nurses*. The Florida State University, Tallahassee.
- Abreu, K. L. d., Stoll, I., Ramos, L. S., Baumgardt, R. A., & Kristensen, C. H. (2002). Estresse ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da psicologia. *Psicologia : Ciência e Profissão*, *22*(2).
- Adams, R. E., Figley, C. R., & Boscarino, J. A. (2008). The Compassion Fatigue Scale : Its use with social workers following urban disaster *Research on Social Work Practice*, *18*(3), 238-250.
- Amaducci, C. d. M., Mota, D. D. F. d. C., & Pimenta, C. A. d. M. (2010). Fadiga entre estudantes de graduação em enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, *44*(4), 1052-1058.
- Amaral, G. F. d., Gomide, L. M. d. P., Batista, M. d. P., Píccolo, P. d. P., Teles, T. B. G., Oliveira, P. M. d., et al. (2008). Sintomas depressivos em acadêmicos de medicina da Universidade Federal de Goiás: um estudo de prevalência. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul* *30*(2), 124-130.
- Aycock, N., & Boyle, D. (2009). Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nursing. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, *13*(2), 183-191.
- Barbosa, G. A., Andrade, E. d. O., Carneiro, M. B., & Gouveia, V. V. (2007). *A saúde dos médicos do Brasil*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.

- Barros, A. L. B. L. d., Humerez, D. C. d., Fakh, F. T., & Michel, J. L. M. (2003). Situações geradoras de ansiedade e estratégias para seu controle entre enfermeiras: Estudo preliminar. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 11(5), 585-592.
- Batista, A. S., & Codo, W. (1999). Crise de Identidade e Sofrimento. In W. Codo (Ed.), *Educação : Carinho e Trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Batista, K. d. M., & Bianchi, E. R. F. (2006). Estresse do Enfermeiro em Unidade de Emergência. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(4), 534-539.
- Beaton, R. D., & Murphy, S. A. (1995). Working with people in crisis : Research Implications. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue* (pp. 51-81). New York: Brunner/Mazel.
- Beck, C. T. (2010). Secondary Traumatic Stress in Nurses : A Systematic Review. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(1), 1-10.
- Becker, E. (Ed.). (2007). *A Negação da Morte* (3a ed.). Rio de Janeiro: Editora Record.
- Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). *Burnout : quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Beurskens, A. J. H. M., Bültmann, U., Kant, I., Vercoulen, J. H. M. M., Bleijenberg, G., & Swaen, G. M. H. (2000). Fatigue among working people: validity of a questionnaire measure. *Occupational Environmental Medicine*, 57, 353-357.
- Bing-You, R. G. (1993). Anxieties of entering first-year residents. *Academic Medicine*, 68, 90.
- Borges, L. O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. d. S., Machado, E. A. P., & Silva, W. S. d. (2002). A Síndrome de Burnout e os Valores Organizacionais : Um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia : Reflexão e Crítica*, 15(1), 189-200.
- Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de Estresse nos Trabalhadores Atuantes em Cinco Núcleos de Saúde da Família. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 12(1), 14-21.

- Carlos, S. A., Jacques, M. d. G. C., Larrat ea, S. V., & Heredia, O. C. (1999). Identidade, aposentadoria e terceira idade. *studos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento, 1*, 77-89.
- Carlotto, M. S., & Câmara, S. G. (2008). Análise da Produ ao científica sobre a Síndrome de Burnout no Brasil. *Psico, 39*(2), 152-158.
- Carvalho, L. d., & Malagris, L. E. N. (2007). Avalia ao do Nível de stress em profissinais de saúde. *Estudos e Pesquisa em Psicologia, 7*(3), 210-222.
- Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D., et al. (1993). Development of a Fatigue Scale. *Journal of Psychosomatic Research, 37*(2), 147-153.
- Chrousos, G. P., & Gold, P. W. (1992). The Concepts of Stress And Stress System Disorder : Overview of Physical and Behavior Homeostasis. *Journal of American Medical Association, 267*(9), 1244-1253.
- Clark, D. C., Salazar-Gruesco, E., Grabler, P., & Fawcet, J. (1984). Predictors of depression during the first six months of internship. *The American Journal of Psychiatry, 141*, 1095-1098.
- Codo, W. (1999). *Educa ao : Carinho & Trabalho* (1 ed.). Petrópolis: Editora Vozes.
- Codo, W., & Vasques-Menezes, I. (2002). Educar,educador. In W. Codo (Ed.), *Educa ao : Carinho e Trabalho* (1 ed., pp. 37-47). Petrópolis: Editora Vozes.
- Coelho, J. A. B., & Araújo, S. T. C. d. (2010). Desgaste da equipe de enfermagem no centro de tratamento de queimados. *Acta Paulista de Enfermagem 23*(1), 60-64.
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion Fatigue within nursing practice : A concept analysis. *Nursing and Health Sciences, 12*, 235-243.
- Coffey, M., & Coleman, M. (2001). The relationship between support and stress in forensic community mental health nursing. *Journal of Advanced Nursing, 34*(3), 397-407.

- Colford, J. M., & McPhee, S. J. (1989). The ravelled sleeve of care - managing the stresses of residency training. *Journal of American Medical Association*, *261*, 889-893.
- Collins, S., & Long, A. (2003). Working with the psychological effects of trauma: consequences for mental health-care workers - a literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *10*, 417-424.
- Devilley, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious Trauma, Secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*, 373-385.
- Duffy, J., & Litin, E. (1964). Psychiatric Morbidity of Physicians. *Journal of the American Medical Association*, *189*(13), 989-992.
- Dunkley, J., & Whelan, T. A. (2006). Vicarious traumatization : current status and future directions. *British Journal of Guidance & Counselling*, *34*(1), 107-116.
- Edwards, D., Burnard, P., Coyle, D., Fothergill, A., & Hannigan, B. (2000). Stress and Burnout in community mental health nursing : a review of the literature. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, *7*, 7-14.
- Elwood, L. S., Mott, J., Lohr, J. M., & Galovski, T. E. (2011). Secondary trauma symptoms in clinicians : A critical review of the construct, specificity and implications for trauma-focused treatment. *Clinical Psychology Review*, *31*, 25-36.
- Feliciano, K. V. d. O., Kovacs, M. H., & Sarinho, S. W. (2005). Sentimentos de profissionais dos serviços de pronto-socorro pediátrico : reflexões sobre o burnout. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, *5*(3), 319-328.
- Fevre, M. L., Matheny, J., & Kolt, G. S. (2003). Eustress, distress, and interpretation in occupational stress. *Journal of Managerial Psychology*, *18*(7), 726-744.
- Figley, C. R. (1995). Compassion Fatigue as Secondary traumatic stress disorder : an overview. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue* (pp. 1-20). New York: Brunner/Mazel.

- Filho, A. A., & Borges, L. d. O. (2005). Motivação no Trabalho para os profissionais de saúde do SUS em Natal. In L. d. O. Borges (Ed.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 199-222). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Filho, J. W. S. C., & Sougey, E. B. (2001). Transtorno de estresse pós-traumático: formulação diagnóstica e questões sobre comorbidade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(4), 221-228.
- Fogaça, M. d. C., Carvalho, W. B. d., Cítero, V. d. A., & Nogueira-Martins, L. A. (2008). Fatores que tornam estressante o trabalho de médicos e enfermeiros em terapia intensiva pediátrica e neonatal: estudo de revisão de bibliográfica *Revista Brasileira de Terapia Intensiva*, 20(3), 261-266.
- Franco, G. P., Barros, A. L. B. L. d., & Nogueira-Martins, L. A. (2005). Qualidade vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 13(2), 139-144.
- Gaba, D. M., & Howard, S. K. (2002). Fatigue among clinicians and the safety of patients. *The New England Journal of Medicine*, 347(16), 1249-1255.
- Gaedke, M. Â., & Krug, S. B. F. (2008). Quem eu sou? A identidade de trabalhadores portadores de LER/DORT. *Revista Textos & Contextos Porto Alegre*, 7(1), 120-137.
- Garro, I. M. B., Camillo, S. d. O., & Nóbrega, M. d. P. S. d. S. (2006). Depressão em Graduandos de Enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19(2), 162-167.
- Goetz, J. L., Keltner, D., & Simon-Thomas, E. (2010). Compassion: An Evolutionary Analysis and Empirical Review. [Review]. *Psychological Bulletin*, 136(3), 351-374.
- Hafkenschied, A. (2005). Event countertransference and vicarious traumatization : Theoretically valid and clinically useful concepts? *European Journal of Psychotherapy, Counseling and Health*, 7(3), 159-168.
- Herzog, D. B., Wyshad, G., & Stern, T. A. (1984). Patient-generated dysphoria in house officers. *Journal of Medical Education*, 59, 869-874.

- Hojat, M., Vergare, M. J., Maxwell, K., Brainard, G., Herrine, S. K., Isenberg, G. A., et al. (2009). The devil is in the third year: a longitudinal study of erosion of empathy in medical school *Academic Medicine*, 84(9), 1182-1191.
- Hooper, C., Craig, J., Janvrin, D., Wetsel, M. A., & Reimels, E. (2010). Compassion Satisfaction, Burnout, And Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared with Nurses in Other Selected Inpatient Specialities. *Journal of Emergency Nursing*, 36(5), 420-427.
- Hurwitz, T. A., Beiser, M., Nichol, H., Patrick, L., & Kozak, J. (1987). Impaired interns and residents. *Canadian Journal of Psychiatry*, 32, 165-169.
- Jacques, M. d. G. C. (1996). Identidade e Trabalho: uma articulação indispensável. In A. Tamayo, J. E. Borges-Andrade & W. Codo (Eds.), *Trabalho, Organizações e Cultura* (Vol. 11, pp. 21-26). São Paulo: Cooperativa de Autores Associados.
- Jodas, D. A., & Haddad, M. d. C. L. (2008). Síndrome de Burnout em Trabalhadores de Enfermagem de um pronto socorro de hospital universitário. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(2), 192-197.
- Joinson, C. (1992). Coping with Compassion Fatigue. *Nursing*, 22(4), 116-121.
- Keidel, G. C. (2002). Burnout and compassion fatigue among hospice caregivers. *American Journal of Hospice & Palliative Care*, 19(3), 200-205.
- Kunyk, D., & Olson, J. K. (2001). Clarification of conceptualizations of empathy. *NURSING THEORY AND CONCEPT DEVELOPMENT OR ANALYSIS*, 35(3), 317-325.
- Kurowski, C. M. (1999). *El Burnout en penitenciária. Síndrome de Burnout en el sistema penitenciário brasileño - Paraná*. Universidade Autónoma de Madrid, Madrid.
- Lago, K. (2008). *Fadiga por Compaixão : Quando ajudar dói*. Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, Brasília.
- Lago, K., & Codo, W. (2010). *Fadiga por Compaixão: O Sofrimento dos profissionais em saúde* (1 ed.). Petrópolis: Editora Vozes.

- Lambert, V. A., & Lambert, C. E. (2001). Literature Review of Role stress/strain on nurses: An International perspective. *Nursing and Health Sciences*, 3, 161-172.
- Lautert, L. (1995). *O desgaste profissional do enfermeiro*. Universidad Pontificia de Salamanca, Salamanca.
- Leiter, M., & Harvie, P. (1996). Burnout among mental health workers: a review and a research agenda *International Journal of Social Psychiatry*, 42(2), 90-101.
- Lima, F. D., Buunk, A. P., Araújo, M. B. J., Chaves, J. G. M., Muniz, D. L. O., & Queiroz, L. B. d. (2007). Síndrome de Burnout em Residentes da Universidade Federal de Uberlândia - 2004. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 31(2), 137-146.
- Lima, M. C. P., Domingues, M. d. S., & Cerqueira, A. T. d. A. R. (2006). Prevalência e fatores de risco para transtornos mentais comuns entre estudantes de medicina. *Revista de Saúde Pública*, 40(6), 1035-1041.
- Lo, B., & Schroeder, S. A. (1981). Frequency of ethical dilemmas in a medical inpatient service. *Archives of Internal Medicine*, 141, 1062-1064.
- Lourenção, L. G., Moscardini, A. C., & Soler, Z. A. S. G. (2010). Saúde e Qualidade de Vida de médicos residentes. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 56(1), 81-91.
- Martino, M. M. F. D., & Misko, M. D. (2004). Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. *Revistas da Escola de Enfermagem USP*, 38(2), 161-167.
- Marziale, M. H. P., & Rozestraten, R. J. A. (1995). Turnos Alternantes : Fadiga Mental de Enfermagem. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 3(1), 59-78.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job Burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- Maytum, J. C., Heiman, M. B., & Garwick, A. W. (2004). Compassion Fatigue and Burnout in nurses who work with children with chronic conditions and their families. *Journal of Pediatric Health Care*, 18, 171-179.

- McVicar, A. (2003). Workplace stress in nursing : a literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 44(6), 633-642.
- Meleiro, A. M. A. S. (1998). Suicídio entre médicos e estudantes de medicina. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(2), 135-140.
- Metzner, R. J., & Fischer, F. M. (2001). Fadiga e capacidade para o trabalho em turnos fixos de doze horas. *Revista de Saúde Pública*, 35(6), 548-553.
- Moreira, D. d. S., Magnago, R. F., Sakae, T. M., & Magajewski, F. R. L. (2009). Prevalência da Síndrome de Burnout em trabalhadores de enfermagem de um hospital de grande porte da Região Sul do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 25(7), 1559-1568.
- Morse, J. M., Anderson, G., Bottorff, J. L., Yonge, O., O'Brien, B., Solberg, S. M., et al. (1992). Exploring Empathy: A Conceptual Fit for Nursing Practice? *Journal of Nursing Scholarship*, 24(4), 273-280.
- Mota, D. D. C. d. F., Cruz, D. d. A. L. M. d., & Pimenta, C. A. d. M. (2005). Fadiga:uma análise do conceito. *Acta Paulista de Enfermagem*, 18(3), 285-293.
- Moura, E. P. G. d. (1997). *Saúde mental e trabalho : esgotamento profissional em professores da rede de ensino particular de pelotas*. Pontifícia Universidade Católica de Porto Alegre, Pelotas.
- Najjar, N., Davis, L. W., Beck-Coon, K., & Doebbeling, C. C. (2009). Compassion Fatigue : A Review of the Research to Date and Relevance to Cancer-care Providers. *Journal of Health Psychology*, 14(2), 267-277.
- Nogueira-Martins, L. A. (1991). Atividade médica: fatores de risco para a saúde mental do médico. *Revista Brasileira de Clínica Terapêutica*, 20, 355-364.
- Nogueira-Martins, L. A. (2003). Saúde Mental dos Profissionais de Saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 1(1), 56-58.
- Nogueira-Martins, L. A., & Jorge, M. R. (1998). Natureza e Magnitude do estresse na Residência Médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 44(1), 28-34.

- Oliveira, L. C. B. d., & Chaves-Maia, E. M. (2008). Saúde Psíquica dos Profissionais de Saúde em Hospitais Públicos. *Revista de Salud Pública*, 10(3), 405-413.
- Pasquali, L. (1999). Testes referentes a contrato: Teoria e modelo de construção. In L. Pasquali (Ed.), *Instrumentos Psicológicos:Manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM IBAPP.
- Pasquali, L. (2005). *Análise Fatorial para pesquisadores*. Brasília: LabPAM.
- Pearson, R. G. (1957). Scale Analysis of a Fatigue Checklist. *Journal of Applied Psychology*, 41(3), 186-191.
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., et al. (2010). Compassion Fatigue and Burnout : Prevalence Among Oncology Nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 56-62.
- Ream, E., & Richardson, A. (1996). Fatigue:a concept analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 33(5), 519-529.
- Rebello, J. E. (2005). Importância da entreatajuda no apoio a pais em luto. *Análise Psicológica*, 4(23), 373-380.
- Reuben, D., Novack, D. H., Wachtel, T. J., & Wartman, S. A. (1984). A comprehensive support system for reducing house staff distress. *Psychosomatics*, 25, 815-820.
- Roazzi, A., Carvalho, A. D., & Guimarães, P. V. (2000). *Análise da estrutura de similaridade da síndrome de Burnout : validação da escala "Maslach Burnout Inventory" em professores*. Belo Horizonte: Teorização e Prática.
- Rosa, C. d., & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 8(2), 1-15.
- Ruggiero, J. S. (2003). Correlates of Fatigue in Critical Care Nurses. *Research in Nursing & Health*, 26, 434-444.
- Russek, H. I. (1960). Emotional Stress and Coronary Heart Disease in American Physicians. *The American Journal of the Medical Science*, 79-89.

- Sá, A. C. d. (2010). *O Cuidado do Emocional em Saúde* (3 ed.). São Paulo: Editora Atheneu.
- Sabin-Farrel, R., & Turpin, G. (2003). Vicarious Traumatization: implications for the mental health of health workers? *Clinical Psychology Review*, 23, 449-480.
- Sabo, B. M. (2006). Compassion fatigue and nursing work : Can we accurately capture the consequences of caring work? *International Journal of Nursing Practice*, 12, 136-142.
- Salston, M., & Figley, C. R. (2003). Secondary Traumatic Stress Effects of Working with survivors of criminal victimization. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 167-174.
- Santos, M. A. d. (2003). Perto da dor do outro, cortejando a própria insanidade: o profissional de saúde e a morte. *Revista da SPAGESP*, 4(4).
- Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (2003). Burnout: An Overview of 25 Years of Research and Theorizing. In D. o. W. a. O. Psychology, U. o. Utrecht & M. S. o. Management (Eds.), *The Handbook of Work and Health Psychology*. Manchester: John Wiley & Sons Ltd.
- Schestatsky, S., Shansis, F., Ceitlin, L. H., Abreu, P. B. S., & Hauck, S. (2003). A Evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 8(11), 8-11.
- Shanafelt, T. D., West, C., Zhao, X., Novotny, P., Kolars, J., Habermann, T., et al. (2005). Relationship between increased personal well-being and enhanced empathy among internal medicine residents. *Journal of General Internal Medicine*, 20, 559-564.
- Shimizu, H. E., & Ciampone, M. H. T. (1999). Sofrimento e Prazer no Trabalho Vivenciado pelas Enfermeiras que Trabalham em Unidade de Terapia Intensiva em um Hospital Escola. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 33(1), 96-106.
- Short, S. E. D. (1979). Psychiatric illness in physicians. [Review Article]. *Canadian Medical Association Journal*, 121, 278-283.

- Simon, H. J. (1968). Mortality Among Medical Students 1947-1967. *Journal of Medical Education*, 43, 1168-1175.
- Small, G. W. (1981). House officers stress syndrome *Psychosomatics*, 22, 860-868.
- Smith, J. W., Denny, W. J., & Witzke, D. B. (1986). Emotional Impairment in internal medicine house staff - results of a national survey. *Journal of American Medical Association*, 255, 155-158.
- Sobrinho, C. L. N., Carvalho, F. M., Bonfim, T. A. S., Cirino, C. A. S., & Ferreira, I. S. (2006). Condições de trabalho e saúde mental dos médicos de Salvador, Bahia, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22(1), 131-140.
- Stamm, B. H. (1997). Work-Related Secondary Traumatic Stress. *PTSD Research Quarterly*, 8(2), 1-8.
- Stamm, B. H. (2002). Measuring Compassion Satisfaction as Well as Fatigue. In C. R. Figley (Ed.), *Treating Compassion Fatigue* (pp. 219). New York: Routledge.
- Tamayo, M. R. (1997). *Relação entre a síndrome de Burnout e os valores organizacionais do pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos*. Universidade de Brasília, Brasília.
- Tucunduva, L. T. C. d. M., Garcia, A. P., Prudente, F. V. B., Centofanti, G., Souza, C. M. d., Monteiro, T. A., et al. (2006). A Síndrome da Estafa Profissional em Médicos Cancerologistas Brasileiros. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 52(2), 108-112.
- Uliana, R. L., Hubbell, A., Wyle, F. A., & Gordon, G. H. (1984). Mood changes during the internship. *Journal of Medical Education*, 59, 118-123.
- Valko, R. J., & Clayton, P. J. (1975). Depression in the internship. *Diseases of the nervous system*, 36, 26-29.
- Vasques-Menezes, I. (2005). *A contribuição da psicologia clínica da compreensão de Burnout : um estudo com professores*. Universidade de Brasília, Brasília.

Yassen, J. (1995). Preventing Secondary Traumatic Stress Disorder. In C. R. Figley (Ed.), *Compassion Fatigue* (pp. 178-208). New York: Brunner/Mazel.

Yoder, E. A. (2010). Compassion Fatigue in nurses. *Applied Nursing Research*, 23, 191-197.

Zorzanelli, R. T. (2010). A Síndrome da Fadiga Crônica : apresentação e controvérsias. *Psicologia em Estudo*, 15(1), 65-71.

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: “Bem-Estar e Trabalho junto aos trabalhadores de Saúde”

Coordenação Geral: Wanderley Codo, Dr.

Você é convidado a participar deste estudo, que tem como finalidade conhecer a organização do seu trabalho e assim propor formas de contribuir para o seu Bem-Estar no Trabalho. A pesquisa será realizada pela equipe de pesquisadores do Laboratório de Psicologia do Trabalho (LPT) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Sua contribuição se dará através da participação nas entrevistas individuais e se necessário entrevistas de grupo, ou respondendo a inventários. Ao participar deste estudo você deve permitir ser entrevistado (a) pelos pesquisadores responsáveis. Tal (is) entrevista(s) tem a intenção de conhecer sua opinião sobre um determinado tema que será apresentado pelo pesquisador responsável.

Sua participação é voluntária. Apesar de ser de suma importância os dados fornecidos, você tem a liberdade de não responder a todas as questões perguntadas, assim como de recusar a participar ou ainda, em qualquer fase da pesquisa, pode se recusar a continuar participando, sem qualquer prejuízo para você.

Os encontros e as entrevistas poderão ser gravados, e nesses casos o entrevistado será informado acerca de tal procedimento. Os dados serão utilizados para fins de análise e posterior relatórios de pesquisa, bem como poderão ser usados para fins de publicação científica, ensino e encontros científicos. As entrevistas têm duração média de 45 minutos.

Todas as informações coletadas nesta pesquisa são estritamente sigilosas, de forma que a sua identidade será preservada. Os relatos da entrevista serão identificados por código ou nomes fictícios, de forma que você não possa ser identificado/a.

Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com o coordenador da pesquisa através do e-mail: lpt@psicologiadotrabalho.com.br no telefone (61) 3307 3253, ou para o Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos da Secretaria de Estado e Saúde do DF no telefone (61) 3325-4955.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa. Endereço: Fundação Universidade de Brasília-UNB Bloco ICC – Laboratório de Psicologia do Trabalho-sala A1 025-Cep: 70910-900

 Sua assinatura

 Seu Nome por extenso


 Wanderley Codo
 Pesquisador Responsável

 Local e Data

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do Estudo: “Bem-Estar e Trabalho junto aos trabalhadores de Saúde”

Coordenação Geral: Wanderley Codo, Dr.

Você é convidado a participar deste estudo, que tem como finalidade conhecer a organização do seu trabalho e assim propor formas de contribuir para o seu Bem-Estar no Trabalho. A pesquisa será realizada pela equipe de pesquisadores do Laboratório de Psicologia do Trabalho (LPT) do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Sua contribuição se dará através da participação nas entrevistas individuais e se necessário entrevistas de grupo, ou respondendo a inventários. Ao participar deste estudo você deve permitir ser entrevistado (a) pelos pesquisadores responsáveis. Tal (is) entrevista(s) tem a intenção de conhecer sua opinião sobre um determinado tema que será apresentado pelo pesquisador responsável.

Sua participação é voluntária. Apesar de ser de suma importância os dados fornecidos, você tem a liberdade de não responder a todas as questões perguntadas, assim como de recusar a participar ou ainda, em qualquer fase da pesquisa, pode se recusar a continuar participando, sem qualquer prejuízo para você.

Os encontros e as entrevistas poderão ser gravados, e nesses casos o entrevistado será informado acerca de tal procedimento. Os dados serão utilizados para fins de análise e posterior relatórios de pesquisa, bem como poderão ser usados para fins de publicação científica, ensino e encontros científicos. As entrevistas têm duração média de 45 minutos.

Todas as informações coletadas nesta pesquisa são estritamente sigilosas, de forma que a sua identidade será preservada. Os relatos da entrevista serão identificados por código ou nomes fictícios, de forma que você não possa ser identificado/a.

Sempre que quiser você poderá pedir mais informações sobre a pesquisa. Poderá entrar em contato com o coordenador da pesquisa através do e-mail: lpt@psicologiadotrabalho.com.br no telefone (61) 3307 3253, ou para o Comitê de Ética e Pesquisa em seres humanos da Secretaria de Estado e Saúde do DF no telefone (61) 3325-4955.

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu interesse em participar da pesquisa. Endereço: Fundação Universidade de Brasília-UNB Bloco ICC – Laboratório de Psicologia do Trabalho-sala A1 025-Cep: 70910-900

 Sua assinatura


 Wanderley Codo
 Pesquisador Responsável