UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE – CCBS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCIÊNCIAS
CURSO DE DOUTORADO

MARCELY RIBEIRO LENGRUBER

Fadiga por compaixão e síndrome de Burnout nos profissionais de saúde no contexto da comunicação de notícias difíceis

Rio de Janeiro - RJ
2025

MARCELY RIBEIRO LENGRUBER

Fadiga por compaixão e síndrome de Burnout nos profissionais de saúde no contexto da comunicação de notícias difíceis

Relatório Final de Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Ciências

Orientadora: Profa. Dra. Joanir Pereira Passos
Coorientadora: Profa. Dra. Sônia Regina de Souza

Rio de Janeiro - RJ
2025

Catalogação informatizada pelo(a) autor(a)

L111 Lengruber, Marcely Ribeiro
Fadiga por Compaixão e Síndrome de Burnout nos profissionais da saúde no contexto da comunicação de notícias difíceis / Marcely Ribeiro Lengruber. -- Rio de Janeiro : UNIRIO, 2025.
100

Orientadora: Joanir Pereira Passos.
Coorientadora: Sônia Regina de Souza.
Tese (Doutorado) - Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, 2025.

1. Fadiga por Compaixão e Síndrome de Burnout nos profissionais da Saúde . 2. Comunicação de notícias difíceis. I. Passos, Joanir Pereira, orient. II. Souza, Sônia Regina de, coorient. III. Título.

MARCELY RIBEIRO LENGRUBER

Fadiga por compaixão e síndrome de Burnout nos profissionais de saúde no contexto da comunicação de notícias difíceis

Relatório Final de Tese apresentado ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, como requisito para obtenção do grau de Doutor em Ciências.

Aprovado em: _____ / _____ / _____

Banca examinadora

_____
Dra. Joanir Pereira Passos - Presidente / Orientadora

_____
Dra. Sônia Regina de Souza - Coorientadora

_____
Dr. Ronan dos Santos - 1º Examinador

_____
Dra. Ana Paula da Fonseca da Costa Fernandes - 2º Examinador

_____
Dra. Laura Johanson da Silva - 3º Examinador

_____
Dr. Paulo Sérgio Marcellini - 4º Examinador

_____
Dra. Maria Isabel Silva Santos - Suplente

_____
Dra. Inês Maria Meneses dos Santos - Suplente

Dedicatória: À minha família, meu porto seguro em todas as tempestades, fonte de amor e força em cada etapa desta jornada. Em especial a Virgílio Gomes do Nascimento meu parceiro de vida, companheiro de todas as horas, e aos meus filhos, Guilherme, Bernardo e Henrique, que me ensinaram o verdadeiro sentido de amor, presença e resiliência. Cada célula minha vibra de amor por vocês.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, agradeço a Deus por me sustentar na caminhda e pela oportunidade de viver essa história.

A Professora, Doutora Joanir Pereira Passos, pela sabedoria incrível, pelos ensinamentos, pela disponibilidade, pelo rigor, pela competência, pelo amor à docência e pela paixão à saúde do trabalhador.

À Professora Doutora Sônia Regina de Souza, pela disponibilidade, sabedoria, paciência, compreensão e pelo valioso contributo para o meu crescimento acadêmico.

À minha família, por confiar em mim, apoiar as minhas escolhas, por estar sempre ao meu lado nos bons e maus momentos, pela presença constante ao longo da minha vida e, sobretudo, a Virgílio — minha melhor escolha, e aos meus filhos Guilherme, Bernardo e Henrique, minha principal motivação, meus grandes amores.

À minha mãe, Luzinete, pelo exemplo de vida, e à minha irmã, Mércia, pelo apoio logístico durante anos especialmente com os filhos.

Ao meu querido Pablo, à minha querida Rosália meu braço direito e à minha tia Marilza, por serem presenças constantes e fundamentais na minha vida.

Ao Hospital Adventista Silvestre, na pessoa do diretor médico Dr. Ranieri Carvalho Leitão por apioar a pesquisa na instituição.

Aos profissionais da equipe multidisciplinar, pela autorização, participação e disponibilidade em colaborar com esta pesquisa.

A minha companheira de luta “casca de bala” Maria Isabel, por todas as vezes que falou “para de chorar e rumo ao título”.

Ao grupo Pensat, composto por seres humanos diferenciados, obrigado por todo o carinho nos momentos mais difíceis, pelas gargalhadas e pelas palavras de incentivo e conforto.

Aos amigos que me acompanharam ao longo desta jornada, pelos momentos de compreensão, confiança e alegria.

Por fim, a todos que, de alguma forma, contribuíram para a realização desse ´projeto para o meu crescimento pessoal e enriquecimento profissional. Este trabalho é também um pouco de cada um devocês.

A todos, o meu sincero muito obrigada!

RESUMO

LENGRUBER, Marcely Ribeiro. **Fadiga por compaixão e síndrome de Burnout nos profissionais de saúde no contexto da comunicação de notícias difíceis.** 2025. 113f. Tese (Doutorado em Enfermagem e Biociências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Introdução: De modo geral, os profissionais de saúde encontram-se expostos, em sua prática diária, a situações estressoras decorrentes tanto dos aspectos intrínsecos à atividade laboral quanto dos fatores estruturais do ambiente de trabalho. Esses profissionais frequentemente vivenciam ou escutam relatos de dor, medo e sofrimento, especialmente ao comunicar notícias difíceis aos pacientes e seus familiares. A exposição prolongada a esses fatores estressores pode culminar no desenvolvimento de fadiga por compaixão e síndrome de burnout, condições que comprometem a saúde mental dos profissionais e a qualidade do cuidado ofertado. **Objeto:** Fadiga por compaixão e síndrome de burnout decorrentes da comunicação de notícias difíceis no contexto da prática assistencial em saúde. **Tese:** O contato contínuo com o sofrimento alheio e a comunicação recorrente de notícias difíceis podem predispor os profissionais de saúde ao desenvolvimento de fadiga por compaixão e síndrome de burnout. **Objetivos:** Investigar a ocorrência de fadiga por compaixão em profissionais de saúde atuantes em um hospital filantrópico. Mensurar a prevalência da síndrome de Burnout em profissionia de saúde em um hospital filantrópico. Analisar a existencia e a associação entre fadiga por compaixão e síndrome de burnout entre os profissionais de saúde do referido hospital. **Método:** Trata-se de um estudo de delineamento descritivo, transversal e de abordagem quantitativa, realizado em uma instituição hospitalar de caráter filantrópico na cidade do Rio de Janeiro. A amostra foi composta por profissionais de saúde de diferentes categorias profissionais. Os dados foram coletados por meio de três instrumentos padronizados: Questionário Sociodemográfico - Laboral Instrumento de Pesquisa ProQOL-IV/BR e Maslach Burnout Inventory (MBI). **Resultados:** Os resultados indicaram que profissionais de saúde integrantes da equipe multidisciplinar, que realizam comunicação frequente de notícias difíceis, apresentaram baixos níveis de satisfação por compaixão. Especificamente, 74,5% desse grupo eram médicos, dos quais 20,3% apresentaram níveis baixos de satisfação por compaixão e 54,2%, níveis muito baixos. Em contrapartida, a amostra global revelou que apenas 3,4% dos participantes apresentaram altos índices de satisfação por compaixão. Adicionalmente, observou-se que esse mesmo grupo apresentou elevados índices de fadiga por compaixão (71,2%) e de burnout (56,5%), sem diferenças estatisticamente significativas entre os domínios avaliados. **Considerações finais:** A compreensão aprofundada dos fenômenos relacionados à comunicação de notícias difíceis, fadiga por compaixão e burnout é fundamental para o desenvolvimento de estratégias institucionais voltadas à promoção da saúde mental dos profissionais de saúde. Tais estratégias podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos trabalhadores e para a oferta de cuidados de saúde mais seguros, eficazes e humanizados.

Descritores: Fadiga por Compaixão, Burnout, Comunicação, Saúde do Trabalhador

ABSTRACT

LENGRUBER, Marcely Ribeiro. **Compassion fatigue and burnout syndrome among healthcare professionals in the context of communicating difficult news.** 2025. 113f. Thesis (Doctorate in Nursing and Biosciences) – Postgraduate Program in Nursing and Biosciences, Federal University of the State of Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2025.

Introduction: In general, healthcare professionals are routinely exposed, in their daily practice, to stressful situations arising from intrinsic aspects of their work as well as structural factors within the work environment. These professionals frequently encounter or hear reports of pain, fear, and suffering, particularly when communicating difficult news to patients and their families. Prolonged exposure to such stressors can lead to the development of compassion fatigue and burnout syndrome, conditions that adversely affect mental health and compromise the quality of care delivered.**Object:** To investigate the prevalence of compassion fatigue and burnout syndrome among healthcare professionals engaged in the communication of difficult news within a healthcare.**Thesis:** Continuous contact with others' suffering and recurrent communication of difficult news predispose healthcare professionals to the development of compassion fatigue and burnout syndrome.
Objectives: Toinvestigate the occurrence of compassion fatigue among healthcare professionals working in a philanthropic hospital.To measure the prevalence of burnout syndrome within this population.To analyze the association between compassion fatigue and burnout among the healthcare team at the institution.
Method: This study adopts a descriptive, cross-sectional, quantitative design conducted at a philanthropic hospital in Rio de Janeiro. The sample comprised healthcare professionals from various professional categories. Data collection was performed using three standardized instruments: Sociodemographic and Occupational Questionnaire,ProQOL – IV/BR Instrument,Maslach Burnout Inventory (MBI).**Results:**The data indicated that healthcare professionals involved in multidisciplinary teams who frequently communicate difficult news exhibited low levels of compassion satisfaction. Specifically, 74.5% of this subgroup were physicians, with 20.3% presenting low compassion satisfaction and 54.2% very low. Conversely, only 3.4% of the overall sample demonstrated high levels of compassion satisfaction. Furthermore, this subgroup exhibited elevated rates of compassion fatigue (71.2%) and burnout (56.5%), with no statistically significant differences observed across the evaluated domains.**Final considerations:** A comprehensive understanding of the phenomena related to the communication of difficult news, compassion fatigue, and burnout is essential for the development of institutional strategies aimed at promoting the mental health of healthcare professionals. Such initiatives can contribute to enhancing their quality of life and ensuring the delivery of safer, more effective, and humanized healthcare services.

Descriptors: Compassion Fatigue, Burnout, Communication, Occupational Health.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 –	Fluxograma PRISMA com o processo de seleção dos estudos	18
Figura 2 –	Esquema de Comunicação/Mensagem	23
Figura 3 –	Reação ao nível de estresse	28
Figura 4 –	Modelo de Suscetibilidade à fadiga por Compaixão	37
Figura 5 –	Diagrama de qualidade de Vida profissional	41
Figura 6 –	Zonas de Corte do MBI – NEPASB	54
Figura 7 –	Frequências de Indicativo de Burnout segundo MBI na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional	73

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 –	Distribuição de frequências das categorias profissionais os participantes do estudo	58
Tabela 2 –	Distribuição de frequências das variáveis sociodemográficas que caracterizam os profissionais, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional	59
Tabela 3 –	Distribuição de frequências das variáveis laborais que caracterizam os profissionais, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional	60
Tabela 4 –	Estatísticas das variáveis quantitativas, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional	63
Tabela 5 –	Distribuição de frequências dos escores “Satisfação por Compaixão”, “Fadiga por Compaixão” e “Síndrome de Burnout, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional	65
Tabela 6 –	Estatísticas dos escores dos domínios “Satisfação por Compaixão”, “Fadiga por Compaixão” e “Síndrome de Burnout”, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional	66
Tabela 7 –	Análise da associação dos escores domínios “Satisfação por Compaixão”, “Fadiga por Compaixão”, “Síndrome de Burnout” com variáveis qualitativas	67
Tabela 8 –	Análise de correlação dos escores domínios “Satisfação por Compaixão”, “Fadiga por Compaixão” e “Síndrome de Burnout” com variáveis quantitativas e/ou ordinais do estudo, Rio de Janeiro, período 2024 -2025	71
Tabela 9 –	Distribuição de frequências dos escores “Exaustão Emocional”, “Despersonalização” e “Envolvimento de Trabalho” e da classificação de Burnout segundo MBI, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional	71
Tabela 10 –	Principais estatísticas dos escores dos domínios “Exaustão Emocional”, “Despersonalização” e “Envolvimento Pessoal do Trabalho”, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional	74
Tabela 11 –	Análise da associação dos escores domínios “Exaustão Emocional”, “Despersonalização” e “Envolvimento Pessoal no Trabalho” do Trabalho” com variáveis qualitativas	75

Tabela 12 – Análise de correlação dos escores domínios “Satisfação por Compaixão”, “Fadiga por Compaixão” e “Síndrome de Burnout” com variáveis quantitativas e/ou ordinais do estudo 79

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

APST	Avaliação dos Aspectos Psicológicos do Trabalho
BDTD	Biblioteca Digitasl de Tesses e Dissertaçãoes
BO	Síndrome de Burnout
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação
CBMAL	Corpo de Bombeiro Militar de Alagoas
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CID	Classificação Internacionasl de Doenças
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
CNS	Conselho Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CV	Coeficiente de Validação
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
DSM	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtorno Mentais
ETS	Estresse Traumático Secundário
FC	Fadiga por Compaixão
FPST	Fatores Psicossociais do Trabalho
ILO	International Labour Organization
INSS	Instituto Nacional de Seguridade Social
KW	Kruskal-Wallis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MBI	Maslach Burnout Inventory

MS	Ministério da Saúde
MTE	Ministério do Trabalho e Emprego
MW	Mann Whitney
NEPASB	Núcleo de Estudos Avançados Sobre a Síndrome de Burnout
OIT	Organização Internacional do Trabalho
OMS	Organização Mundial da Saúde
OSH	Occupational Safety and Health
PNSTT	Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora
ProQOL	Professional Quality of Life Scale
PSycInfo	American Psychological Association
PUBMed	Central and Publisher Wed Sites
SC	Satisfação por Compaixão
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SPSS	Statistical for The Social Science
SST	Sistema de Saúde do trabalhador
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEPT	Transtorno do Estresse Pós Traumático
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO 13
1.1 Contextualização do Problema 13
1.2 Objetivos 15
1.3 Justificativa e Relevância do Estudo 16

2. APROXIMAÇÃO TEMÁTICA 20
2.1 Linguagem no Contexto da Comunicação 20
2.2 O Papel da Semântica 21
2.3 Comunicação 22
2.4 Comunicação de Notícias Difíceis 25
2.5 Risco Psicossocial e Trabalho 26
2.6 Estresse Ocupacional 27
2.7 Compaixão 30
2.8 Satisfação por Compaixão 33
2.9 Fadiga por Compaixão 34
2.10 Síndrome de Burnout 39
2.11 Saúde do Trabalhador 43

3. MATERIAL E MÉTODO 48
3.1 Tipo do Estudo 48
3.2 Local do Estudo 48
3.3 População e Amostra do Estudo 48
3.4 Coleta de Dados 49
3.5 Variáveis do Estudo 51
3.5.1 Variáveis Sociodemográficas 51
3.5.2 Variáveis Laborais 52
3.5.3 Variáveis Dependentes 52
3.6 Análise e Tratamento dos Dados 54
3.7 Aspectos Éticos 56

4. RESULTADOS E DISCUSSÂO DOS DADOS 59
4.1 Análise das Variáveis Sociodemográficas e Laboral 59
4.2 Análise do instrumento ProQOL-IV/BR 63
4.3 Análise do instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI) 71

5. DISCUSSÃO 83
6. CONCLUSÂO 92

REFERÊNCIAS 94

APÊNDICES
Apêndice A - Questionário Sociodemográfico – Laboral 100
Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido 101
Apêndice C -

ANEXOS
Anexo 1- Instrumento de Pesquisa ProQOL – IV/BR 109
Anexo 2- Maslach Burnout Inventory (MBI) 110

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização do Problema

O padrão de comunicação humano utiliza sistemas simbólicos, modifica-se ao longo de toda a vida e sofre influência de aspectos biológicos, fisiológicos psicológicos e sociais com grande impacto no ambiente em que vivemos quer seja pessoal ou profissional. Em um primeiro momento a comunicação é uma reação à presença do outro, pela representação que o outro evoca em nossa mente. Inicialmente pode-se não saber nada do outro, porém, age-se por inferência, de acordo com nossas representações (Watzlawick; Beavin; Jackson, 2005).

A comunicação interpessoal ajuda-nos a entender esse processo como sendo uma questão essencialmente social. Ao longo do tempo a humanidade desenvolveu uma diversidade de sistemas de comunicação que lhe tornou possível a vida em sociedade (Rudiger, 2011).

Dentro do contexto do trabalho a comunicação como ferramenta é central para as organizações e para o funcionamento das instituições. É uma das maneiras pelas quais os seres humanos se conectam uns com os outros, na medida em que as palavras que usamos desvendem a verdadeira natureza das coisas. A comunicação profissional demanda treinamento que pode exigir um número maior ou menor de habilidades dependendo de cada sujeito, de como o código linguístico é utilizado, do ambiente de trabalho, de quem é o emissor e o receptor da mensagem e da instituição onde esse processo ocorre (Belhau; Barbara, 2022).

No ambiente hospitalar e nos serviços de saúde de uma forma geral a comunicação é uma tarefa inerente à prática profissional. Quando a comunicação é composta por notícias diagnósticas desfavoráveis e/ou desfechos negativos que possam causar impactos não só para o paciente, para sua família como também para os membros da equipe multidisciplinar, que são os trabalhadores da saúde, o processo se torna um dos mais difíceis com os quais profissionais de saúde têm de lidar (Coriolano-Marinus, 2014).

Para Buckman (1992) notícias difíceis são consideradas aquelas que modificam drástica e negativamente a visão de presente e futuro do paciente. Geralmente, são relacionadas a situações que representam ameaça à vida, ao bem-estar pessoal, familiar e social, além das consequências físicas e, ou psicossociais

que podem ocasionar aos indivíduos.

Para o autor, em geral a ocorrência de desfechos negativos vem acompanhada da ideia de fracasso do corpo, do sistema de atenção à saúde, da família, da sociedade e das relações com o transcendente. A forma de lidar com essas questões tanto pelos profissionais da equipe multidisciplinar de saúde como os pacientes e seus familiares vai depender de vários fatores: história pessoal, cultura, contexto social em que o indivíduo está inserido, experiências prévias, possibilidade de expressão da dor, representações de morte, elaboração dos processos de luto e capacidade de enfrentamento (Buckman, 1992).

Segundo Araújo (2012), diversos profissionais expressam sentir-se despreparados ao transmitir notícias difíceis e ao enfrentar as circunstâncias que podem surgir desse contexto, o que resulta em sofrimento, angústia e vulnerabilidade emocional para os próprios profissionais de saúde, assim como para os pacientes e suas famílias.

Além disso, em certas situações, o envolvimento emocional do profissional pode impactar sua saúde mental, resultando em sentimentos de fracasso, frustração e desânimo. Nesse contexto pode ocorrer o uso de estratégias de minimização bem como o uso da mentira piedosa como justificativa para não comunicar a verdade (Araújo,2012).

Ao longo dos últimos quinze anos tenho atuado como integrante da equipe multidisciplinar de um hospital geral onde acompanho pacientes de várias clínicas e diversas patologias como pacientes transplantados (hepático e renal), oncológicos, neurológicos, cardiológicos e de clínica médica. Nesse período, com as experiências proporcionadas pela rotina hospitalar é recorrente, ouvir dos colegas de trabalho (enfermeiros, médicos, nutricionistas, psicólogos, fonoaudiólogos, assistentes sociais) expressões como: “gente isso é muito difícil”, “como vamos dizer isso”, “não estou aguentando mais”, “é muito sofrimento” ou “estou no meu limite”, “como será que eles vão reagir?”, “quem vai lá comigo?”, “como vamos dizer para a família?”. Onde é possível perceber sentimentos como tristeza, frustração, sensação de impotência diante da árdua tarefa de comunicar notícias difíceis.

De uma forma geral, os profissionais de saúde estão expostos, na sua prática diária, a situações estressoras resultantes da atividade laboral ou dos aspectos estruturais do trabalho, vivenciam ou escutam relatos de dor, medo e sofrimento. A exposição prolongada destes fatores estressores pode acarretar um estado de

exaustão denominado Fadiga por Compaixão (Carvalho, 2011; Lago, 2008)

Deste modo, 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, e em decorrência disso começa a apresentar respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao seu trabalho (Lago, 2008).

O excesso de fatores estressores, a tensão emocional e a pressão constante no ambiente de trabalho, aliados à difícil tarefa de comunicar notícias difíceis, podem desencadear a Síndrome de Burnout, também conhecida como "síndrome do esgotamento profissional" – um transtorno psíquico resultante de exaustão extrema, sempre vinculada à atividade laboral do indivíduo (Pêgo; Pêgo, 2016; Santos, 2018).

A incidência de Síndrome de Burnout é significativa entre trabalhadores da saúde, com impacto negativo no âmbito pessoal, institucional, governamental e no cuidado com os pacientes (Jarruche; Mucci, 2021).

Isto se torna ainda mais relevante ao reconhecermos que a promoção da saúde do trabalhador pode impactar positivamente seu desempenho profissional, aprimorando a qualidade da atenção dedicada aos indivíduos sob sua assistência (Torres, 2018).

Diante do exposto, a pesquisa tem como **objeto** a Fadiga por Compaixão e a Síndrome de Burnout gerados pela comunicação de notícias difíceis. Deste modo **defende-se a tese** "O contato com o sofrimento gerado pela prática assistencial e a comunicação recorrente de notícias difíceis podem levar os trabalhadores da saúde a desenvolver a Fadiga por Compaixão e a Síndrome de Burnout".

1.2 Objetivos

- ✓ Investigar a ocorrência de Fadiga por Compaixão em profissionais de saúde que comunicam notícias difíceis em um hospital filantrópico;
- ✓ Mensurar prevalência da Síndrome de Burnout em profissionais de saúde em um hospital filantrópico;
- ✓ Analisar a existência de Fadiga por Compaixão e Síndrome Burnout em profissionais de saúde que comunican notícias dificeis em um hospital filantrópico.

1.3 Justificativa e Relevância do Estudo

A exposição frequente do trabalhador a situações estressantes no ambiente profissional, sem o preparo e suporte adequados, pode provocar impactos negativos tanto físicos quanto psicológicos, prejudicando sua saúde e comprometendo a qualidade da assistência prestada aos pacientes em diferentes setores da dinâmica hospitalar.

Neste contexto o estudo justifica-se por estar em consonância com o tema e se propõe a investigar dois fenômenos que podem ocorrer com os profissionais de saúde que atuam ambiente hospitalar e participam do processo de comunicação de notícias difíceis que são a Fadiga por Compaixão e a Síndrome de Burnout.

A Síndrome de Burnout tem uma incidência comprovadamente elevada entre profissionais da saúde, especialmente aqueles que atuam em ambientes hospitalares e lidam diretamente com a assistência aos pacientes, seus familiares e cuidadores. Seus impactos negativos se estendem para além do indivíduo, afetando também o contexto institucional, governamental e a qualidade do cuidado prestado aos pacientes. (Jarruche; Mucci, 2021).

Na literatura tem crescido a concordância de que a Fadiga por Compaixão é um importante ameaça a saúde mental dos profissionais, e que o avanço no estudo e compreensão deste fenômeno pode resultar no progresso das estratégias de promoção à saúde (Mandarini,2019).

Esse aspecto torna-se ainda mais relevante ao considerar que a promoção da saúde do trabalhador contribui diretamente para a melhoria e o desenvolvimento de sua atuação profissional, elevando a qualidade da atenção e da segurança oferecida a todos que dependem de seu cuidado (Torres, 2018).

Dentre os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da agenda 2030, proposta pelaOrganização das Nações Unidas (ONU), o de número 08 foca em promover o crescimento econômico sustentável, o emprego pleno e prod utivo e o trabalho decente para todos. Quando falamos sobre a saúde dos trabalhadores, esse objetivo destaca a importância de garantir ambientes de trabalho seguros e saudáveis, além de proteger os direitos dos trabalhadores.

A saúde dos trabalhadores é fundamental para alcançar o ODS 8, pois ambientes de trabalho seguros reduzem acidentes e doenças ocupacionais, contribuindo para uma força de trabalho mais saudável e produtiva. Além disso,

políticas que promovem o bem-estar no trabalho ajudam a melhorar a qualidade de vida dos trabalhadores e a promover uma economia mais justa e sustentável.

Assim, os benefícios do estudo são significativos, por proporcionar a possibilidade de discussão do tema e problemas relacionados que porventura sejam identificados, propiciando suscitar debates nestes campos acerca de estratégias de prevenção, na perspectiva de promover cuidado à saúde mental de seus colaboradores.

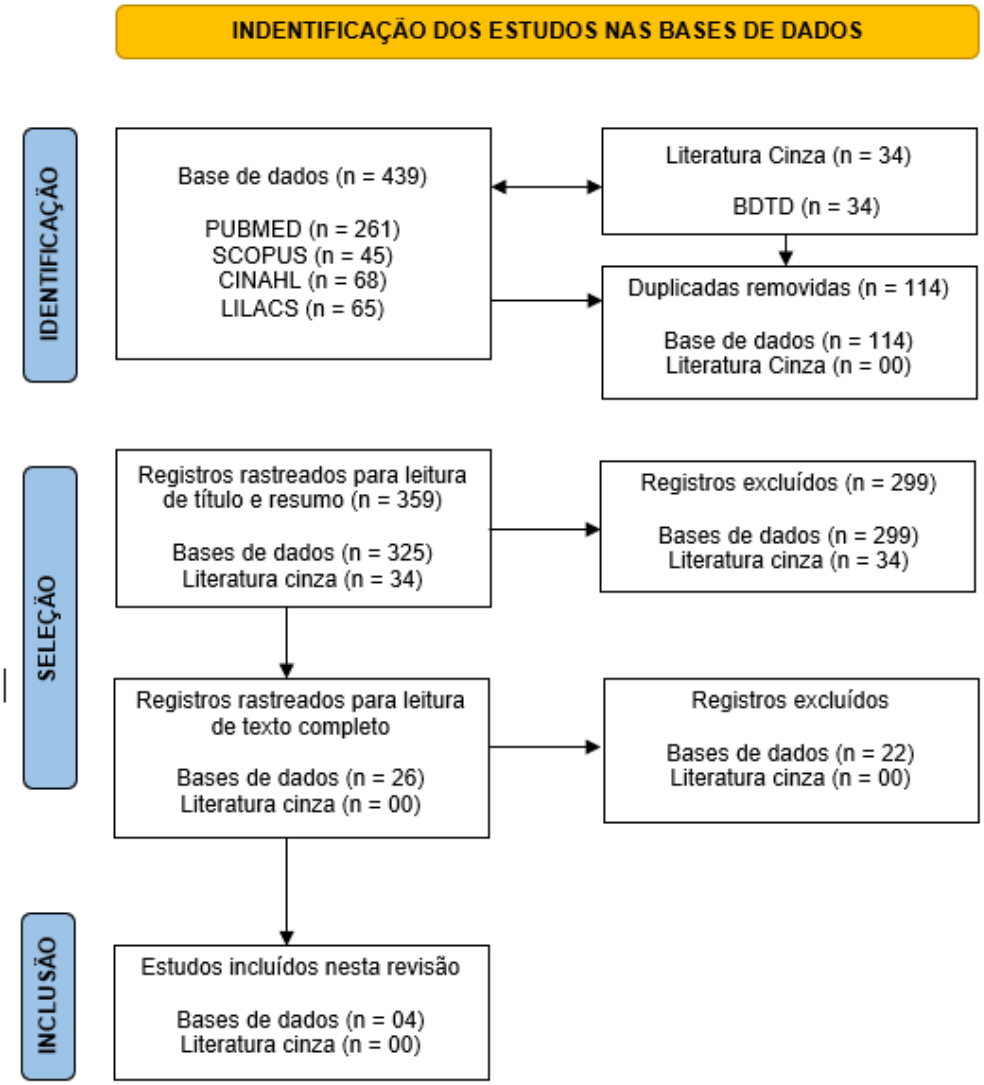
E ainda, almeja-se fortalecer a produção científica da Linha de Pesquisa - Bases moleculares, celulares, fisiológicas e ambientais do cuidado em saúde do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Biociências e do Laboratório de Pesquisa: Enfermagem, Tecnologias, Saúde e Trabalho (PENSAT), da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), além de contribuir com o estado da arte em relação à temática e no fundamento de novas pesquisas.

Para desenvolvimento da presente pesquisa, considerou-se fundamental uma revisão de literatura realizada sobre o tema nas bases de dados PubMed, PsycINFO, LILACS, SciELO e BDTD/IBICT), com os descritores: Comunicação em Saúde; Revelação da Verdade; Equipe de Saúde, foram encontrados 439 na base de dados e 34 na BDTD, totalizando 473 documentos.

Destes (473), 114 estudos duplicados das bases de dados foram removidos, restando 359 registros após a exclusão. Portanto, foram selecionados 359 para leitura dos resumos, 325 pertecentes a base de dados e 34 da BDTD. Após leitura dos resumos, 299 estudos da base de dados e 34 da BDTD foram excluídos por não atenderem aos critérios de inclusão que eram comunicação de notícias difíceis pela equipe multiidisciplinar, serem publicados em portugês, inglês ou espanhol, terem sido publicados nos últimos cinco anos, perfazendo um total de 333 textos excluídos, restando 26 estudos para leitura na íntegra.

Dos 26 artigos lidos na íntegra, 22 foram excluídos dado não abordarem o tema de comunicação notícias difíceis pela equipe multidisciplinar e estudos em idiomas diferentes do inglês, português e espanhol. Deste modo, foram obtidos 04 documentos para inclusão no estudo. O processo de seleção dos estudos pode ser observado na Figura 1.

Figura 1. Fluxograma PRISMA com o processo de seleção dos estudos.



Fonte: PRISMA, c2025.

Diante da busca dos textos para referida revisão, observou-se a escassez de estudos sobre a temática comunicação de notícias difíceis abordando diferentes categorias profissionais. E ainda, identificou-se que a grande maioria das investigações publicadas concentram-se nas áreas de oncologia, cuidados paliativos e pediatria.

Segundo Silva, Souza e Ribeiro (2018), o significado de uma notícia difícil é definido como um tipo de informação que abarca mudança brusca nas perspectivas futuras em sentido negativo.

Ao considerar que a comunicação de notícias difíceis pelos profissionais da

equipe multidisciplinar os expõe à dor, sofrimento e angústia, como identificado na literatura e o fato de enfrentar a dor do outro prejudica seu próprio bem-estar, sendo muitas vezes difícil para eles relatarem e compartilharem suas dores ou experiências no ambiente de trabalho, ou seja, há um “medo” das reações emocionais por parte dos demais integrantes da equipe (Silva; Souza; Ribeiro, 2018).

O trabalho em equipe e/ou a atuação multidisciplinar pressupõe trocas significativas, tanto de conceitos, teorias e métodos, quanto de práticas, de modo que os pares que detêm os diferentes conhecimentos trabalhem integrados e articulados entre si e com o todo. No enfoque multidisciplinar, se encontra tanto o desafio relacionado à busca da unidade na multiplicidade e vice-versa, quanto o de aprender a lidar com as próprias diferenças e com a dos outros. A diferença de saberes, sob esse enfoque, não pode mais ser considerada como obstáculo às práticas, mas como possibilidade de ampliar e potencializar os processos interativos e encontrar respostas múltiplas para os problemas de saúde que, na maioria das vezes, também são multifatoriais (Carpes *et al.,* 2012).

A atuação de uma equipe de saúde multidisciplinar possibilita uma avaliação mais precisa e uma proposta terapêutica adequada, resultando em condutas aprimoradas e melhores desfechos, além da redução do tempo de internação. Valorizar a comunicação entre a equipe de saúde e o paciente, seus familiares e cuidadores é uma estratégia fundamental para garantir uma assistência eficaz e de qualidade aos usuários do sistema de saúde (Xavier; Polejack; Seidl, 2020).

2 BASES CONCEITUAIS E TEÓRICAS

2.1 Linguagem no Contexto da Comunicação

Desde a pré-história a linguagem tem evoluido e se tornando cada vez mais ampla e complexa e contribuiu para a adptação do homem aos diferentes ambientes.

Através do desenvolvimento da linguagem foi possível a transmissão de conhecimentos, formação de sociedades e a compreensão entre os indivíduos pois permite o intercâmbio de experiências e aquisições culturais.

Sob essa ótica pode-se apontar que o desenvolvimento e a existência das sociedades se tornaram possíveis através da linguagem. A linguagem enquanto ferramenta é essencial para o ser humano, que ao mesmo tempo, a constrói a modula e é construído por ela enquanto sujeito (Volpato, 2021).

A linguagem é rica e seu papel é multifacetado pode ser usada para a representação do pensamento e do conhecimento adquirido, pode propor a interação com o outro através do sistema obtido em contato com a cultura, tornando-se uma propriedade interna, biológica e essencial ao indivíduo passando a ser uma atividade construtiva e imprescindível ao ser humano (Silva, 2021).

A socialização da linguagem é uma área interdisciplinar de investigação linguística que aborda a questão de como os processos de socialização e aquisição da linguagem conduzem e se beneficiam uns dos outros é por meio da linguagem que o conhecimento individual pode incorporar-se ao patrimônio social. Compreende tanto uma perspectiva teórica sobre os processos de socialização e aquisição da linguagem como uma abordagem metodológica para o estudo do desenvolvimento humano em meios socioculturais (Salmani-Nodoushan, 2022).

A Teoria da Ação Comunicativa, de Habermas, confere à linguagem a função de mediação intersubjetiva, que permite o entendimento entre os atores, a partir de pretensões de validade compartilhadas, visando à coordenação de ações (Ferreira; Artmann, 2018).

A comunicação e a linguagem devem ser claras, muitas vezes elas não seguem as regras estritas da semântica ou da pragmática, que envolve contexto, intenção, cultura, tom de voz, gestos e até silêncios. Mesmo quando usamos a

mesma língua, diferentes experiências e perspectivas podem fazer com que uma mensagem seja interpretada de formas distintas.

Isso acontece porque a linguagem natural é fluida, ambígua e rica em nuances. Esse dinamismo é o que torna a comunicação tão poderosa, mas também tão propensa a ruídos. Por isso, desenvolver habilidades como escuta ativa, empatia e clareza na expressão é essencial para que o objetivo comunicacional seja atingido.

2.2 O Papel da Semântica

A semântica é um ramo fundamental da linguística que se ocupa do estudo do significado, portanto, semântica é um dos elementos fundamentais na comunicação humana e pode ser determinante para o sucesso ou fracasso do processo comunicacional.

A semântica dedicada-se ao estudo do significado, sendo um dos pilares imprescendíveis da comunicação humana, capaz de influenciar diretamente o sucesso ou o fracasso do processo comunicacional. De modo geral, a semântica abrange o significado das palavras, sua representatividade e a interpretação desse significado, além dos diversos sentidos que as palavras podem assumir em diferentes contextos ao longo do tempo (Fiorin, 2020).

Em um mundo cada vez mais pautado pela comunicação e pela troca de informações, compreender a semântica se torna essencial para uma comunicação eficaz e para a interpretação correta de textos e falas. Para que haja comunicação é necessário haver sentidos básicos conhecidos e convencionados pelos falantes, mas a verdadeira significação da palavra depende do seu uso, ou seja, da forma como ela é aplicada.

A situação comunicativa exerce um papel relevante na atribuição de sentido às palavras, sendo crucial para a forma como são interpretadas e transmitidas. Ela carrega significados sutis que podem impactar emoções, estabelecer conexões e expressar ideias complexas. No entanto, compreender como essas palavras são percebidas e interpretadas pelos interlocutores é crucial para evitar possíveis distorções no processo comunicacional (Lopes, Soares, 2024).

Deste modo, o contexto em que a comunicação ocorre molda profundamente o significado das palavras. Uma mesma frase pode soar acolhedora, irônica, agressiva ou neutra dependendo do ambiente, do tom de voz, da relação entre os

interlocutores e até do momento emocional de quem a ouve.

Esse aspecto ressalta a importância da consciência comunicativa: não basta apenas formular uma mensagem, é primordial avaliar como ela será percebida, interpretada e compreendida pelo receptor. A intenção do emissor nem sempre coincide com a interpretação do destinatário, o que pode resultar no efeito oposto ao desejado.

No processo dinâmico da comunicação, as barreiras semânticas podem ser representadas pelo uso de termos técnicos (que são usados em algumas profissões), gestos desconhecidos do receptor, termos estrangeiros (em outro idioma) e sinais sonoros estranhos que podem atrapalhar no entendimento da mensagem. Portanto, este tipo de barreira interfere diretamente no entendimento daquilo que é passado do emissor para o receptor (Lopes, Soares, 2024).

2.3 Comunicação

A comunicação precisa ser entendida como um processo diligente de compreender e compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como ocorre o seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidos, a curto, médio ou longo prazo (Ferreira; Artmann, 2018).

A situação comunicativa e o ambiente de interação são determinantes na atribuição de sentido às mensagens. Essa mudança pode ocorrer no local em que a comunicação é efetuada ou quando as pessoas se encontram isoladas, distantes umas das outras ou do contexto, revelando que os indivíduos estão constantemente imersos em um “campo interacional” que molda percepções e interpretações (Ferreira; Artmann, 2018).

Essa perspectiva reforça que, no ambiente de trabalho, a comunicação não é apenas um meio de transmissão de informações técnicas, mas também um mediador de relação e de processos psicossociais que podem influenciar tanto o bem-estar quanto o adoecimento.

Pode-se dizer que a comunicação se utiliza de métodos e processos comuns as partes convencionais, que ocorrem por meio da linguagem verbal, não verbal, escrita, sinais, símbolos; e aparelhos sonoros, eletrônicos ou visuais. A própria mensagem e o modo como se dá seu intercambio exercem influência no

comportamento das pessoas nela envolvidos (Belhau; Barbara, 2022).

Nesse contexto a escolha de palavras e clareza de expressão são importantes para que se transmita o significado apropriado e que atinja o objetivo desejado. Comunicação verbal em um ambiente hospitalar deve ser efetiva porque permite a troca pontual de informação, *feedback* rápido, síntese imediata da mensagem e a finalização pontual (Belhau; Barbara, 2022).

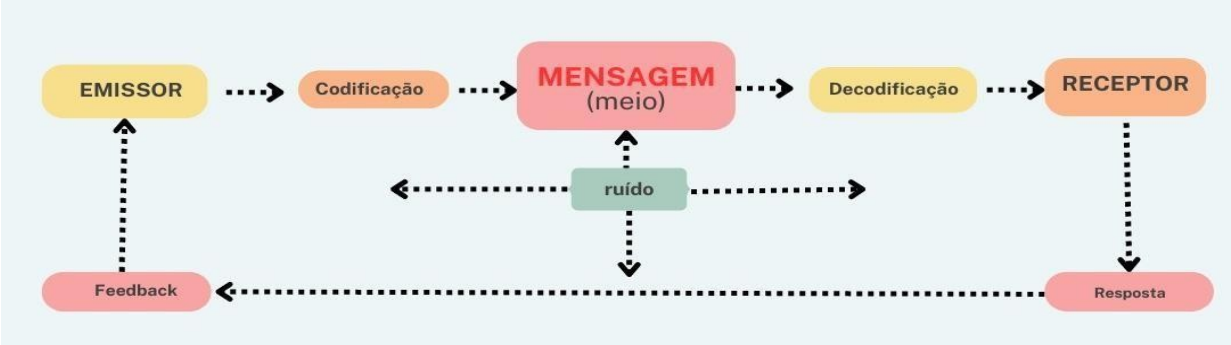
A comunicação não verbal abrange todas as formas de expressão que não envolvem palavras, como gestos, tons de voz, expressões faciais e postura corporal. A maneira como um profissional desempenha suas atividades pode transmitir informações sobre seu estado físico e emocional, bem como sua atitude, verbalizada ou não. Além disso, a comunicação não verbal pode complementar, repetir, reforçar ou até contradizer uma mensagem verbal, fornecer pistas sobre emoções e desempenhar um papel essencial na regulação de relacionamentos (Broca, Ferreira, 2014).

A comunicação paraverbal (do grego *para*, ao lado) consiste em mensagens não verbais que são transmitidas através da fala, como o tom da voz, a altura global do som, os silêncios, a velocidade da fala a prosódia. São caracteristicas que surgem e são identificadas durante a comunicação interpessoal (Ramos; Bortagarai, 2012).

Para se comunicar de forma satisfatória e efetiva no ambiente do trabalho, o profissional de saúde deve dominar o conteúdo, e possuir um entendimento sólido não só do processo de comunicação, mas também das melhores práticas para a comunicação no ambiente hospitalar.

Por ser um conjunto sequencial e particular de ações com o intuito de atingir um objetivo específico, a comunicação pode ser classificada como um processo. E como para todo o processo, um modelo simplificado pode ser constituído para facilitar o entendimento conforme observado na Figura 2.

Figura 2. Modelo de Comunicação emissor/mensagem/receptor



Fonte: Esquema desenvolvido pelo autor, 2025.

2.4 Comunicação de Notícias Difíceis

Pode ser considerada uma notícia difícil qualquer informação que influencie negativamente a perspectiva de futuro de uma pessoa ou de sua família. Afeta o domínio cognitivo, emocional comportamental e espiritual e venha a alterar a dinâmica familiar (Vogel *et al.*, 2019).

O Código de Ética Médica, capítulo V, artigo 34, veda ao profissional "deixar de informar ao paciente o diagnóstico, o prognóstico, os riscos e os objetivos do tratamento, salvo quando a comunicação direta possa lhe provocar dano, devendo, nesse caso, fazer a comunicação a seu representante legal" (Brasil, 2009, p. 38).

Sabe-se que a capacidade de comunicação de notícias difíceis nos encontros iniciais desse processo pode produzir duas grandes reações se adequada, a família e o paciente “nunca a esquecerão”, se inadequada, eles “nunca a perdoarão” (Petrille *et al.*, 2005).

A maneira de dar uma notícia difícil deve variar de acordo com a idade, o sexo, o contexto cultural, social, educacional, capacidade de compreensão naquele determinado momento a doença e cenário familiar. A eficácia do processo de comunicação depende da flexibilidade para utilizar a técnica adequada em cada circunstância (Gobbi, 2020)

Ao longo de mais de 22 anos foram desenvolvidos protocolos visando a melhoria do precesso de comunicação de notícias dificeis:

- Notícias difíceis (SPIKES, PACIENTES, BREAKS, ABCDE.);
- Notícias de morte (CURVES, ATENTE-SE);
- Linguagem não verbal (EMPHATY);
- Transição de cuidado (SBAR, Relatórios);
- Decisão compartilhada (SHARE).

Comunicar é um ato essencial, transformador e ancestral. Desde os primeiros símbolos gravados nas cavernas até os diálogos digitais contemporâneos, a comunicação molda nossa existência e permeia todos os aspectos da vida, do social ao profissional.

2.5 Risco Psicossocial e Trabalho

O trabalho não é apenas uma atividade inerente ao indivíduo, é também uma necessidade essencial para seu desenvolvimento pessoal e coletivo. Ele pode representar tanto uma fonte de bem-estar quanto de mal-estar, manifestando-se de diversas formas (Murcho, 2009).

A Organização Internacional do Trabalho (OIT), Geneva, 1986, definiu os fatores psicossociais do trabalho (FPST) como aqueles que, por meio das percepções e experiências dos trabalhadores nas interações que ocorrem entre o ambiente e conteúdo do trabalho, as condições organizacionais, suas próprias capacidades, necessidades, cultura e situação pessoal extralaboral, podem influenciar a saúde, o desempenho e a satisfação com o trabalho.

Esta tem sido uma preocupação desde a década de 1950, onde os aspectos psicossociais do trabalho têm sido cada vez mais objeto de investigação, e ganhou ainda mais impulso na década de 1960 com o surgimento da investigação psicossocial sobre o ambiente de trabalho e da psicologia ocupacional pela necessidade de otimizar a produção e a eficiência nas empresas (Veloso Neto,2015).

O Risco psicossocial pode ser compreendido como agravo à saúde do trabalhador ocasionado pela exposição a fatores que aumentam a probabilidade de sua ocorrência. Podem estar associados a precariedade laboral, comunicação ineficaz, ambiente inadequado, falta de apoio de superiores ou colegas, assédio psicológico e sexual e falta de preparo adequado para exercer determinada função (Veloso Neto, 2015).

As transformações no mundo do trabalho atingem em um ponto crucial e atual sobre a saúde, especialmente, a saúde mental e psicossocial dos trabalhadores.

A crescente flexibilização, muitas vezes mascarada como modernização tem contribuído para a precarização das relações de trabalho, com contratos temporários, jornadas irregulares, metas abusivas e insegurança profissional. Tudo isso afeta diretamente o bem-estar dos trabalhadores (WHO, Geneva, 2022).

A abordagem psicossocial é extremamente relevante nesse cenário, pois considera que o trabalho não é apenas uma atividade técnica ou econômica, mas uma dimensão central da vida humana Ele influencia a identidade, a autoestima, as

relações sociais e o sentido de pertencimento. Quando o trabalho é fonte de sobrecarga, instabilidade ou desvalorização, ele se torna um fator de risco para o adoecimento tanto físico como mental (Santos, 2024).

Em agosto de 2024, a NR-1 foi atualizada pela Portaria MTE nº 1.419/2024, representando um marco na gestão de saúde e segurança no trabalho. O novo texto reforça a importância de processos contínuos e documentados, amplia o conceito de risco ocupacional e dá destaque inédito à saúde mental nas organizações. Isso amplia o olhar da gestão de Sistena de Saúde do Trabalhador (SST), que tradicionalmente focava em riscos químicos, físicos e biológicos, e passa a reconhecer a saúde mental como parte essencial da proteção ao trabalhador.

Essa perspectiva expande o olhar para além dos fatores puramente biológicos ou ergonômicos e passa a incluir aspectos como:

- Organização do trabalho (ritmo, controle, exigências);
- Reconhecimento e valorização;
- Autonomia e participação.

Nos últimos anos tem ocorrido uma mudança significativa de paradigma, afastando-se exclusivamente da perspectiva individual, para um exame mais aprofundado do impacto relativo e do papel etiológico de certos aspectos do ambiente de trabalho na saúde do trabalhador (OSH, 2022).

Um ambiente psicossocial positivo contribui para a excelência profissional, o crescimento individual e o bem-estar mental e físico dos trabalhadores (Veloso Neto, 2015).

2.6 Estresse Ocupacional

O estresse é caracterizado por uma síndrome específica de fatos biológicos, apresentando-se como uma resposta inespecífica do corpo diante de exigências às quais está sendo submetido, manifestando-se de forma positiva (eustresse) que motiva e provoca a resposta adequada aos estímulos estressores, ou negativa (distresse) que intimida o indivíduo diante de situação ameaçadora, com predominância de emoções de ansiedade, medo, tristeza e raiva (Tanure, 2014).

O estresse ocupacional é caracterizado como um processo no qual o

indivíduo percebe as demandas do ambiente de trabalho como fatores estressantes que excedem sua capacidade de enfrentamento, desencadeando reações negativas. Para que uma situação seja considerada estressante, é essencial que o próprio indivíduo a reconheça dessa forma (Santos, 2010).

Segundo Silva e Salles (2016), o estresse ocupacional é então a sensação particular de desequilíbrio entre o trabalho e o emocional do colaborador, podendo ser causado por medo de fracassar, cansaço físico e emocional, falta de apoio por parte dos seus superiores, ambiente de trabalho altamente competitivo, jornada longa de trabalho, dentre outros.

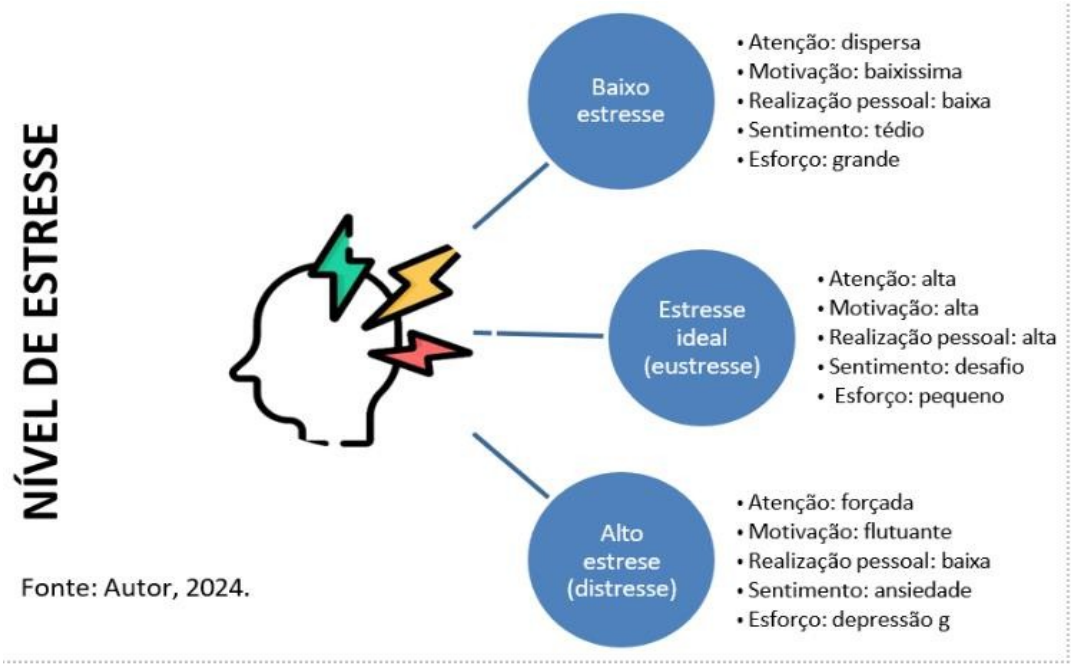
A resposta ao estresse é uma reação humana universal, pois, consiste em adaptações rápidas a situações alarmantes, enquanto que as condições sociais e estruturais modulam intensamente tanto a frequência quanto o impacto dessas reações. Indivíduos de classes sociais mais baixas ou expostos a discriminação por raça ou gênero, enfrentam maiores barreiras no acesso a serviços de saúde, lazer e suporte emocional, o que potencializa os efeitos negativos do estresse e dificulta a recuperação (Santos, 2010).

A resposta subjetiva ao estresse é influenciada pela relação entre as suas qualidades e as demandas ou as disparidades entre o ambiente interno e externo e o senso individual de resposta. Essa capacidade de enfrentamento diz respeito não somente a presença de fatores estressores mas também como o indivíduo enfrenta e lida com eles (Muniz *et al*., 2023).

A visão integral sobre o indivíduo é especialmente relevante em ambientes de trabalho precários ou altamente exigentes, onde a falta de controle, apoio e a pressão constante podem gerar vulnerabilidade emocional. Nessas circunstâncias, mesmo pequenas adversidades podem se tornar gatilhos para o sofrimento psíquico, caso não haja suporte adequado ou estratégias eficazes de enfrentamento. O equilíbrio depende de esforços cognitivos e comportamentais que auxiliam na prevenção do adoecimento físico e mental (Leme *et al.,* 2015).

A Figura 3 mostra os tipos de reação em cada nível de estresse vivenciado. A situação de “estresse ideal”, que representa uma condição de equilíbrio entre o baixo e o alto nível de estresse apresenta o maior número de reações positivas a serem vivenciadas pelo indivíduo (Santos, 2010).

Figura 3. Reação ao nível de estresse



Para que o processo de estresse ocupacional aconteça é necessário que o trabalhador avalie os aspectos estressores, a situação e as demandas do ambiente, para enfrentá-las com poucos recursos, gerando reações com efeitos negativos para o seu bem-estar (Cavalcante *et al.*, 2019; Hirschle; Gondim, 2020).

A complexidade desse fenômeno decorre da interação entre diversos processos psicológicos, sociais e biológicos que influenciam a relação entre indivíduo e ambiente. Estudos indicam que o estresse ocupacional representa o esforço do organismo para se ajustar às exigências impostas pelo trabalho, sendo resultado da relação entre demanda psicológica e controle exercido no contexto profissional. Como consequência, esse estresse pode afetar a saúde do trabalhador, levando a afastamentos, desgaste físico e emocional e até mesmo a acidentes de trabalho (Cavalcante *et al.*, 2019; Hirschle; Gondim, 2020).

O estresse pode gerar reações de defesa e adaptação diante do agente estressor, as quais são classificadas em fase de alarme, resistência e exaustão.

A fase de alarme inicia-se com os estímulos estressores que provocam resposta rápida do organismo (luta e fuga). Entretanto, esse estágio não se mantém por muito tempo, pois o esforço maior não visa somente à manutenção da harmonia interior, mas ao enfrentamento da situação ameaçadora. As alterações observadas

no organismo, nessa fase, incluem aumento das frequências cardíaca e respiratória; da pressão arterial; da contração do baço; da liberação de glicose pelo fígado; da redistribuição sanguínea e da dilatação das pupilas (Prado, 2016).

Na fase de resistência, o indivíduo tenta se adaptar à nova situação com o propósito de restabelecer o equilíbrio interno, pois o organismo apresenta um desgaste maior, dificuldades de memória e está mais vulnerável a doenças. Os sintomas mais comumente observados são o tremor muscular, fadiga física, desânimo, irritabilidade, dificuldade de concentração e instabilidade emocional (Prado, 2016).

A fase de exaustão consiste em uma extinção da resistência em decorrência de falhas nos mecanismos de adaptação. É considerada a condição mais crítica relacionada ao estresse, pois, após exposições repetidas ao mesmo estressor, o organismo pode desenvolver doenças graves ou, até mesmo, entrar em colapso (Prado, 2016).

Na área da saúde, os profissionais que atuam em hospitais enfrentam demandas intensas e contínuas geradoras de estresse, exigindo prontidão imediata para situações inevitáveis, muitas delas de emergência ou urgência. Os atendimentos e procedimentos assistenciais devem ser realizados com extrema atenção e cuidado, seguindo protocolos e *guidelines* validados, pois erros e falhas podem resultar em agravamento do estado do paciente (Barbosa; Souza; Moreira, 2014).

Além disso, o contato constante com a dor e o sofrimento alheio leva esses profissionais a vivenciarem sentimentos de compaixão e empatia. No entanto, essa exposição prolongada pode contribuir significativamente para o desgaste psíquico, impactando negativamente a qualidade de vida dos trabalhadores da saúde e, por consequência, a eficiência dos serviços prestados (Barbosa; Souza; Moreira, 2014).

2.7 Compaixão

Na definição encontrada no *Oxford Leaner`s Dictionary* a compaixão é um forte sentimento de simpatia pelas pessoas que sofrem e um desejo de ajudá-las. Pode ser entendida como sentimento de tristeza ou preocupação pelo sofrimento ou

necessidade de outra pessoa, acompanhado por um desejo subsequente de aliviar o sofrimento gerando uma conexão entre as pessoas (Oxford University Press, 2024).

Segundo Jazaieri *et al.,* (2012) defende, a compaixão como sendo um processo multidimensional composto por quatro componentes principais:

1. consciência do sofrimento (consciência cognitiva/empática);
2. preocupação simpática relacionada com a comoção emocional causada pelo sofrimento (componente afetivo);
3. desejo de ver o alívio desse sofrimento (intenção);
4. capacidade de resposta ou prontidão para ajudar a aliviar esse sofrimento (motivacional)".

Para Silveira (2022), a compaixão é uma emoção que apresenta as seguintes características fundamentais:

1. *Componente cognitivo*: a consideração que o objeto da compaixão apresenta a propriedade avaliativa da dor ou algum tipo de sofrimento ou aflição significativa;
2. *Componente subjetivo*: conteúdo sentido na forma de um misto de inquietação e aflição, ligado ao reconhecimento da dor, e um sentimento de prazer ou alívio ao prestar auxílio;
3. *Componente fisiológico*: mudanças corporais como um aperto no peito ou frio;
4. *Componente comportamental*: representado pelo desejo ou a tendência de ação voltada ao bem-estar do outro geralmente na forma de ações que visam superar ou amenizar o sofrimento de alguma forma;
5. *Componente expressivo:* expressões faciais com certo grau de tristeza e/ou seriedade.

Considerando esses distintos componentes, a compaixão pode ser definida, no essencial, como um sentimento de desprazer que contém uma dor/tristeza moderada ou grave como resposta a avaliação que houve um sofrimento grave no objeto da compaixão (Silveira, 2022).

O desprazer ou aflição com o sofrimento do outro é o elemento principal no sentido de mobilizar o indivíduo à ação na compaixão tornamos o sofrimento alheio

significativo para nós (uma vez que ele perturba as condições de vida mínimas que um ser humano deve ter) e, por isso, necessariamente iremos atuar no sentido de diminuir/extinguir o sofrimento alheio de alguma forma (Silveira, 2022).

A compaixão no contexto do trabalho em saúde manifesta-se como uma motivação para agir e minimizar o sofrimento alheio, sendo um fenômeno tanto humano quanto social. No entanto, quando não ocorre de forma equilibrada, pode impactar negativamente tanto a saúde do profissional quanto o bem-estar dos pacientes (Phelivan; Guner, 2018; Jilou *et al.*, 2021).

Embora muitas vezes confundidas, empatia e compaixão possuem diferenças fundamentais. A empatia refere-se à capacidade de se identificar com o sofrimento alheio, compreendendo e compartilhando sua dor. E, a compaixão vai além desse sentimento, pois envolve uma motivação ativa para aliviar o sofrimento do outro. Em essência, a compaixão não se limita à identificação emocional, mas sim à tomada de ação para proporcionar alívio e apoio (Olshansky, 2007).

A compaixão transcende a noção de um mero valor moral ou de uma norma socialmente desejável, possuindo fundamentos enraizados na biologia e na evolução das espécies sociais (Dean-Gomes, 2022).

Pesquisas nas áreas da etologia, neurociência e psicologia evolutiva indicam que comportamentos compassivos desempenham um papel adaptativo essencial, promovendo a coesão dos grupos, a cooperação e o cuidado entre indivíduos (De Waal, 2009; Tomasello, 2014).

Estudos neurocientíficos também demonstram que circuitos cerebrais associados à empatia e ao altruísmo - como o sistema límbico e o córtex pré-frontal medial - são ativados em situações de ajuda e cuidado ao outro (Singer; Klimecki, 2014).

Entre os seres humanos, tais predisposições biológicas são amplificadas por construções culturais, éticas e sociais, configurando-se como mecanismos fundamentais para a manutenção da vida em comunidade (Gilbert, 2009). Dessa forma, a compaixão deve ser compreendida não apenas como uma qualidade ética desejável, mas como um traço evolutivo que contribui significativamente para a organização e sustentabilidade das sociedades humanas.

Com isso, pode-se entender que a compaixão não é apenas um ideal abstrato, mas algo intrínseco à natureza humana e fundamental para a construção de sociedades mais justas e harmoniosas (Lago, 2013).

E ainda, 03 tipos de compaixão são considerdas por Araújo, Menezes (2018), a saber:

1. a compaixão uma outra forma de se referir ao estresse empático. Nessa perspectiva a compaixão é um outro rótulo que as pessoas aplicam as suas experiências de estresse em resposta ao sofrimento do outro. Para essa abordagem a compaixão está associada a comportamentos e respostas fisiológicas vivenciadas pelo outro de dor, medo ou tristeza;
2. a compaixão não é uma emoção por si só, mas uma variável entre tristeza e o amor;
3. a compaixão como um estado afetivo distinto do estresse, tristeza, amor. Está relacionado a uma perspectiva evolucionista, pois estaria relacionado a uma adaptação para a sobrevivência e reprodução.

2.8 Satisfação por Compaixão

A Satisfação por Compaixão refere-se as vivências satisfatórias e sentimentos positivos derivados do ato de ajudar e da recompensa dos esforços para prestar uma assistência adequada e eficaz que promovam o bem-estar aos profissionais na esfera do cuidado, este conceito representa um importante fator de proteção frente ao esgotamento emocional e ao estresse crônico, especialmente, em contextos hospitalares (Saura, 2023).

Figley (2002) define a Satisfação por Compaixão como a sensação de prazer advinda do ato de ajudar, em contraste com a Fadiga por Compaixão, que representa o desgaste emocional decorrente do cuidado contínuo. Profissionais que vivenciam altos níveis de Satisfação por Compaixão tendem a demonstrar maior engajamento, menor vulnerabilidade à Síndrome de Burnout e como tambám a qualidade nas interações com os pacientes (Stamm, 2010). Além disso, fatores como valorização institucional, suporte social, treinamentos e empatia contribuem significativamente para fortalecer essa satisfação (Silva *et al.,* 2019).

Dentro dessa complexa relação, o trabalho pode ser um gerador ou potencializador de prazer e felicidade na vida das pessoas, mas também pode ser fonte de sofrimento físico e emocional.

2.9 Fadiga por Compaixão

Para Galea, Merchant, Lurie (2020) a Fadiga por Compaixão pode ser concebida como um fenômeno humano, social e, portanto, faz-se necessário buscar o entendimento do seu impacto no cotidiano dos profissionais de saúde. A etimologia da palavra compaixão vem do latim *compassio*, que significa o ato de partilhar e entender o sofrimento de outra pessoa, em outras palavras, “sofrer junto com”.

A fadiga é um sintoma subjetivo e desagradável que se manifesta em todo o corpo, variando de cansaço leve à exaustão extrema, gerando uma sensação persistente de falta de alívio. Esse estado compromete a capacidade do indivíduo de desempenhar suas atividades diárias e envolve aspectos físicos, cognitivos e psicológicos, como estresse e angústia. Além disso, a fadiga pode ser compreendida como um processo crônico e subjetivo, influenciado por múltiplos fatores (Araújo; Menezes, 2018).

Os principais fatores que precedem a fadiga envolvem mudanças, que podem impactar as habilidades físicas, mentais e cognitivas, influenciando diretamente a rotina do indivíduo. Entre suas características estão a irritabilidade, alterações no pensamento e na memória, dificuldades na tomada de decisões e falta de motivação (Araújo; Menezes, 2018).

O trabalho na área da saúde transcende uma abordagem tecnicista, mecânica e objetiva, exigindo envolvimento e compromisso genuíno entre seres humanos. Essa dinâmica é marcada por uma ambivalência entre sofrimento e prazer, sendo que o equilíbrio entre essas experiências depende das ações e comportamentos adotados por cada profissional diante de sua realidade laboral. A condição de trabalho desse profissional, dentro dessa perspectiva, pode colocar em risco sua saúde (Jilou *et al*., 2021).

O conceito de Fadiga por Compaixão é relativamente recente, tendo sido introduzido pela enfermeira Carla Joinson (1992), observou que enfermeiros em unidades de cuidados intensivos e emergências muitas vezes demonstravam um comportamento de distanciamento emocional e perda de empatia, sintomas que mais tarde foram reconhecidos como Fadiga por Compaixão. Seu trabalho é amplamente citado como um marco no reconhecimento do impacto psicológico do cuidado contínuo com pacientes em sofrimento.

A partir dessa publicação, o conceito foi desenvolvido por Figley (1995), que

aprofundou a teoria e expandiu o entendimento Clínico da Fadiga por compaixão como um fenômeno distinto da Síndrome de Burnout (Xie *et al*., 2021).

A concepção de Fadiga por Compaixão elaborada por Figley (1995) é atualmente a mais adotada, entende que a Fadiga por Compaixão é um fenômeno multidimensional composto por: Fadiga por Compaixão, Síndrome de Burnout e Satisfação por Compaixão, Charles Figley conceituou a Fadiga por compaixão como uma síndrome que causa exaustão e perda aguda de energia física e emocional, relacionada ao contato prolongado com sofrimento (Araujo; Menezes, 2018).

Assim, esta é a denominação do processo no qual o profissional ligado ao atendimento de uma clientela, que tem como demanda o sofrimento, torna-se, exausto física e mentalmente, devido ao constante contato com o estresse provocado pela compaixão (Figley, 1995).

Para Lago e Codo (2010) a Fadiga por Compaixão pode ocorrer quando o sujeito compassivo se sente exaurido, ao compartilhar e intervir na dor alheia. Deste modo, estão sujeitos à Fadiga por Compaixão quaisquer profissionais de saúde que tenham como parte do seu ofício o cuidado de outrem e o contato com a dor e o sofrimento.

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 (Lago; Codo, 2010).

A Fadiga por Compaixão se manifesta por meio de intensas alterações físicas, sociais, emocionais, espirituais e intelectuais, que tendem a se agravar com o tempo. Quando o profissional não consegue administrar esses desafios de maneira equilibrada, ou seja, sem estabelecer práticas de autocuidado que permitam a empatia sem absorver a dor do outro. (Jilou *et al.,* 2021).

A relação entre a Síndrome de Burnout e a Fadiga por Compaixão ainda permanece controversa na literatura existente. Alguns autores defendem que a Fadiga por Compaixão seria um estágio avançado da Síndrome de Burnout, outros acreditam que Fadiga por Compaixão e a Síndrome de Burnout são um único fenômeno designados de formas diferentes e, por fim, há aqueles que argumentam que a Síndrome de Burnout é uma das dimensões da Fadiga por Compaixão (Lago; Codo, 2010).

Em sua atuação profissional, o trabalhador de saúde poderá estabelecer uma relação de empatia/compaixão com o paciente e a sua qualidade de vida no trabalho poderá ser medida por meio de dois aspectos principais: o positivo, que é a Satisfação por Compaixão (SC), que ocorre quando o profissional expressa alegria por ajudar o outro; e o negativo, que é a Fadiga por Compaixão (FC), uma síndrome, que envolve sentimentos de esgotamento emocional e frustração com o trabalho (Barbosa; Souza; Moreira, 2014).

Sob a perspectiva de Santos (2018), Fadiga por Compaixão, apresenta-se de forma aguda como uma síndrome de esgotamento biológico, psicológico e aspectos sociais, um indicador muito importante, estudado em profissionais de saúde, é considerada a maior ameaça à saúde mental dos profissionais como um modelo secundário de estresse prolongado, que pode ser denominado também como “Custo de cuidar”, ou “Dor emocional”. O aumento do estresse no trabalho contribui para o aumento da Fadiga por Compaixão em profissionais que trabalham com pessoas (Aslan; Erci; Pekince, 2021).

Segundo Stamm (2010), a qualidade de vida profissional incorpora dois aspectos, um positivo e um negativo denominados respectivamente, Satisfação por Compaixão (SC) e Fadiga por Compaixão (FC). Os aspectos positivos relacionam-se com altruísmo, sentimento de bem-estar decorrente do prazer obtido por meio das atividades profissionais realizadas e a sensação de satisfação ao ajudar pessoas e contribuir para um ambiente saudável de trabalho. E os efeitos negativos da prestação de cuidados são ocasionados pela gravidade das situações clínicas e trauma que os profissionais ficam expostos e acabam apresentando sintomas como exaustão, frustração, raiva e depressão típicos da Síndrome de Burnout, podendo afetar o próprio indivíduo, sua família, e as pessoas próximas, e suas atividades laborais.

Branch (2013), divide a Fadiga por Compaixão em dois elementos principais: a Síndrome de Burnout e o Estresse Traumático Secundário, que corresponde a perda aguda da energia emocional e física relacionada ao trabalho é caracterizada por exaustão, sentimentos de desilusão e inutilidade, como resultado da exposição prolongada ao sofrimento e ao estresse.

A Fadiga por Compaixão impacta diretamente o desempenho dos profissionais, manifestando-se por meio de baixa autoestima, aumento da rotatividade na área da saúde, absenteísmo, insatisfação no trabalho e dificuldade na tomada de decisões, além de consequências físicas, emocionais, mentais e

cognitivas. Está fortemente associada a fatores como carga e ambiente de trabalho, bem como à cultura organizacional. Além disso, seu desenvolvimento está relacionado a aspectos como condições laborais, desgaste emocional e alterações patológicas de origem física (Jilou *et al.,* 2021).

Para Najjar *et al.* (2009), a Fadiga por Compaixão produz efeitos não só nos profissionais de saúde, mas também na organização do trabalho podendo afetar, a produtividade, a rotatividade, o absenteísmo, a qualidade da assistência, a satisfação e segurança do paciente entre outros aspectos.

Salston e Figley (2003), destacam a relevância desse tema apontando que familiares e amigos de profissionais de saúde, podem também apresentar Fadiga por Compaixão uma vez que atuam como suporte social e afetivo para esses profissionais.

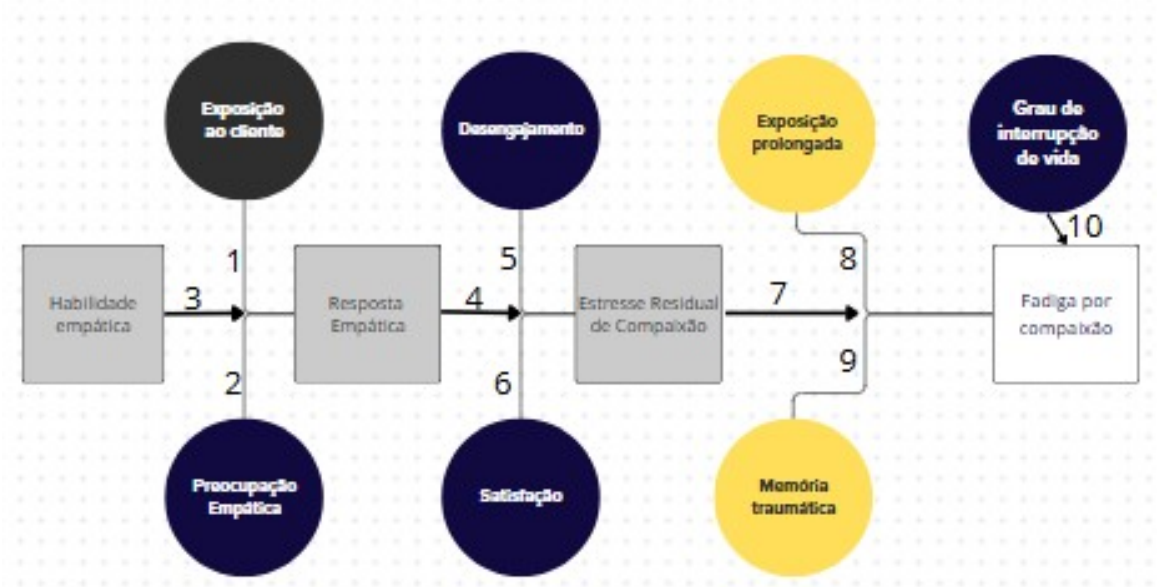
A Fadiga por Compaixão surge na forma contínua na prestação dos cuidados a pacientes em sofrimento, sem verificar as melhoras na condição clínica. Os sintomas da Fadiga por Compaixão manifestam-se pelo cansaço e irritabilidade, revelando uma falta de entusiasmo para atender as necessidades dos clientes, ausência de prazer na vida cotidiana e evidência de comportamentos autodestrutivos como por exemplo, aumento do consumo de álcool, uso de drogas ilícitas e excessos alimentares (Branch, 2013).

Na literatura, tem crescido a concordância de que a Fadiga por Compaixão é uma importante ameaça à saúde mental dos profissionais da saúde, o avanço do estudo e da compreensão deste fenômeno pode resultar no progresso das estratégias de prevenção e de promoção à saúde. Isto se torna ainda mais importante, ao se considerar que promover a saúde do trabalhador refletirá em uma melhoria no desenvolvimento do seu trabalho, melhorando a atenção a todos aqueles a quem presta assistência em saúde (Torres, 2018).

Embora a Fadiga por Compaixão não conste oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-5), os estudos têm apontado que se trata de um problema de saúde pública e de grande ameaça à integridade mental dos profissionais (Adimando, 2017; Missourido, 2017; Borges *et al.,* 2019).

Figley (2002), demonstra o modelo de suscetibilidade à Fadiga por Compaixão com objetivo de preveni-la.

Figura 4. Modelo sobre as etapas da Fadiga por Compaixão



Fonte: Fingley, 2002, p.1437 (adaptado pela autora).

Neste modelo Figley (2002) descreve as etapas do processo de Fadiga por Compaixão:

1. *Habilidade empática*: capacidade de ter empatia à dor do outro e ao mesmo tempo estar vulnerável aos desgastes deste cuidado;
2. *Preocupação empática*: motivação para ser empático à angústia alheia;
3. *Exposição ao cliente*: contato direto como o sofrimento emocional do outro;
4. *Resposta da empatia*: até que ponto o profissional se esforça para minimizar o sofrimento do outro, o trabalhador poderá sentir a dor do cliente como culpa, angústia, medo, raiva;
5. *Estresse residual de compaixão*: o estresse é o resíduo da energia emocional da resposta empática. Podendo ser negativo e o profissional precisa perceber e agir neste momento, antes de desencadear a Fadiga por Compaixão;
6. *Satisfação*: pode prevenir o estado de estresse da compaixão, pois reconhece até que ponto o profissional está satisfeito com seu trabalho ofertado ao cliente, senso de realização do serviço e até onde vai a sua responsabilidade;
7. *Desengajamento/não envolvimento*: também favorável ao não desenvolvimento ou redução do estresse da compaixão, é a percepção consciente e racional de distanciamento do sofrer do outro, após prestar os

cuidados ou o trabalho necessário, com empatia suficiente;

8. *Exposição prolongada*: esta favorece o processo de fadiga, pela exposição contínua ao sofrimento do outro;
9. *Lembranças traumáticas*: são memórias de traumas vivenciados pelos profisionais no trabalho que geram sintomas de TEPT (transtorno do estresse pós-traumático) e ansiedade no profissional (favorece a fadiga);
10. *Grau de interrupções da vida*: são as mudanças imprevistas na rotina como mudar status social, estilo de vida e responsabilidades no trabalho, somadas aos demais aspectos deste modelo de Fadiga por Compaixão.

2.10 Síndrome de Burnout

O psicólogo Herbert Freudenberger foi o primeiro a descrever o termo Burnout em 1974. Ele estudou um grupo de profissionais da saúde, que trabalharam com usuários de drogas, notando que muitos apresentaram exaustão extrema, desmotivação e perda de eficiência no trabalho (Fontes, 2020).

A definição proposta por Christina Maslach (1976) sobre a Síndrome de Burnout, se consolidou ao longo do tempo como o modelo teórico de maior impacto mundial e aceitação científica. Tal fato, inclusive, propiciou também a consolidação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) como o principal instrumento para avaliar a incidência da Síndrome de Burnout nos profissionais (Bridgeman *et al.*, 2018; Carlotto; Câmara, 2008).

A Síndrome de Burnout é considerada um problema de saúde pública, visto que sua incidência tem aumentado significativamente nos últimos anos, em diversos países, inclusive no Brasil. Estudo realizado pela *International Stress Management Association* -ISMA-BR (2022), que é uma organização dedicada à pesquisa e ao avanço na prevenção e tratamento do estresse em todo o mundo, verificou-se que o Brasil foi o segundo país com maior incidência de Burnout no cenário global em 2021. Essa pesquisa revelou ainda que cerca de aproximadamente 30% a 32% dos trabalhadores brasileiros sofrem com a Síndrome de Burnout, colocando o Brasil como o segundo país com maior número de casos no mundo, atrás apenas do Japão (Fiocruz, 2025).

E ainda, entre 2014 e 2023 estudos apontam o número de afastamentos pela Síndrome de Burnout que aumentou em 1.000%, passando de 41 para 421 casos

registrados pelo INSS (Agência Brasil, 2024).

Torres (2018), destaca os principais problemas de saúde enfrentados pelos trabalhadores da área, enfatizando tanto os impactos físicos quanto os psicológicos. Entre os problemas mais comuns estão sintomas depressivos, estresse, cansaço físico, dificuldades de memória e doenças osteoarticulares. Essas condições estão diretamente relacionadas ao trabalho, como:

- *Acúmulo de funções e superlotação hospitalar*, que aumentam, a carga de trabalho.
- *Contato intenso com pacientes em sofrimento*, o que pode gerar impacto emocional.
- *Jornadas ampliadas e múltiplas de trabalho*, resultando em sobrecarga física e mental.
- *Exposição frequente à morte*, o que pode gerar desgaste emocional e psicológico.

Esses fatores tornam o ambiente de trabalho desafiador e aumentam o risco de esgotamento profissional, conhecido como Síndrome de Burnout (Torres, 2018).

A Síndrome de Burnout afeta a saúde física e emocional dos profissionais trazendo conseqüências preocupantes em níveis individuais e organizacionais, tornando evidente a necessidade de prevenir sua sintomatologia. Portanto, as estratégias de prevenção incluem realização de intervenções individuais e organizacionais ou, idealmente, a combinação de ambas (Melo; Carlotto, 2017; Moss *et al*., 2016).

As consequências da Síndrome de Burnout, culminam na diminuição da qualidade de vida dos profissionais de saúde e da eficácia no trabalho, impactando negativamente o atendimento ao paciente. Além disso, a ocorrência de erros na prática profissional também causa prejuízos para o próprio profissional, na medida em que se relaciona à perda de confiança, dificuldades para dormir, redução da satisfação no trabalho, aumento dos níveis de estresse ocupacional e dano à imagem profissional (Carlotto; Câmara, 2008; Moss *et al*., 2016, Waterman *et al*., 2007).

Ademais, o abandono da prática profissional aumenta a rotatividade de profissionais nos hospitais, acarretando altos custos organizacionais para a substituição dos funcionários (Moss *et al.,* 2016). Os efeitos negativos da Síndrome

de Burnout no bem-estar dos profissionais de saúde e suas consequentes implicações no cuidado prestado ao paciente evidenciam a urgência de intervenções voltadas para essa população.

No Brasil, desde 1º de janeiro de 2022, entrou em vigor a 11ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-11), da Organização Mundial da Saúde (OMS). A nova versão passou a reconhecer oficialmente a Síndrome de Burnout, também chamada de Síndrome do Esgotamento Profissional, como um fenômeno relacionado ao trabalho, classificado sob o código QD85. De acordo com a OMS (2022), a condição é definida como um "estresse crônico de trabalho que não foi administrado com sucesso".

Atualmente, a definição mais amplamente aceita para a Síndrome de Burnout baseia-se na perspectiva psicossocial proposta por Maslach (1999) e colaboradores. Segundo essa abordagem, a síndrome é composta por três dimensões principais: exaustão emocional, despersonalização e reduzida realização pessoal no trabalho.

De acordo com Maslach, Schaufeli e Leiter (2001), a exaustão emocional refere-se à sensação de esgotamento físico e emocional, resultante das exigências do trabalho; a despersonalização caracteriza-se por atitudes negativas, insensíveis e distanciadas em relação às pessoas com quem se trabalha, tratando-as de forma impessoal e mecanizada; e a reduzida realização pessoal no trabalho corresponde à tendência do profissional a avaliar-se negativamente, sentindo-se incompetente e insatisfeito com os resultados obtidos em sua atuação.

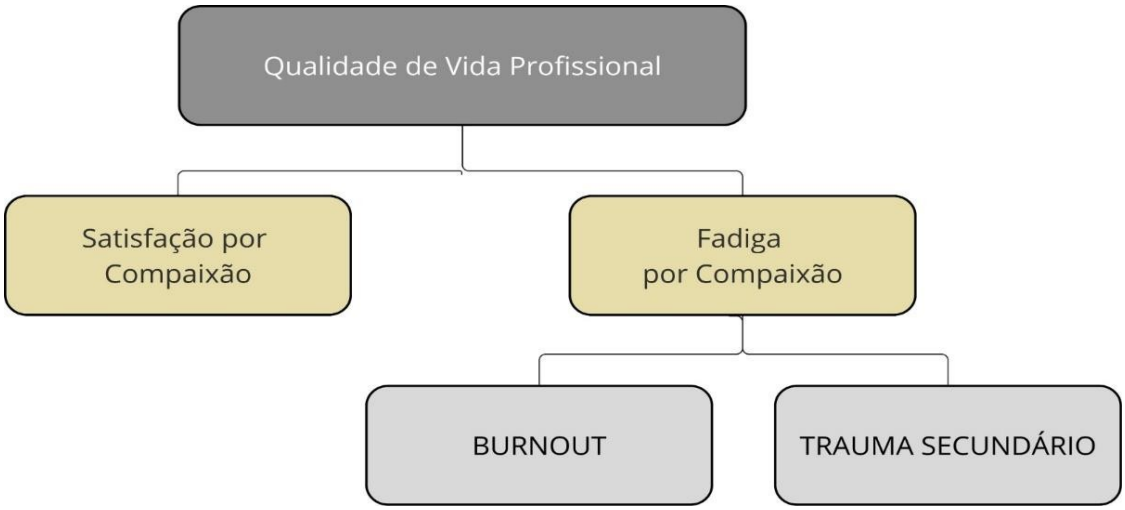
Estudos, demonstram associação da Síndrome de Burnout com aumento do risco cardiovascular, desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), transtornos mentais comuns, especialmente depressão, e transtornos musculoesqueléticos. Por ser um fenômeno ocupacional, conhecer os aspectos psicossociais do trabalho (APST) associados a Síndrome de Burnout pode auxiliar no estabelecimento de evidências que demonstrem as relações, diretas e indiretas, entre os fatores do trabalho e o risco relacionado a outros adoecimentos, incluindo transtornos mentais (Perniciotti *et al.*, 2020).

A Síndrome de Burnout é individual. Sua evolução pode levar anos e até mesmo décadas. Seu surgimento é paulatino, cumulativo, com incremento progressivo em severidade, muitas vezes não sendo percebido pelo indivíduo, que geralmente se recusa a acreditar que algo de errado está acontecendo com ele (Rudow, 2010).

Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) pontuam que, nas várias definições da Síndrome de Burnout, embora com algumas questões divergentes, todas encontram no mínimo cinco elementos comuns:

- existe a predominância de sintomas relacionados à exaustão mental e emocional, fadiga e depressão;
- a ênfase nos sintomas comportamentais e mentais e não nos sintomas físicos;
- os sintomas da Síndrome de Burnout são relacionados ao trabalho;
- os sintomas manifestam-se em pessoas normais que não sofriam de distúrbios psicopatológicos antes do surgimento da síndrome;
- a diminuição da efetividade e desempenho no trabalho ocorre por causa de atitudes e comportamentos negativos.

Figura 5 - Diagrama de Qualidade de Vida Profissional



Fonte: Stamm, 2010 (adaptado pela autora).

A qualidade de vida dos profissionais que prestam cuidados tem sido um tema de inetesse nas últimas décadas . Em 2010 Stamm desenvolveu o Diagrama de qualidade de vida Profissional.

O Ministério da Saúde (MS) classifica a Síndrome de Burnout como um distúrbio emocional com sintomas de exaustão extrema, estresse e esgotamento físico resultante de situações de trabalho desgastante, que demandam muita competitividade ou responsabilidade. Ainda segundo o Ministério da Saúde, é

causada pelo excesso de trabalho (Perniciotti *et al*., 2020).

Profissionais da saúde estão continuamente expostos a situações traumáticas, lidando com riscos à vida e o sofrimento dos pacientes. Essa realidade pode resultar em impactos negativos à sua saúde, como o desenvolvimento da Síndrome de Burnout e o estresse traumático secundário, comprometendo sua qualidade de vida (Jarruche; Mucci, 2021).

Os principais sinais e sintomas que podem indicar a Síndrome de Burnout são: cansaço excessivo, físico e mental; dor de cabeça frequente; alterações no apetite; insônia; dificuldades de concentração; sentimentos de fracasso e insegurança; negatividade constante; sentimentos de derrota e desesperança; sentimentos de incompetência; alterações repentinas de humor; isolamento; fadiga; pressão alta; dores musculares; problemas gastrointestinais; alteração nos batimentos cardíacos (Jarruche; Mucci, 2021).

A maioria das pesquisas que investigam a prevalência da Síndrome de Burnout entre profissionais de saúde concentra-se naqueles que atuam em contextos hospitalares, em razão das especificidades dessas instituições, que favorecem o surgimento de altos níveis de estresse ocupacional (Rodriges; Santos ; Souza, 2017).

Diversos fatores sociais compõem o ambiente hospitalar e influenciam diretamente o trabalho das equipes multiprofissionais, como o fluxo de conhecimento, a qualidade da informação e os processos de comunicação ou seja, a forma como os membros da equipe interagem entre si e com os usuários dos serviços (Perciotti *et al*., 2020).

Além disso, fatores ambientais como a estrutura física do hospital, a disponibilidade de recursos humanos e materiais (número de profissionais, equipamentos hospitalares, recursos de informática) e a organização dos processos de trabalho, que envolvem carga horária, funções atribuídas, estrutura organizacional e metodologias adotadas também são relevantes para a compreensão da síndrome (Perniciotti *et al*., 2020).

Entre os fatores ambientais mais associados às condições de trabalho no contexto hospitalar que favorecem a ocorrência da Síndrome de Burnout, destacam-se:

1. **Alta exposição dos profissionais a riscos físicos e químicos**;

2. **Problemas administrativos**, devido à forma como se estruturam os processos de trabalho, muitas vezes marcados pela falta de autonomia, controle e participação nas decisões;
3. **Sobrecarga quantitativa de trabalho**, relacionada às longas jornadas, ao elevado número de pacientes e à escassez de profissionais e/ou recursos;
4. **Sobrecarga qualitativa**, relacionada à natureza estressante das responsabilidades assumidas pelos profissionais de saúde.

Ao analisar esses fatores, é fundamental considerar que a sobrecarga quantitativa pode variar significativamente entre instituições hospitalares (Souza; Scatena, 2014).

Tais condições implicam na necessidade de comunicação contínua e intensa com pacientes e familiares, bem como maior exposição dos profissionais a situações emocionalmente desgastantes, como conflitos envolvendo a finitude humana e limitações terapêuticas (Perniciotti, *et al.,* 2020).

2.11 Saúde do Trabalhador

A saúde é entendida como o estado dinâmico de equilíbrio entre os seres humanos e o seu entorno (meios físico, biológico e social), compatível com a plena atividade funcional. Em 1984, a Organização Mundial da Saúde (OMS) conceituou saúde como a capacidade que um indivíduo ou grupo de indivíduos tem de realizar suas aspirações, satisfazer suas necessidades e mudar ou enfrentar o ambiente.

De acordo com Pacheco *et al.* (2005), a saúde é vista como um recurso essencial para o dia a dia, isso se aplica também ao ambiente de trabalho. A saúde no trabalho é definida como um estado de equilíbrio positivo entre o trabalhador e os meios de produção, levando em conta como o indivíduo responde aos diferentes estímulos e fatores de risco que enfrenta. Isso significa que a saúde no trabalho não é apenas a ausência de doenças, mas sim um estado de bem-estar que permite ao trabalhador interagir de forma saudável e produtiva com seu ambiente.

Conceitualmente o trabalho é qualquer atividade física ou intelectual, realizada pelo ser humano cujo objetivo é fazer, transformar ou obter algo para a realização pessoal e o desenvolvimento econômico. Na linguagem coloquial a palavra trabalho traz consigo uma enorme gama de significados como *status* social, realização pessoal, forma de obter renda. O trabalho desempenha um papel de extrema

importância e centralidade na vida das pessoas, não apenas como fonte de recursos, sustento e conforto, mas também como uma fonte de significado e conexão social para sua existência como trabalhadores (Ribeiro; Leda, 2004).

Como seres humanos estamos constantemente em busca de atribuir sentido ao trabalho, reconhecendo-o como uma ação individualizada que emerge de suas experiências enquanto sujeitos sociais. Além disso, o trabalho é compreendido como uma construção social, influenciada pelas percepções e significados atribuídos coletivamente a ele (Claudino *et al.,* 2021).

Portanto o trabalho está na base de toda sociedade, estabelecendo as formas de relação entre os indivíduos, entre as classes sociais, criando relações de poder e propriedade, determinando o ritmo do cotidiano, o trabalho sempre fez parte de nossas vidas, foi através dele que as civilizações conseguiram se desenvolver (Albornoz, 2004).

Na análise do processo histórico-social, é possível perceber que o trabalho quase se transformou no oposto do que poderia representar para o ser humano. Ou seja, aquilo que poderia ser uma fonte de liberdade, autonomia e realização pessoal passou, em muitos contextos, a configurar-se como sinônimo de frustração, submissão e sofrimento (Dejours, 1999).

As relações entre o trabalho e a saúde são moduladas por aspectos socioculturais, econômicos e produtivos, refletindo os modelos organizacionais predominantes em cada sociedade. No setor de saúde, sobretudo no ambiente hospitalar, essa relação se expressa por meio da gestão do trabalho, que é moldada por processos produtivos e estruturas organizacionais específicos (Lamarca; Senise, 2014).

No contexto hospitalar, essas relações exigem uma compreensão aprofundada dos métodos de organização do trabalho, das práticas dos profissionais da equipe multidisciplinar em saúde e das condições que contribuem para o processo saúde-doença. Esse conhecimento é fundamental para investigar os processos laborais e suas repercussões na saúde dos trabalhadores, resultantes da interação constante entre o meio ambiente e o indivíduo (D'Oliveira *et al*., 2020).

A saúde do trabalhador no Brasil é resultante de um patrimônio acumulado no âmbito da saúde coletiva, com raízes profundas no movimento de medicina social latino-americano e influenciado significativamente pela experiência operária italiana. No nosso território, a Saúde do Trabalhador, é entendida como campo de práticas

apoiadas no modelo da Saúde Pública, que se disseminou mais intensamente com o Movimento da Reforma Sanitária e desenvolveu-se mais amplamente a partir da promulgação da nova Constituição do país em 1988 e a implementação do Sistema Único de Saúde - SUS (Gomes *et al.,* 2018).

A saúde do trabalhador configura-se como um campo de práticas e de conhecimentos estratégicos interdisciplinares - técnicos, sociais, políticos, humanos, multiprofissionais e interinstitucionais, voltados para analisar e intervir nas relações de trabalho que provocam doenças e agravos. Seus marcos referenciais são os da Saúde Coletiva, ou seja, a promoção, a prevenção e a vigilância (Gomes *et al*., 2018).

O Ministério da Saúde (MS), define como “Saúde do Trabalhador” o conjunto de atividades do campo da saúde coletiva que se destina, por meio das ações de vigilância epidemiológica e vigilância sanitária, à promoção e proteção da saúde dos trabalhadores, assim como visa à recuperação e reabilitação da saúde dos trabalhadores submetidos aos riscos e agravos advindos das condições de trabalho (Gomes *et al*., 2018).

Como forma de fortalecer a saúde do trabalhador no SUS foi publicada, a Portaria nº 1.823/2012, consolidada posteriormente no Anexo XV da Portaria de Consolidação nº 2/2017, do Ministério da Saúde, a qual definiu a Política Nacional de Saúde do Trabalhador e da Trabalhadora (PNSTT) de acordo com princípios, diretrizes e estratégias a serem observadas pelas esferas municipais, estaduais, distrital e federal da gestão do SUS, com o objetivo de desenvolver a atenção integral à saúde do trabalhador, com ênfase na vigilância, visando a promoção e a proteção da saúde dos trabalhadores e a redução da morbimortalidade decorrente dos modelos de desenvolvimento e dos processos produtivos (Gomes *et al*., 2018).

Trata-se de uma Política Transversal às demais Políticas Públicas de Saúde, alinhada a um conjunto de outras políticas sociais, considerando os determinantes e condicionantes do processo saúde-doença-cuidado. O processo saúde-doença dos trabalhadores tem relação direta com o seu trabalho; não deve ser reduzido a uma relação mono causal entre doença e um agente específico; ou multicausal, entre a doença e um grupo de fatores de riscos (físicos, químicos, biológicos, mecânicos), presentes no ambiente de trabalho (Henningtona; Santosa; Pascheb, 2024).

Saúde e doença estão condicionadas e determinadas pelas condições de vida das pessoas, expressas entre os trabalhadores pelo modo como vivenciam as condições, os processos e os ambientes em que trabalham (Lacaz, 2020).

Gomes *et al*. (2024) resalta a importância de uma abordagem abrangente para entender o processo de saúde-doença dos trabalhadores, enfatizando que esses aspectos não podem ser vistos de forma isolada, os agravos à saúde podem ocorrer de forma individual ou coletiva. A saúde-doença é influenciada por uma série de fatores que vão além de agentes específicos ou riscos múltiplos no ambiente de trabalho.

Portanto, é fundamental considerar as condições de vida e o contexto social em que os trabalhadores estão inseridos. Essa perspectiva transversal nas políticas públicas de saúde busca integrar diferentes áreas sociais, reconhecendo que a saúde dos trabalhadores é moldada por suas experiências e vivências no ambiente laboral (Gomes, 2024).

As ações estratégicas voltadas à qualidade do cuidado e à segurança em saúde do trabalhador não se reduz à ausência de doença, mas reflete a qualidade das relações laborais, as condições materiais de trabalho, o campo interacional da comunicação e as estratégias de enfrentamento disponíveis (BRASIL, 2012).

O trabalho em saúde vai além da perspectiva tecnicista, mecânica e objetiva, devendo gerar envolvimento e comprometimento de um ser humano para com o outro, as condições de trabalho dentro desta perspectiva pode colocar em risco a saúde física e mental (Jilou *et al*., 2021).

A relação com o trabalho em saúde é profundamente marcada por uma ambivalência, manifestando-se tanto em experiências de sofrimento quanto de prazer. O que determina o limiar entre essas duas possibilidades podem estar relacionadas ao ambiente e as ações e atitudes de cada indivíduo frente às exigências, desafios e significados do seu trabalho (Jilou*, et al*. 2021).

O desempenho dos profissionais de saúde reveste-se de uma importância extrema para a sociedade, pela possibilidade de prestar uma assistência de qualidade ao usuário. Quando isso por algum motivo não ocorre há impacto sobre o profissional (responsabilização ético-legal) e sobre a coletividade (aumento dos custos com os serviços) estabelece-se, desta maneira um impacto negativo sobre a atividade desses trabalhadores podendo resultar em riscos à segurança do paciente e ao cuidado de qualidade (Jilou *et al*., 2021).

Deste modo, os profissionais de saúde que vivenciam, no seu ambiente de trabalho, um contato prolongado e contínuo com pessoas em constante sofrimento e desesperança possuem um alto risco de desenvolver um estado de fadiga física e

emocional, a já descrita, Fadiga por Compaixão (Wentzel; Collins; Brysiewicz, 2019). Este fenômeno pode comprometer a saúde física e mental do trabalhador, bem como seu desempenho profissional e sua satisfação com o trabalho (Gómez-Urquiza *et al.,* 2017).

3 MATERIAL E MÉTODO

3.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo, corte transversal com abordagem quantitativa análitica.

3.2 Local do Estudo

O estudo foi realizado em unidade hospitalar de nível terciário, nos setores de internação, terapia intensiva clínica e cirurgica e coronariana. A instituição é uma entidade filantrópica localizada no município do Rio de Janeiro, Brasil. Presta assistência de saúde suplementar, Sistema Único de Saúde (SUS) através de parcerias com as esferas governamentais e particulares.

Esta instituição de saúde foi fundada em 1942. Atualmente por motivos de obras de adequação e reestruturação conta com 80 leitos divididos em 30 leitos de terapia intensiva e 50 leitos de internação em unidades abertas.

3.3 População e Amostra do Estudo

A população do estudo foi definida como sendo o conjunto de trabalhadores da equipe de saúde (assistente social, enfermeiros, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, médicos, nutricionistas e psicólogos), que atuam em unidades de internação, terapia intensiva clínica, cirúrgica, coronariana e unidade oncológica, perfazendo um total de 176 profissionais. A participação foi voluntária e as respostas mantidas anônimas. Participaram do estudo 131 trabalhadores.

Considerando-se uma seleção por amostragem aleatória simples a margem de erro global das proporções estimadas, d foi calculada pela seguinte fórmula:

$$d = z\sqrt{pq\left(\frac{1}{n} - \frac{1}{N}\right)}.$$

Aqui, z refere-se ao valor da variável aleatória com distribuição normal padrão para o qual o valor da função de distribuição acumulada é igual a $(1-\alpha)/2$ (α= nível de confiança). Sendo assim, o valor de z está intimamente ligado ao intervalo de confiança desejado. No presente caso, usamos um intervalo de confiança de 95%, cujo valor correspondente a esta área na curva normal é de 1,96; p é a estimativa preliminar da proporção de interesse e $q = 1 - p$. Devido à insuficiência preliminar de estimativa para as proporções desejadas, o produto pq foi substituído pelo seu valor máximo: 0,25. n é o tamanho da amostra e N é o tamanho da população, 176. Sendo assim, este estudo está sujeito a erros máximos de 4,3% nas proporções estimadas neste trabalho, considerando o nível de 95% de confiança.

O critério de inclusão estabelecido é exercer suas atividades na equipe por um período mínimo de uma ano na instituição de saúde.

Fazer parte da equipe multiidsciplinar que comunica as notícias difíceis.

Os critérios de exclusão compreendem estar afastados por licença médica, maternidade ou férias durante período de realização da pesquisa.

3.4 Coleta de Dados

A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora, no período de dezembro 2024 e janeiro de 2025, após anuência da unidade filantrópica de assitência hospitalar de alta complexidade e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, sendo feita em local privativo de forma a não expor o profissional de saúde participante com duração média entre 30 e 40 minutos. Foram utilizados três instrumentos para coleta dos dados:

1) **O *Questionário Sociodemográfico – Laboral*** (Apêndice A), compreendeu informações como:

- Idade dos participantes do estudo

- Sexo
- Estado Civil
- Número de filhos
- Categoria profissional que incluia - Assistente Social, Enfermeiro Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista Médico Psicólogo
- Tempo de trabalho na respectiva unidade hospitalar
- Tipo e número de vínculo empregatício
- Carga horária semanal de trabalho (total)
- Turno de trabalho
- Frequencia com que esses profissionais comunicavam notícias difíceis.

2) *O ProQOL-IV/BR - A Professional Quality of Life Scale* (Anexo1)

Ferramenta criada por Stamm (2010) e validada para o português por Lago e Codo (2013). Trata-se de um instrumento autoaplicável utilizado para avaliação dos efeitos positivos e negativos, do trabalho com pessoas que sofreram eventos extremamente estressantes.

A Satisfação por Compaixão envolve o prazer que o trabalhador sente ao realizar suas tarefas, a sensação poder ajudar a outros, a boa relação com colegas e a contribuição para um bem maior na sociedade. Essa perspectiva é fundamental para entender como o bem-estar no ambiente de trabalho pode impactar a saúde mental e a motivação dos trabalhadores, alinhando-se com os objetivos do ODS 8, que busca promover trabalho decente e crescimento econômico sustentável (Wills; Naidoo, 2016, World Health Organization, 2010).

Cabe ressaltar que a opção por essa escala, ocorreu por integrar o componente positivo de Satisfação por Compaixão e não apenas o componente negativo que é a Fadiga por Compaixão (Fabri *et al.*, 2021).

É um instrumento composto por uma escala de resposta do tipo Likert (variando de 0 a 5, em que 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algumas vezes, 3 = frequentemente, 4 = muito frequente e 5 = quase sempre), a soma das respostas dadas a cada item de Likert é passível de mensuração e de análise quantitativa (STAMM, 2010).

O aspecto relevante sobre a interpretação do ProQOL- IV/BR não é um teste

de diagnóstico. A partir das variáveis que representam os fatores Fadiga por Compaixão (FC), Síndrome de Burnout (BO) e Satisfação por Compaixão (SC), sinaliza a necessidade em considerar e intervir na saúde psíquica do trabalhador (STAMM, 2010).

É importante ressaltar, também, que durante validação do instrumento por Lago e Codo (2013), no Brasil, o Estresse Traumático Secundário (ETS) não foi incluso como fator específico nos itens do ProQOL- IV/BR, na verdade, para os responsáveis pela validação do instrumento, o ETS e a FC possuem variáveis que os representam similarmente, podendo ser unificados os fatores, ou seja, o ETS está incluso na FC não necessitando de separação para análise no instrumento ProQOL-IV/BR.

3) Escala de *Maslach Burnout Inventory (MBI)* (Anexo 2)

Ferramenta desenvolvida em 1981, para identificar a síndrome de Burnout, constituído por 22 itens, respondidos através de uma escala com pontuações que variam de zero a seis, onde zero significa nunca e seis pontos todos os dias.

O MBI avalia como o trabalhador vivencia seu trabalho, de acordo com três dimensões conceituais: exaustão emocional, realização profissional e despersonalização. É utilizado somente para a avaliação da síndrome, não levando em consideração os elementos antecedentes e as consequências de seu processo (Carlotto; Camara, 2004).

O instrumento avalia índices de Síndrome de Burnout de acordo com os escores de cada dimensão, sendo que altos escores em exaustão emocional e despersonalização e baixos escores em realização profissional (esta subescala é inversa) indicam alto nível da Síndrome de Burnout (Carlotto; Camara, 2004).

A pesquisadora tomou os cuidados necessários em relação à coleta dos dados e o armazenamento das informações contidas nos questionários, o preenchimento dos questionários ocorreu em ambiente próprio objetivando garantir a privacidade do investigado, mantendo o anonimato dos participantes da pesquisa, garantindo o sigilo e a liberdade do sujeito se recusar a participar, observando o disposto na Resolução n° 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

E ainda, com vista atender ao disposto na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, os participantes selecionados previamente que concordaram em

participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – Apêndice B (Brasil, 2012).

3.5 Variáveis do Estudo

As variáveis utilizadas para a realização da análise estatística, bem como para a utilização dos resultados, serão tratadas a seguir.

3.5.1 Variáveis Sociodemográficas

- **Idade**: variável quantitativa medida em anos completos;
- **Sexo:** variável qualitativa categorizada em masculino e feminino;
- **Estado civil:** variável qualitativa categorizada em solteiro, casado e separado/divorciado;
- **Número de filhos**: variável quantitativa discreta medida na qquantidade de filhos.

3.5.2 Variáveis Laborais

- **Formação**: em graduação , especialização , mestrado e doutorado
- **Categoria profissional**: em assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiológo, médico, nutricionista e psicólogo
- **Carga horaria semanal**: medido em horas
- **Tempo de trabalho**: medido em anos completos
- **Turno de trabalho**: em turnos diurno, noturno e ambos
- **Tipo de vínculo em pregatício**: categorizado em CLT e pessoa jurídica
- **Possui outro vínculo**: categorizado em sim ou não

3.5.3 Variáveis Dependentes

a) Escore de Fadiga por Compaixão: variável quantitativa calculada a partir do instrumento ProQOL-IV/BR que *mede a presença de aspectos negativos* no ato de prover cuidados àqueles que passaram por estressores extremos ou traumáticos:

- Formação: categorizado em graduação, especialização, mestrado e doutorado.
- Categoria profissional: categorizo em assistente social, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e psicólogo.
- Carga horária semanal: medido em horas
- Tempo de trabalho: medido em anos completos
- Turno de trabalho: categorizada em diurno, noturno e ambos
- Tipo de vínculo empregatício: categorizada em CLT e pessoa jurídica
- Possui outro vínculo: categorizada em sim ou não.

b) Escore de Síndrome de Burnout: variável quantitativa calculada a partir do instrumento ProQOL-IV/BR caracterizada por sentimentos de descontentamento, desconexão e insensibilidade com o ambiente de trabalho:

- sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo;
- sinto-me exausto(a) por causa do meu trabalho;
- sinto-me sufocado(a) pela qualidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.

c) Escore da Satisfação por Compaixão: variável quantitativa calculada a partir do instrumento ProQOL-BR caracterizada pela satisfação com seu trabalho e com o ato de ajudar:

- sinto-me feliz;
- tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando;
- sinto-me satisfeito por ser capaz de ajudar as pessoas;
- sinto-me ligado aos outros;
- sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo;
- gosto do meu trabalho ajudando as pessoas;
- tenho crenças que me sustentam;
- sinto-me satisfeito por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento;
- tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los;
- acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho;
- estou orgulhoso(a) do que eu posso fazer para ajudar;

- ocorre-me que sou bem-sucedido(a) no meu trabalho;
- estou feliz por ter escolhido este trabalho;
- sou uma pessoa que sempre desejei ser;
- sinto-me satisfeito por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.

d) Escore de Exaustão Emocional: variável quantitativa obtida através do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) também tratata como variável qualitativa categorizada como baixo, médio ou alto;

e) Escore de Realização profissional: variável quantitativa obtida através do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) também tratada como variávgel qualitativa categorizada como baixo, médio ou alto;

f) Escore de Despersonalização: variável quantitativa obtida através do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) também tratada como variável qualitativa categorizada como baixo, médio ou alto;

g) Variável indicadora de Burnout : Variável qualitativa binária definida pela classiifcação dos três escores do *Maslach Burnout Inventory* (MBI).

3.6 Análise e Tratamento dos Dados

Todos os registros de interesse dos participantes desta pesquisa foram dispostos apropriadamente em uma planilha eletrônica , constituindo assim um banco de dados que foi analisado pelo programa SPSS *(Statistical for the Social Science)*, versão 22.0 e pelo aplicativo Microsoft Excel.

A análise dos dados foi conduzida utilizando estatistica descritiva e inferencial. Os resultados foram lançados no programa *software* Microsoft Excel o que permitiu a organização, sumarização e descrição dos dados coletados. Foram construídos gráficos e tabelas que apresentaram medidas estatísticas como média, mediana e desvio padrão com base na coleção de dados numéricos.

Para os **dados relacionados ao perfil sóciodemográfico e laboral** dos participantes, foi utilizada frequência e percentuais para descrever a distribuição dos dados.

Quanto ao instrumento *Maslach Burnout Inventory* (MBI) foi aplicada a análise da pontuação dos itens pesquisados, mediante a escala do tipo Likert que varia de zero a seis, sendo: (0) nunca, (1) algumas vezes ao ano ou menos, (2) uma vez ao ano ou menos, (3) algumas vezes durante o mês, (4) uma vez por semana, (5) algumas vezes durante a semana, (6) todos os dias. O somatório das dimensões relacionadas ao instrumento MIB foram comparadas com os valores de referência do Núcleo de Estudos Avançados sobre Síndrome de Burnout – **NEPASB** (Figura 6).

Figura 6. Zonas de corte do *MBI* – NEPASB

Zonas de Corte MBI	Baixo	Médio	Alto
Exaustão Emocional	0 -15	16-25	26-54
Realização Profissional	43-48	34-42	0 -33
Despersonalização	0 - 2	3 - 8	9 -30

Fonte: Benevides-Pereira ,2001.

O manual do MBI considera o **indivíduo com indicativo de Burnout** quando pelo menos duas das dimensões estão alteradas negativamente, ou seja, quando duas dimensões apresentam alta tendência ao Burnout. E **indicativo de tendência ao Burnout** quando uma das dimensões está alterada, ou seja, quando pelo menos uma dimensão apresenta alta tendência ao Burnout. Qualquer outro resultado encontrado caracteriza-se como **indicativo de ausência de Burnout** (Santos, 2010).

Para obtenção dos escores ProQOL-IV/BR, primeiramente foi realizada reversão das escalas dos itens com afirmação positiva e/ou otimista, ou seja, para estes item, resposta 1 foi revertida para 5, 2 para 4, 3 para 3, 4 para 2 e 5 para 1. Em seguida, foram somadas as respstas dos itens componentes de cada subescala (SC, BO e FC). A escala SC é composta pelos itens 1r, 2, 3r, 4r, 6r, 12r, 15r, 16r, 17r, 18r, 20r, 22r, 24r, 27r e 30r. A escala FC é composta pelos itens 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 23 e 25 e o BO é composto pelos itens 19, 21, 26.

A análise descritiva foi feita baseada em distribuições de frequências e cálculo de estatísticas descritivas (proporções de interesse, mínimo, máximo, média, mediana, desvio padrão, coeficiente de variação – CV), teve como objetivo sintetizar e caracterizar o comportamento das variáveis e traçar o perfil dos participantes. A

variabilidade da distribuição de uma variável quantitativa foi considerada baixa se CV <0,20; moderada se 0,20≤ CV <0,40 e alta se CV ≥0,40.

A distribuição de frequências em classes de uma variável quantitativa foi feita usando classes de interesse ou classes obtidas seguindo a determinação do número de classes pela fórmula de Sturges dada por $n_c = 1 + 3{,}32 \log n$ e amplitude de classes dada por $h = \frac{Range}{n_c}$, onde $Range = X_{max} - X_{min}$.

Na análise inferencial, foram feitos testes de significância estatística para analisar se são significativas as diferenças encontradas entre distribuições e estatísticas (proporções e médias) de grupos independentes. Na análise inferencial de variáveis qualitativas, as distribuições de frequências de grupos independentes foram comparadas pelo Teste Qui-quadrado ou pelo Teste Exato de Fisher, quando o teste qui-quadrado se mostrou inconclusivo.

Na Análise Inferencial das Variáveis Quantitativas, as distribuições de uma variável quantitativa ou ordinal de dois grupos independentes foram comparadas pelo teste não paramétrico de Mann-Whitney (Teste MW) e as distribuições de uma variável quantitativa ou ordinal de mais dois grupos independentes foram comparadas pelo teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (teste KW). A análise post-hoc ao teste de Kruskal-Wallis foi realizada por comparação em pares de grupos pelo teste de Dunn.

A análise de correlação entre variáveis quantitativas e ordinais foi avaliada através do coeficiente de correlação de ordem de Spearman. A significância do coeficiente de correlação foi atestada pelo Teste t para o coeficiente de correlação. A correlação foi considerda forte apenas se seu valor absoluto fosse maior que 0,7.

Todas as discussões acerca dos testes de significância foram realizadas considerando nível de significância máximo de 5% (0,05), ou seja, foi adotada a seguinte regra de decisão nos testes estatísticos: rejeição da hipótese nula sempre que o p-valor associado ao teste for menor que 0,05. Detalhes da metodologia proposta de estatística descritiva e inferencial podem ser encontrados em Fávero *et al.*, (2009) e Medronho *et al.,* (2009).

3.7 Aspectos Éticos

A presente pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa da

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) com CAAE :82642024.7.0000.5285, sendo aprovado, número do Parecer: 7.276.924

(Apêndice C), após anuência e autorização da direção da instituição onde foi desenvolvido o estudo, através da Plataforma Brasil para avaliação ética.

Todos os aspectos éticos e legais do estudo foram estritamente respeitados de acordo com a Resolução Nº 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) para pesquisas envolvendo seres humanos, visando preservar a dignidade, autonomia e os direitos dos participantes, e garantir que quaisquer danos potenciais fossem vitados.

Os instrumentos autoaplicáveis foram ofertados aos participantes pelo pesquisador e entregues com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), organizado com informações sobre a pesquisa (anonimato, garantia, benefícios, riscos etc.), em cumprimento ao disposto na Resolução N° 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde de 2012.

E ainda, foi esclarecido aos participantes da pesquisa, os seus direitos quanto obter as informações de forma clara; oportunidade de esclarecer dúvidas; liberdade de recusa e/ou participação no estudo em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade dos seus dados; privacidade; recebimento de uma via do TCLE (assinada e rubricada pelo participante e pelo pesquisador), que não haveia despesas e nenhum recurso material ou financeiro para participar deste estudo.

Toda pesquisa oferece riscos aos participantes. Nesta pesquisa haveria um risco mínimo associado a participação dos profissionais da equipe multiprofissional. Também, as perguntas poderiam levar o participante a reviver sentimentos de desconforto, ou até mesmo a possibilidade de algum grau de constrangimento ao falar sobre o tema, o que não foi observado ou relatado por nenhum dos participantes.

Todavia, o pesquisador utilizou todos os recursos para a garantia da manutenção do anonimato de suas respostas. Para garantia do sigilo, somente o pesquisador manuseou os dados dos questionários e eles foram identificados apenas por números.

Ficou garantido ao participante o direito em não responder qualquer pergunta dos instrumentos, podendo interromper e retirar a sua participação em qualquer

Quanto aos benefícios do estudo são significativos e estendem para além da compreensão aprofundada sobre a Fadiga por Compaixão e a síndrome de Burnout

dos profissionais de saúde no contexto da comunicação de notícias dificeis. O estudo também, terá um papel importante na orientação de futuras pesquisas em saúde do trabalhador, proporcionado informações uteis para o desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas em benefíciodos profissionais da saúde.

Além disso, esperase que os resultados obtidos possam contribuir para a identificação de possíveis medidas preventivas para a Fadiga por Compaixão e a Síndrome de Burnout gerando benefícios que podem ter um impacto positivo significativo na saúde e bem-estar dos trabalhadores da equipe multidisciplinar.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

4.1 Análise das variáveis socoiodemográficas e laboral

O presente estudo é baseado em uma amostra de 131 profissionais, sendo os grupos majoritários, o de Médicos (45,0%) e Enfermeiros (33,6%), como pode ser visto na Tabela 1. Este estudo considerou três grupos profissionais: o grupo de Médicos (n=59), o grupo de Enfermeiros (n=44) e o grupo de Outros Profissionais (n=28), composto por Fisioterapeutas (n=16), Nutricionistas (n=06), Assistentes Sociais (n=02), Fonoaudiólogos (n=02) e Psicólogos (n=02).

Tabela 1 - Distribuição de frequências das categorias profissionais dos participantes do estudo, Rio de Janeiro, 2024 – 2025.

Categoria Profissional	F	%
Médico	59	45,0%
Enfermeiro	44	33,6%
Fisioterapeuta	16	12,2%
Nutricionista	6	4,6%
Assistente Social	2	1,5%
Fonoaudiólogo	2	1,5%
Psicólogo	2	1,5%

As distribuições das variáveis avaliadas na **Tabela 1** nos três subgrupos (de médicos, enfermeiros e outros) foram comparadas por testes de significância estatística e ao avaliar os p-valores resultantes destes testes, verifica-se que os grupos de médicos, de enfermeiros e de outras especialidades se diferem significativamente em relação à distribuição de sexo (p-valor=0,010 do teste Qui-quadrado), conforme **Tabela 2** .

Tabela 2 – Distribuição de frequências das variáveis socoidemográficas que caracterizam os profissionais, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional, Rio de Janeiro, 2024-2025.

Variável	Amostra Total (n=131)		Médicos (n=59)		Enfermeiros (n=44)		Outros (n=28)		p-valor do teste comparando 3 grupos
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Sexo									
Feminino	**80**	**61,1%**	28	47,5%	**30**	**68,2%**	**22**	**78,6%**	**0,010[a)]**
Masculino	51	38,9%	**31**	**52,5%**	14	31,8%	6	21,4%	
Idade (anos)									
24 |¾ 31	**32**	**24,4%**	**12**	**20,3%**	8	18,2%	**12**	**42,9%**	**0,024[(b)]**
31 |¾ 38	**35**	**26,7%**	**14**	**23,7%**	**15**	**34,1%**	**6**	**21,4%**	
38 |¾ 45	30	22,9%	**14**	**23,7%**	**11**	**25,0%**	5	17,9%	
45 |¾ 52	16	12,2%	5	8,5%	8	18,2%	3	10,7%	
52 |¾ 59	8	6,1%	5	8,5%	2	4,5%	1	3,6%	
59 |¾ 66	7	5,3%	6	10,2%	0	0,0%	1	3,6%	
66 |¾ 73	1	0,8%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	
73 |¾ 80	2	1,5%	2	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	
Estado Civil									
Solteiro	51	38,9%	24	40,7%	14	31,8%	13	46,4%	0,573 [(c)]
Casado	**74**	**56,5%**	**32**	**54,2%**	**27**	**61,4%**	**15**	**53,6%**	
Separado/divorciado	6	4,6%	3	5,1%	3	6,8%	0	0,0%	
Número de filhos									
0	**73**	**55,7%**	**30**	**50,8%**	**25**	**56,8%**	**18**	**64,3%**	0,582 [(b)]
1	32	24,4%	18	30,5%	8	18,2%	6	21,4%	
2	22	16,8%	11	18,6%	8	18,2%	3	10,7%	
3	4	3,1%	0	0,0%	3	6,8%	1	3,6%	
Escolaridade									
Graduação	28	21,4%	10	16,9%	13	29,5%	5	17,9%	0,175 [(b)]
Especialização	**85**	**64,9%**	**41**	**69,5%**	**27**	**61,4%**	**17**	**60,7%**	
Mestrado	16	12,2%	7	11,9%	4	9,1%	5	17,9%	
Doutorado	2	1,5%	1	1,7%	0	0,0%	1	3,6%	

Tabela 3 – Distribuição de frequências das variáveis laborais que caracterizam os profissionais, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional, Rio de Janeiro, 2024-2025.

Variável	Amostra Total (n=131)		Médicos (n=59)		Enfermeiros (n=44)		Outros (n=28)		p-valor do teste comparando os 3 grupos
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Tipo de vínculo Empregatício									
CLT	**94**	**71,8%**	22	37,3%	**44**	**100,0%**	**28**	**100,0%**	**<0,001** [a]
Pessoa Jurídica	37	28,2%	**37**	**62,7%**	0	0,0%	0	0,0%	
Turno de Trabalho									
Diurno	**85**	**64,9%**	**32**	**54,2%**	**28**	**63,6%**	**25**	**89,3%**	**0,008** [c]
Noturno	9	6,9%	3	5,1%	4	9,1%	2	7,1%	
Ambos	37	28,2%	24	40,7%	12	27,3%	1	3,6%	
Tempo de trabalho unid. hosp. (anos)									
02 |¾ 07	**67**	**51,1%**	**26**	**44,1%**	**24**	**54,5%**	**17**	**60,7%**	0,480[b]
07 |¾ 12	26	19,8%	**12**	**20,3%**	8	18,2%	6	21,4%	
12 |¾ 17	19	14,5%	9	15,3%	8	18,2%	2	7,1%	
17 |¾ 22	5	3,8%	1	1,7%	2	4,5%	2	7,1%	
22 |¾ 27	2	1,5%	1	1,7%	1	2,3%	0	0,0%	
27 |¾ 32	9	6,9%	7	11,9%	1	2,3%	1	3,6%	
32 |¾ 37	2	1,5%	2	3,4%	0	0,0%	0	0,0%	
37 |¾ 42	1	0,8%	1	1,7%	0	0,0%	0	0,0%	
Tem outro Vínculo Empregatício									
Não	37	28,2%	8	13,6%	20	45,5%	9	32,1%	**0,002** [a]
Sim	**94**	**71,8%**	**51**	**86,4%**	**24**	**54,5%**	**19**	**67,9%**	
Carga horária semanal trabalho total (h)									
12 |¾ 24	2	1,5%	1	1,7%	1	2,3%	0	0,0%	
24 |¾ 36	8	6,1%	1	1,7%	0	0,0%	7	25,0%	**0,008** [b]
36 |¾ 48	**50**	**38,2%**	**14**	**23,7%**	**27**	**61,4%**	**9**	**32,1%**	
48 |¾ 60	**13**	**9,9%**	**11**	**18,6%**	0	0,0%	**2**	**7,1%**	
60 |¾ 72	**37**	**28,2%**	**19**	**32,2%**	9	20,5%	**9**	**32,1%**	
72 |¾ 84	11	8,4%	5	8,5%	5	11,4%	1	3,6%	
84 |¾ 96	8	6,1%	7	11,9%	1	2,3%	0	0,0%	
96 |¾ 108	2	1,5%	1	1,7%	1	2,3%	0	0,0%	

(a) Teste Qui-quadrado (b) Teste de Kruskal-Wallis (c) Teste Exato de Fisher

As **Tabelas 2 e 3** trazem a distribuição de frequências das variáveis que caracterizam os profissionais participantes do estudo, no global e nos subgrupos determinados segundo a categoria profissional, onde as frequências principais estão grifadas em negrito.

A partir das frequências principais pode-se traçar o seguinte perfil típico da amostra total de profissionais participantes: sexo feminino (n=80, 61,1%), com idade compreendida na faixa de idade maior ou igual a 24 anos e menor que 38 anos (n= 67, 51,1%); casado (n= 74, 56,5%), sem filho (n= 73, 55,7%), com escolaridade máxima ao nível de especialização (n= 85,64,9%), que trabalha com vínculo CLT (n=94, 71,8%), no período diurno (n=85, 64,9%), com tempo de trabalho na unidade hospitalar maior ou igual a 2,0 anos e menor que 7,0 anos (n=67, 51,1%), possui outro vínculo empregatício (n=94, 71,8%), e tem uma carga horária semanal total de trabalho maior ou igual a 36 horas e menor que 72 horas (n=100, 76,3%).

- Comparando as proporções apresentadas na **Tabela 2** observa-se que a principal diferença reside nas proporções de homens e mulheres nos grupos de médicos e outros profissionais. A proporção de homens no grupo de médicos (n=31, 52,5%) é significativamente maior, sendo mais que o da proporção de homens nos grupos de enfermeiros e de outros profissionais (n=20, 53,2%);
- os grupos de médicos, de enfermeiros e de outros profissionais se diferem significativamente em relação à distribuição de idade (p-valor=0,024 do teste de Kruskal-Wallis). A análise post-hoc ao teste de Kruskal-Wallis para a idade, identificou que não há diferença significativa entre as distribuições de idade de enfermeiros e outros profissionais (p-valor=0,294 do teste de Dunn); também não há diferença significativa entre as distribuições de idade de enfermeiros e médicos (p-valor=0,776 do teste de Dunn), mas as distribuições de idade de médicos e outros profissionais são significativamente distintas (p-valor=0,019 do teste de Dunn). Comparando as estatísticas média e mediana da idade destes dois grupos exibidas na **Tabela 3**, conclui-se que os médicos são significativamente mais velhos que os profissionais do grupo “outros profissionais”.

- os grupos de médicos, de enfermeiros e de outros profissionais se diferem significativamente em relação à distribuição do tipo de vínculo empregatício (p-valor<0,001 do teste Qui-quadrado). Como pode ser visto nas distribuições apresentadas na **Tabela 3,** a principal diferença entre os grupos reside no fato de que, enquanto nos grupos de enfermeiros e de outros profissionais, a maioria é CLT; no grupo de médicos a maioria trabalha como Pessoa Jurídica.
- os grupos de médicos, de enfermeiros e de outros profissionais se diferem significativamente em relação à distribuição do turno de trabalho (p-valor=0,008 do teste exato de Fisher). Comparando as proporções apresentadas na Tabela 3 observa-se que a principal diferença reside nas proporções de profissionais que trabalham no período diurno no grupo de médicos (n=32, 54,2%) e no grupo de outros profissionais, que é significativamente maior (n=25, 89,3%);
- os grupos de médicos, de enfermeiros e de outros profissionais se diferem significativamente em relação à distribuição fator “Tem outro vínculo empregatício” (p-valor=0,002 do teste Qui-quadrado). Comparando as proporções apresentadas na Tabela 3 verifica-se que a maioria dos participantes de todas as categorias (médicos n=51, 86,4%; enfermeiros n=24, 54,5% e outros profissionais n=19, 67,9%) têm outro vínculo empregatício;
- os grupos de médicos, de enfermeiros e de outros profissionais se diferem significativamente em relação à distribuição de carga horária total de trabalho semanal (p-valor=0,008 do teste de Kruskal-Wallis). A análise post-hoc ao teste de Kruskal-Wallis para a carga horária total de trabalho semanal identificou que não há diferença significativa entre as distribuições de carga horária total de trabalho semanal de enfermeiros e outros profissionais (p-valor=0,632 do teste de Dunn); também não há diferença significativa entre as distribuições de carga horária total de trabalho semanal de enfermeiros e médicos (p-valor=0,159 do teste de Dunn), mas as distribuições de carga horária total de trabalho semanal de médicos e outros profissionais são significativamente distintas (p-valor=0,008 do teste de Dunn). Comparando as estatísticas média e mediana da carga horária total de trabalho semanal dos dois grupos, exibidas na **Tabela 3**, conclui-se que os médicos têm carga

horária total de trabalho semanal significativamente maior que os profissionais do grupo “outros profissionais”.

Tabela 4 – Estatísticas das variáveis quantitativas, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional, Rio de Janeiro, 2024 - 2025.

Variável	Amostra	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	C.V
Idade (anos)	Total	24,0	74,0	**37,0**	39,5	11,1	0,28
	Médicos	24,0	74,0	40,0	42,4	12,8	0,30
	Enfermeiros	25,0	58,0	36,5	38,3	8,4	0,22
	Outros	26,0	62,0	33,0	35,3	9,3	0,26
Número de filhos	Total	0,0	3,0	**0,0**	0,7	0,9	1,29
	Médicos	0,0	2,0	0,0	0,7	0,8	1,14
	Enfermeiros	0,0	3,0	0,0	0,8	1,0	1,32
	Outros	0,0	3,0	0,0	0,5	0,8	1,56
Tempo de trabalho na unidade hospitalar (anos)	Total	2,0	37,0	**6,0**	9,3	8,3	0,90
	Médicos	2,0	37,0	8,0	10,9	10,0	0,92
	Enfermeiros	2,0	27,0	6,0	8,2	6,2	0,76
	Outros	2,0	31,0	4,0	7,5	6,7	0,89
Carga horária semanal de trabalho (total)	Total	12,0	105,0	**50,0**	54,8	16,8	0,31
	Médicos	12,0	105,0	60,0	59,0	17,4	0,29
	Enfermeiros	12,0	96,0	44,0	53,8	16,5	0,31
	Outros	30,0	80,0	44,0	47,6	13,5	0,28

A **Tabela 4** demonstra em termos medianos, que os participantes apresentam 37 anos de idade; nenhum filho; 6,0 anos de trabalho na unidade hospitalar; uma carga horária semanal de trabalho de 50 horas. Pelos valores dos coeficientes de variação, todos maiores que 0,20, nota-se que nenhuma variável quantitativa de caracterização dos participantes apresentava baixa variabilidade na amostra total e nos subgrupos determinados pela categoria profissional.

4.2 Análise do instrumento ProQOL-IV/BR

A **Tabela 5** exibe a distribuição de frequências dos escores dos domínios “Satisfação por Compaixão”, “Fadiga por Compaixão” e “Síndrome de Burnout” do instrumento ProQOL-IV/BR, no global e nos subgrupos definidos segundo a

categoria profissional. O escore do domínio Satisfação por Compaixão “Baixo” (maior ou igual a 27 pontos e menor que 39 pontos) refere-se à classificação de n=71, 54,2% dos participantes. Não há diferença significativa entre as distribuições do escore do domínio “Satisfação por Compaixão” de médicos, enfermeiros e de outras especialidades (p-valor=0,202 do teste de Kruskal-Wallis).

Entre os profissionais participantes deste estudo (n=87, 74,0%) apresentam o escore do domínio “Fadiga por Compaixão” classificados em “Muito Baixo” (maior ou igual a 6 pontos e menor que 11 pontos) e “Baixo” (maior ou igual a 11 pontos e menor que 16 pontos). Não há diferença significativa entre as distribuições do escore do domínio “Fadiga por Compaixão” de médicos, enfermeiros e de outras especialidades (p-valor=0,452 do teste de Kruskal-Wallis).

É típico entre os profissionais participantes deste estudo que o escore do domínio “Síndrome de Burnout” seja “Moderado (maior ou igual a 8 pontos e menor que 11 pontos) ou “Alto” (maior ou igual a 11 pontos e menor que 13 pontos); estas são as classificações do escore do domínio de “Síndrome de Burnout”, os participantes apresentam escore n=45 (34,4%) - “Moderado” (>/= 8 pontos e < que 11 pontos), n=29 (22,1%) – “Alto” e n=23 (17,6%) – “muito Alto”. Não há diferença significativa entre as distribuições do escore do domínio de “Síndrome de Burnout” de médicos, enfermeiros e de outras especialidades (p-valor=0,435 do teste de Kruskal-Wallis).

Tabela 5 – Distribuição de frequências dos escores "Satisfação por Compaixão", "Fadiga por Compaixão" e "Síndrome de Burnout, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional, Rio de Janeiro, 2024-2025.

Escore do domínio	Amostra Total (n=131)		Médicos (n=59)		Enfermeiros (n=44)		Outros (n=28)		p-valor do teste KW comparando os três grupos
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Satisfação por compaixão									
15 |¾ 27 (muito baixo)	26	19,8%	12	20,3%	8	18,2%	6	21,4%	0,202
27 |¾ 39 (baixo)	**71**	**54,2%**	**32**	**54,2%**	**23**	**52,3%**	**16**	**57,1%**	
39 |¾ 51 (moderado)	29	22,1%	13	22,0%	10	22,7%	6	21,4%	
51 |¾ 63 (alto)	5	3,8%	2	3,4%	3	6,8%	0	0,0%	
63 |¾| 75 (muito alto)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Fadiga por compaixão									
6 |¾ 11 (muito baixo)	**49**	**37,4%**	**20**	**33,9%**	**16**	**36,4%**	**13**	**46,4%**	0,452
11 |¾ 16 (baixo)	**48**	**36,6%**	**22**	**37,3%**	**19**	**43,2%**	**7**	**25,0%**	
16 |¾ 21 (moderado)	30	22,9%	15	25,4%	7	15,9%	8	28,6%	
21 |¾ 26 (alto)	4	3,1%	2	3,4%	2	4,5%	0	0,0%	
26 |¾| 30 (muito alto)	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	
Síndrome de Burnout									
3 |¾ 6 (muito baixo)	13	9,9%	3	5,1%	6	13,6%	4	14,3%	0,435
6 |¾ 8 (baixo)	21	16,0%	12	20,3%	3	6,8%	6	21,4%	
8|¾ 11 (moderado)	**45**	**34,4%**	**20**	**33,9%**	**18**	**40,9%**	**7**	**25,0%**	
11 |¾ 13 (alto)	**29**	**22,1%**	**11**	**18,6%**	**10**	**22,7%**	**8**	**28,6%**	
13 |¾| 15 (muito alto)	**23**	**17,6%**	**13**	**22,0%**	**7**	**15,9%**	**3**	**10,7%**	

A **Tabela 6** exibe as estatísticas dos escores dos domínios “Satisfação por Compaixão”, “Fadiga por Compaixão” e “Síndrome de Burnout” do instrumento ProQOL-IV/BR, no global e nos subgrupos definidos segundo a categoria profissional.

A partir dos coeficientes de variação (C.V), todos maiores que 0,20 e menores que 0,40, conclui-se que todos os escores, na amostra global e em todo os subgrupos apresentam moderada variabilidade. É típico entre os profissionais participantes deste estudo que o escore do domínio “Satisfação por Compaixão” seja “Baixo” (maior ou igual a 27 pontos e menor que 39 pontos); esta é a classificação do escore do domínio “Satisfação por compaixão” de 54,2% dos participantes.

Na análise da Tabela 6, o teste de Kruskal Wallis não acusou diferença significativa entre as distribuições dos escores dos três subgrupos (médicos, enfermeiros e outros profissionais). Logo conclui-se que “Satisfação por Compaixão”, “Fadiga por Compaixão” e “Síndrome de Burnout” não são associados às categorias de profissional de saúde consideradas neste estudo.

Tabela 6 – Estatísticas dos escores dos domínios “Satisfação por Compaixão”, “Fadiga por Compaixão” e “Síndrome de Burnout”, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional, Rio de Janeiro, 2024-2025.

Escore do Domínio	Amostra	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	C.V
Satisfação por Compaixão	Total	19,0	56,0	34,0	34,2	8,2	0,24
	Médicos	19,0	56,0	34,0	34,2	8,1	0,24
	Enfermeiros	22,0	56,0	35,0	35,6	8,7	0,24
	Outros	19,0	47,0	31,0	31,9	7,4	0,23
Fadiga por Compaixão	Total	6,0	25,0	12,0	12,5	4,4	0,35
	Médicos	6,0	25,0	12,0	13,0	4,2	0,33
	Enfermeiros	6,0	25,0	12,0	12,3	4,7	0,38
	Outros	6,0	20,0	11,5	11,9	4,5	0,38
Síndrome de Burnout	Total	3,0	15,0	10,0	9,6	3,0	0,32
	Médicos	4,0	15,0	10,0	10,0	3,0	0,30
	Enfermeiros	3,0	15,0	10,0	9,6	3,1	0,32
	Outros	3,0	15,0	8,5	9,0	3,1	0,34

Tabela 7 – Análise da associação dos escores domínios "Satisfação por Compaixão", "Fadiga por Compaixão", "Síndrome de Burnout" com variáveis qualitativas, Rio de Janeiro, 2024 – 2025.

Variável	Satisfação por Compaixão			Fadiga por Compaixão			Síndrome de Burnout		
	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP
Sexo									
Feminino	34,0	34,0	7,8	12,0	12,7	4,4	9,5	9,6	3,0
Masculino	34,0	34,5	8,9	12,0	12,2	4,6	10,0	9,7	3,1
p-valor do teste de Mann Whitney*		0,932			0,553			0,902	
Estado Civil Casado									
Não	32,0	32,6	8,3	12,0	12,7	4,9	10,0	9,8	2,9
Sim	35,5	35,4	8,1	12,0	12,3	4,1	9,5	9,5	3,1
p-valor do teste de Mann Whitney*		**0,044**			0,942			0,796	
Escolaridade									
Graduação	32,5	32,7	6,2	12,0	12,2	4,5	9,0	8,8	3,2
Especialização	34,0	34,6	8,4	12,0	12,7	4,6	10,0	10,1	2,9
Mestrado ou Doutorado	37,0	34,4	10,1	11,0	11,8	3,7	8,5	8,8	3,2
p-valor do teste de Kruskal-Wallis*		0,687			0,715			0,060	
Tipo de vínculo Empregatício									
CLT	33,0	33,9	8,1	12,0	12,1	4,4	9,0	9,3	3,0
Pessoa Jurídica	34,0	34,8	8,5	13,0	13,4	4,4	10,0	10,4	2,9
p-valor do teste de Mann Whitney*		0,589			0,123			0,155	
Trabalha no período noturno									
Não	33,0	33,5	7,6	12,0	12,5	4,4	9,0	9,3	2,9
Sim	35,0	35,5	9,3	11,0	12,5	4,6	10,0	10,3	3,2
p-valor do teste de Mann Whitney*		0,360			0,956			0,147	
Tem outro vínculo									
Não	32,0	34,5	8,3	12,0	11,9	4,7	10,0	9,4	3,1
Sim	34,0	34,1	8,2	12,0	12,7	4,3	9,0	9,7	3,0
p-valor do teste de Mann Whitney*		0,810			0,194			0,971	

*p-valor do teste comparando as distribuições do escore das categorias da variável

A **Tabela 7** analisa a associação dos escores domínios "Satisfação por Compaixão", "Fadiga por Compaixão" e "Síndrome de Burnout" com variáveis qualitativas (Sexo, Estado Civil, Escolaridade, Tipo de Vínculo, Turno de Trabalho e Outro Vínculo Empregatício). Para tal, as distribuições dos escores em cada categoria da variável qualitativa são comparadas. Foram consideradas junções das categorias destas variáveis qualitativas para melhorar a performance dos testes de significância estatística.

Os resultados exibidos na Tabela 7 mostram que:

- O escore “Satisfação por Compaixão” não está associado ao sexo do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Satisfação por Compaixão” nos grupos feminino e masculino (p-valor=0,932 do teste e Mann-Whitney);
- O escore “Fadiga por Compaixão” não é associado ao sexo do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Fadiga por Compaixão” nos grupos feminino e masculino (p-valor=0,553 do teste de Mann-Whitney);
- O escore “Síndrome de Burnout” não é associado ao sexo do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Síndrome de Burnout” nos grupos feminino e masculino (p-valor=0,902 do teste de Mann-Whitney);
- O escore “Satisfação por Compaixão” está associado ao Estado Civil do profissional, ou seja, há diferença significativa entre as distribuições do escore “Satisfação por Compaixão” nos grupos de casados e não casados (p-valor=0,044 do teste de Mann-Whitney). Comparando as estatísticas média e mediana dos dois grupos, conclui-se que os profissionais casados têm escores de “Satisfação por Compaixão” significativamente maiores que os não casados.
- O escore “Fadiga por Compaixão” não é associado ao Estado Civil do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Fadiga por Compaixão” nos grupos de casados e não casados (p-valor=0,715 do teste de Mann-Whitney).
- O escore “Síndrome de Burnout” não é associado ao Estado Civil do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Síndrome de Burnout” nos grupos de casados e não casados (p-valor=0,060 do teste de Mann-Whitney).
- O escore “Satisfação por Compaixão” não é associado à escolaridade do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Satisfação por Compaixão” nos três grupos definidos pela escolaridade (p-valor=0,687 do teste de Kruskal-Wallis);
- O escore “Fadiga por Compaixão” não é associado à escolaridade do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do

escore “Fadiga por Compaixão” nos três grupos definidos pela escolaridade (p-valor=0,715 do teste de Kruskal-Wallis);

- O escore “Síndrome de Burnout” não é associado à escolaridade do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Sindrome de Burnout” nos três grupos definidos pela escolaridade (p-valor=0,060 do teste de Kruskal-Wallis);
- O escore “Satisfação por Compaixão” não é associado ao tipo de vínculo empregatício, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Satisfação por Compaixão” nos grupos que trabalham por CLT e por Pessoa Jurídica (p-valor=0,589 do teste e Mann-Whitney);
- O escore “Fadiga por Compaixão não é associado ao tipo de vínculo empregatício, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Fadiga por Compaixão” nos grupos que trabalham por CLT e por Pessoa Jurídica (p-valor=0,123 do teste de Mann-Whitney);
- O escore “Síndrome de Burnout” não é associado ao tipo de vínculo empregatício, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Síndrome de Burnout” nos grupos que trabalham por CLT e por Pessoa Jurídica, (p-valor=0,155 do teste de Mann-Whitney). Destaca-se que no cenário do estudo os vínculos empregatícios entre as classes não estão em conflito.
- O escore “Satisfação por Compaixão” não é associado ao fator “trabalhar em período noturno”, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Satisfação por Compaixão” nos grupos de profissionais que não trabalham e que trabalham no período noturno (p-valor=0,360 do teste e Mann-Whitney);
- O escore “Fadiga por Compaixão não é associado ao fator “trabalhar em período noturno”, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Fadiga por Compaixão” nos grupos de profissionais que não trabalham e que trabalham no período noturno (p-valor=0,956 do teste de Mann-Whitney);
- O escore “Síndrome de Burnout” do ponto de vista estatístico, não está associado ao fator “trabalhar em período noturno”, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Síndrome de Burnout” nos

grupos de profissionais que não trabalham e que trabalham no período noturno (p-valor=0,147 do teste de Mann-Whitney);

- O escore “Satisfação por Compaixão” não é associado ao fator “ter outro vínculo empregatício”, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Satisfação por Compaixão” nos grupos de profissionais que não têm e que têm outro vínculo empregatício (p-valor=0,810 do teste e Mann-Whitney);
- O escore “Fadiga por Compaixão não é associado ao fator “ter outro vínculo empregatício”, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Fadiga por Compaixão” nos grupos de profissionais que não têm e que têm outro vínculo empregatício p-valor=0,194 do teste de Mann-Whitney);
- O escore “Síndrome de Burnout” não é associado ao fator “ter outro vínculo empregatício”, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Síndrome de Burnout” nos grupos de profissionais que não têm e que têm outro vínculo empregatício (p-valor=0,971 do teste de Mann-Whitney);

A **Tabela 8** analisa a correlação dos escores dos domínios “Satisfação por Compaixão”, “Fadiga por Compaixão” e “Síndrome de Burnout” com variáveis quantitativas e/ou ordinais do estudo (Idade, Número de filhos, Tempo de trabalho na unidade hospitalar, carga horária semanal de trabalho, frequência com que comunica notícias tristes). Além do valor do coeficiente de correlação de ordem de Spearman, a Tabela 10 exibe o p-valor do teste de significância do coeficiente de correlação. Nenhuma correlação forte (com valor absoluto maior que 0,7) foi encontrada.

Tabela 8 - Análise de correlação dos escores domínios "Satisfação por Compaixão", "Fadiga por Compaixão" e "Síndrome de Burnout" com variáveis quantitativas e/ou ordinais do estudo, Rio de Janeiro, período 2024 -2025.

Correlação p-valor	Escore do dominio SC	Escore do dominio FC	Escore do dominio BO
Escore do dominio SC	1,00	0,41 0,000	0,41 0,000
Escore do dominio FC	0,41 0,000	1,00	0,57 0,000
Escore do dominio BO	0,41 0,000	0,57 0,000	1,00
Idade	0,14 0,109	0,07 0,442	-0,04 0,661
Número de filhos	0,11 0,206	0,02 0,864	0,06 0,508
Tempo de trabalho na Unidade Hospitalar (anos)	0,13 0,134	0,07 0,398	-0,02 0,803
Carga horária semanal de trabalho	0,02 0,847	0,09 0,297	0,09 0,318

Conclui-se que os escores **"**Satisfação por Compaixão", "Fadiga por Compaixão" e "Síndrome de Burnout" não são correlacionados entre si, nem com alguma outra com variável quantitativa e/ou ordinal do estudo.

4.3 Análise do instrumento Maslach Burnout Inventory (MBI)

Tabela 9 – Distribuição de frequências dos escores "Exaustão Emocional", "Despersonalização" e "Envolvimento de Trabalho" e da classificação de Burnout segundo MBI, na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional.

Escore do domínio	Amostra Total (n=131)		Médicos (n=59)		Enfermeiros (n=44)		Outros (n=28)		p-valor do teste KW comparando os três grupos
	F	%	F	%	F	%	F	%	
Exaustão emocional									
1 |¾ 16 (baixo)	19	14,5%	11	18,6%	3	6,8%	5	17,9%	0,778
16 |¾ 26 (médio)	34	26,0%	16	27,1%	10	22,7%	8	28,6%	
26 |¾| 52 (alto)	**78**	**59,5%**	**32**	**54,2%**	**31**	**70,5%**	**15**	**53,6%**	
Despersonalização									
0|¾ 3 (baixo)	36	27,5%	18	30,5%	8	18,2%	**10**	**35,7%**	0,931
3 |¾ 9 (médio)	**50**	**38,2%**	**19**	**32,2%**	**18**	**40,9%**	**13**	**46,4%**	
9 |¾| 19 (alto)	**45**	**34,4%**	**22**	**37,3%**	**18**	**40,9%**	5	17,9%	
Envolvimento Pessoal do Trabalho									
8|¾ 34 (alto)	**65**	**49,6%**	**26**	**44,1%**	**28**	**63,6%**	**11**	**39,3%**	0,804

Escore do domínio	Amostra Total (n=131)		Médicos (n=59)		Enfermeiros (n=44)		Outros (n=28)		p-valor do teste KW comparando os três grupos
	F	%	F	%	F	%	F	%	
34 |¾ 43 (médio)	**49**	**37,4%**	**26**	**44,1%**	11	25,0%	**12**	**42,9%**	
43 |¾| 48 (baixo)	17	13,0%	7	11,9%	5	11,4%	5	17,9%	
Burnout segundo MBI									
Sem burnout	25	19,1%	11	18,6%	6	13,6%	8	28,6%	0,101
Tendência	**46**	**35,1%**	**24**	**40,7%**	11	25,0%	**11**	**39,3%**	
Indicativo	**60**	**45,8%**	**24**	**40,7%**	**27**	**61,4%**	**9**	**32,1%**	

A **Tabela 9** exibe a distribuição de frequências dos escores dos domínios "Exaustão Emocional", "Despersonalização" e "Envolvimento Pessoal do Trabalho" do instrumento MBI, no global e nos subgrupos definidos segundo a categoria profissional.

É típico entre os profissionais participantes deste estudo que o escore do domínio "Exaustão profissional" seja "Alto" (maior ou igual a 26 pontos e ou igual a 52 pontos); esta é a classificação do escore do domínio de "Exaustão profissional" de 59,5% dos participantes. Não há diferença significativa entre as distribuições do escore do domínio de "Exaustão profissional" de médicos, enfermeiros e de outras profissionais (p-valor=0,778 do teste de Kruskal-Wallis).

É característico entre os profissionais participantes deste estudo que o escore do domínio "Despersonalização" seja "Médio" (maior ou igual a 3 pontos e menor que 9 pontos) ou "Alto" (maior ou igual a 9 pontos e menor que 19 pontos); estas são as classificações no escore do domínio de "Despersonalização" de 72,6% dos participantes. Não há diferença significativa entre as distribuições do escore do domínio de "Despersonalização" de médicos, enfermeiros e de outros profissionais (p-valor=0,931 do teste de Kruskal-Wallis).

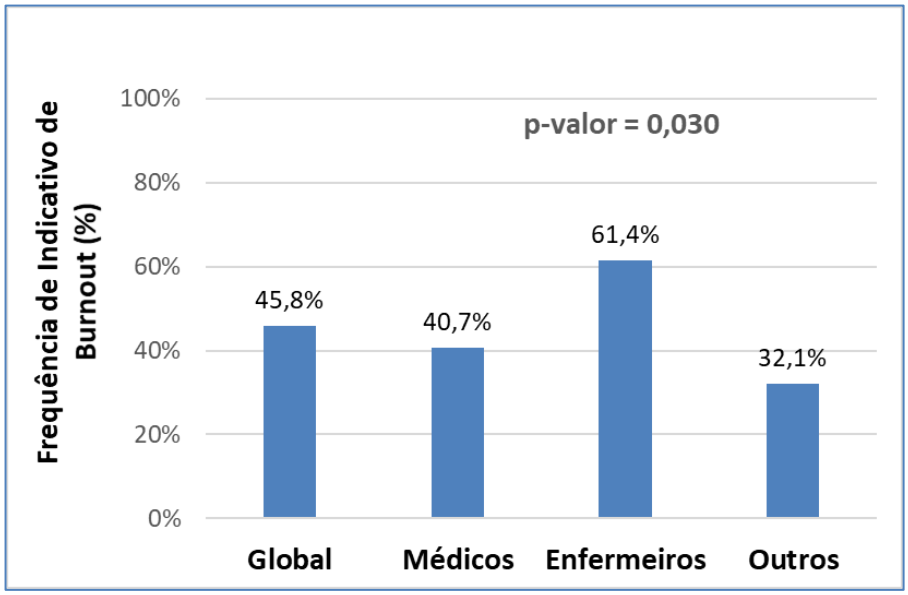
E, entre os participantes deste estudo que o escore do domínio de "Envolvimento Pessoal do Trabalho" seja "Alto" (maior ou igual a 8 pontos e menor que 34 pontos) ou "Médio" (maior ou igual a 34 pontos e menor que 43 pontos); totaliza a classificação 87,0% dos participantes. Não há diferença significativa entre as distribuições do escore do domínio de "Envolvimento Pessoal do Trabalho" de médicos, enfermeiros e de outras especialidades (p-valor=0,804 do teste de Kruskal-Wallis).

Em relação aos profissionais participantes deste estudo que apresentam indicativo de Burnout ou tendência a Burnout, estas são as classificações segundo MBI de 45,8% e 35,1% dos participantes, respectivamente. Não há diferença significativa entre as distribuições das três classificações de Burnout de médicos, enfermeiros e de outras especialidades (p-valor=0,101 do teste de Kruskal-Wallis).

Entretanto, se compararmos as frequências de indicativo de Síndrome de Burnout nos três grupos, ou seja, se considerarmos somente duas classificações "Não tem indicativo de Síndrome de Burnout" e "tem indicativo de Burnout", o teste Qui-Quadrado acusa diferença significativa entre os três grupos (p-valor=0,030).

Conclui-se que a frequência de Síndrome de Burnout no grupo de enfermeiros (61,4%) é significativamente maior do que a frequência de Síndrome de Burnout no grupo de médicos (40,7%) e no grupo de outros profissionais (32,1%). A comparação destas proporções pode ser vista na Figura 7.

Figura 7. Frequências de Indicativo de Burnout segundo MBI na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional.



A **Tabela 10** exibe as principais estatísticas dos escores dos domínios "Exaustão Emocional", "Despersonalização" e "Envolvimento Pessoal do Trabalho" do instrumento MBI, no global e nos subgrupos definidos segundo a categoria profissional. A partir dos coeficientes de variação, todos maiores que 0,20 conclui-se

que todos os escores, na amostra global e em todo os subgrupos, apresentam moderada ou alta variabilidade.

Como foi mencionado na análise da **Tabela 10**, o teste de Kruskal-Wallis não identificou diferenças significativas entre as distribuições dos escores dos três subgrupos (médicos, enfermeiros e outros profissionais). Logo, conclui-se que a Exaustão Emocional, a Despersonalização e o Envolvimento Pessoal com o Trabalho não se associam, de forma isolada, às categorias de profissionais de saúde consideradas neste estudo. Entretanto verifica-se uma maior incidência neste cenário, pois a literatura indica que aproximadamente 30% a 32% dos trabalhadores brasileiros sofrem de Síndrome de Burnout, colocando o Brasil entre os países com maior número de casos no mundo, atrás apenas do Japão (Fiocruz, 2025).

Tabela 10 – Principais estatísticas dos escores dos domínios "Exaustão Emocional", "Despersonalização" e "Envolvimento Pessoal do Trabalho", na amostra global e nos subgrupos determinados pela categoria profissional.

Escore do Domínio	Amostra	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão	C.V
Exaustão Emocional	Total	1,0	52,0	29,0	28,3	11,3	0,40
	Médicos	1,0	49,0	27,0	26,2	10,5	0,40
	Enfermeiros	8,0	52,0	33,5	32,7	11,5	0,35
	Outros	7,0	48,0	27,0	25,9	11,1	0,43
Despersonalização	Total	0,0	19,0	6,0	6,5	5,0	0,77
	Médicos	0,0	19,0	6,0	6,5	5,3	0,81
	Enfermeiros	0,0	17,0	7,0	7,6	4,7	0,63
	Outros	0,0	16,0	3,5	4,6	4,3	0,92
Envolvimento Pessoal do Trabalho	Total	8,0	48,0	34,0	33,2	8,6	0,26
	Médicos	9,0	46,0	35,0	34,0	7,6	0,22
	Enfermeiros	9,0	48,0	30,5	30,9	9,2	0,30
	Outros	8,0	47,0	38,0	35,0	9,2	0,26

A **Tabela 11** analisa a associação dos escores dos domínios "Exaustão Emocional", "Despersonalização" e "Envolvimento Pessoal do Trabalho" com variáveis qualitativas (Sexo, Estado Civil, Escolaridade, Tipo de vínculo, turno de trabalho e fator outro vínculo empregatício). Para tal as distribuições dos escores em cada categoria da variável qualitativa são comparadas. Foram consideradas junções

de algumas categorias destas variáveis qualitativas para melhorar a performance os testes de significância estatística.

Tabela 11 – Análise da associação dos escores domínios "Exaustão Emocional", "Despersonalização" e "Envolvimento Pessoal no Trabalho" do Trabalho" com variáveis qualitativas.

Variável	Escore de Exaustão Emocional			Escore de Despersonalização			Escore de Envolvimento Pessoal do Trabalho		
	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana	Média	DP
Sexo									
Feminino	29,5	29,1	11,3	5,0	5,9	4,8	33,0	33,1	9,2
Masculino	29,0	27,1	11,4	7,0	7,4	5,2	34,0	33,3	7,7
p-valor do teste de Mann Whitney*		0,406			0,116			0,919	
Estado Civil Casado									
Não	31,0	29,4	9,3	7,0	7,1	5,3	35,0	34,8	8,2
Sim	27,5	27,5	12,7	5,0	5,9	4,7	32,0	32,0	8,8
p-valor do teste de Mann Whitney*		0,368			0,213			0,085	
Escolaridade									
Graduação	29,0	28,4	12,1	6,0	6,8	4,9	33,5	34,1	7,8
Especialização	30,0	28,5	11,2	7,0	6,9	5,2	33,0	32,8	8,7
Mestrado ou Doutorado	27,0	27,5	11,6	3,0	3,6	2,5	36,5	33,4	9,8
p-valor do teste de Kruskal-Wallis*		0,866			**0,047**			0,746	
Tipo de vínculo Empregatício									
CLT	29,5	28,8	11,5	5,0	6,2	4,8	33,5	33,3	9,0
Pessoa Jurídica	28,0	27,2	11,0	7,0	7,2	5,5	34,0	32,8	7,6
p-valor do teste de Mann Whitney*		0,504			0,364			0,551	
Trabalha no período noturno									
Não	27,0	26,8	11,5	5,0	5,8	4,8	35,0	34,1	8,4
Sim	31,5	31,2	10,7	8,0	7,7	5,1	32,0	31,5	8,9
p-valor do teste de Mann Whitney*		**0,035**			**0,027**			0,086	
Tem outro vínculo									
Não	27,0	27,6	12,7	6,0	6,3	4,7	34,0	33,1	8,1
Sim	30,0	28,6	10,8	5,5	6,5	5,1	33,0	33,2	8,8
p-valor do teste de Mann Whitney*		0,778			0,931			0,804	

*p-valor do teste comparando as distribuições do escore das categorias da variável.

Os resultados exibidos na Tabela 11 mostram que:

- O escore “Exaustão Emocional” não é associado ao sexo do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Exaustão Emocional” nos grupos feminino e masculino (p-valor=0,406 do teste e Mann-Whitney);
- O escore “Despersonalização” não é associado ao sexo do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Despersonalização” nos grupos feminino e masculino (p-valor=0,116 do teste de Mann-Whitney);
- O escore “Envolvimento Pessoal no Trabalho” não está associado ao sexo do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Envolvimento Pessoal no Trabalho” nos grupos feminino e masculino (p-valor=0,919 do teste de Mann-Whitney);
- O escore “Exaustão Emocional” não está associado ao Estado Civil do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Exaustão Emocional” nos grupos de casados e não casados (p-valor=0,368 do teste de Mann-Whitney).
- O escore “Despersonalização” não está associado ao Estado Civil do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Despersonalização” nos grupos de casados e não casados (p-valor=0,213 do teste de Mann-Whitney).
- O escore “Envolvimento Pessoal no Trabalho” não está associado ao Estado Civil do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Envolvimento Pessoal no Trabalho” nos grupos de casados e não casados (p-valor=0,085do teste de Mann-Whitney).
- O escore “Exaustão Emocional” não está associado à escolaridade do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Exaustão Emocional” nos três grupos definidos pela escolaridade (p-valor=0,886 do teste de Kruskal-Wallis);
- O escore “Despersonalização” está associado à escolaridade do profissional, ou seja, há diferença significativa entre as distribuições do escore “Despersonalização” nos três grupos definidos pela escolaridade (p-valor=0,047 do teste de Kruskal-Wallis).

Comparando as estatísticas média e mediana do Escore de Despersonalização dos três grupos exibidas na Tabela 13, conclui-se que os profissionais que possuem curso de Mestrado ou Doutorado apresentam escores de Despersonalização significativamente menores do que os profissionais dos grupos de Graduação e Especialização.

O escore “Envolvimento Pessoal no Trabalho” não está associado à escolaridade do profissional, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Envolvimento Pessoal no Trabalho” nos três grupos definidos pela escolaridade (p-valor=0,746 do teste de Kruskal-Wallis);

- O escore “Exaustão Emocional” não está associado ao tipo de vínculo empregatício, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Exaustão Emocional” nos grupos que trabalham por CLT e por Pessoa Jurídica (p-valor=0,504do teste e Mann-Whitney);
- O escore “Despersonalização não está associado ao tipo de vínculo empregatício, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Despersonalização” nos grupos que trabalham por CLT e por Pessoa Jurídica (p-valor=0,364 do teste de Mann-Whitney);
- O escore “Envolvimento Pessoal no Trabalho” não está associado ao tipo de vínculo empregatício, ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore “Envolvimento Pessoal no Trabalho” nos grupos que trabalham por CLT e por Pessoa Jurídica (p-valor=0,551do teste de Mann-Whitney);
- O escore “Exaustão Emocional” está associado ao fator “trabalhar em período noturno”, ou seja, há diferença significativa entre as distribuições do escore “Exaustão Emocional” nos grupos de profissionais que não trabalham e que trabalham no período noturno (p-valor=0,035 do teste de Mann-Whitney). Comparando as estatísticas média e mediana dos dois grupos, conclui-se que os profissionais que trabalham em período noturno têm escores de “Exaustão Emocional” significativamente maiores que os profissionais que não trabalham em período noturno.
- O escore “Despersonalização” está associado ao fator “trabalhar em período noturno”, ou seja, há diferença significativa entre as distribuições do escore

"Despersonalização" nos grupos de profissionais que não trabalham e que trabalham no período noturno (p-valor=0,027 do teste de Mann-Whitney). Comparando as estatísticas média e mediana dos dois grupos, conclui-se que os profissionais que trabalham em período noturno têm escores de "Despersonalização" significativamente maiores que os profissionais que não trabalham em período noturno.

- O escore "Envolvimento Pessoal no Trabalho" não está associado ao fator "trabalhar em período noturno", ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore "Envolvimento Pessoal no Trabalho" nos grupos de profissionais que não trabalham e que trabalham no período noturno (p-valor=0,086 do teste de Mann-Whitney);
- O escore "Exaustão Emocional" não está associado ao fator "ter outro vínculo empregatício", ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore "Exaustão Emocional" nos grupos de profissionais que não têm e que têm outro vínculo empregatício (p-valor=0,778 do teste e Mann-Whitney);
- O escore "Despersonalização não está associado ao fator "ter outro vínculo empregatício", ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore "Despersonalização" nos grupos de profissionais que não têm e que têm outro vínculo empregatício p-valor=0,931 do teste de Mann-Whitney);
- O escore "Envolvimento Pessoal no Trabalho" não está associado ao fator "ter outro vínculo empregatício", ou seja, não há diferença significativa entre as distribuições do escore "Envolvimento Pessoal" nos grupos de profissionais que não têm e que têm outro vínculo empregatício (p-valor=0,804 do teste de Mann-Whitney);

A **Tabela 12** analisa a correlação dos escores dos domínios "Exaustão Emocional", "Despersonalização" e "Envolvimento Pessoal no Trabalho" com os escores "Satisfação por Compaixão", "Fadiga por Compaixão" e "Síndrome de Burnout" e também com variáveis quantitativas e/ou ordinais do estudo (Idade, Número de filhos, Escolaridade, Tempo de trabalho na unidade hospitalar, carga horária semanal de trabalho, frequência com que comunica notícias tristes, escores dos sentimentos ao comunicar notícias difíceis). Além do valor do coeficiente de correlação de ordem de Spearman.

Tabela 12 – Análise de correlação dos escores domínios "Satisfação por Compaixão", "Fadiga por Compaixão" e "Síndrome de Burnout" com variáveis quantitativas e/ou ordinais do estudo.

Correlação p-valor	Escore de Exaustão Emocional	Escore de Despersonalização	Escore de Envolvimento Pessoal do Trabalho
Escore de Exaustão	1,00	0,41	-0,32
Emocional		0,000	0,000
Escore de	0,41	1,00	-0,21
Despersonalização	0,000		0,018
Escore de Envolvimento	-0,32	-0,21	1,00
Pessoal do Trabalho	0,000	0,018	
Escore do dominio SC	0,31	0,27	-0,47
	0,000	0,002	0,000
Escore do dominio FC	0,38	0,20	-0,22
	0,000	0,019	0,011
Escore do dominio BO	0,60	0,35	-0,24
	0,000	0,000	0,005
Idade	-0,16	-0,24	0,00
	0,067	0,006	0,966
Número de filhos	0,03	-0,04	-0,12
	0,701	0,649	0,182
Tempo de trabalho na	-0,11	-0,24	-0,11
Unidade Hospitalar (anos)	0,215	0,005	0,211
Escolaridade	-0,03	-0,16	-0,01
	0,708	0,069	0,902
Carga horária semanal de	0,09	0,12	-0,03
trabalho	0,297	0,172	0,715
Frequência com que	-0,03	-0,16	-0,01
comunica notícias difíceis	0,708	0,069	0,902

A **Tabela 12** exibe o p-valor do teste de significância do coeficiente de correlação. Nenhuma correlação forte (com valor absoluto maior que 0,7) foi encontrada.

Conclui-se que os escores "Exaustão Emocional", "Despersonalização" e "Envolvimento Pessoal no Trabalho" não são correlacionados entre si, não são correlacionados com os escores "Satisfação por Compaixão", "Fadiga por Compaixão" e "Síndrome de Burnout" e nem são correlacionados com alguma outra com variável quantitativa e/ou ordinal do estudo.

5 DISCUSSÃO

A distribuição dos participantes, através de frequências das variáveis sociodemográficas e profissionais, foi analisada no grupo global e nos subgrupos, segundo a categoria profissional. O perfil sociodemográfico e profissional dos participantes deste estudo reflete tendências amplamente documentadas na literatura brasileira sobre a força de trabalho em saúde.

Profissionais predominantemente do sexo feminino (61,1%) confirma a tendência de feminização das profissões de cuidado, especialmente nas áreas da enfermagem, psicologia, fisioterapia, fonoaudiologia e serviço social.

Lopes (2005) destaca que essa realidade decorre de construções socioculturais que associam o cuidado à figura feminina, refletindo-se na composição das equipes em unidades hospitalares. De forma similar, dados do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2020) mostram que mais de 85% da força de trabalho na enfermagem é composta por mulheres predominância foi também observada nesse estudo.

A amostra do estudo apresenta uma distribuição etária concentrada nas faixas de 24 anos e acima de 38 anos (51,1%), refletindo uma combinação de profissionais em início e em estágios mais avançados da carreira. A predominância de indivíduos casados ou em união estável (56,5%) e sem filhos (55,7%) está em consonância com outros estudos que apontam que profissionais de saúde frequentemente adiam a constituição familiar em função da alta carga de trabalho e das exigências da profissão (Lima *et al.*, 2020).

A elevada escolaridade, com 64,9% dos participantes tendo especialização, 12,2% mestrado e 1,5% doutorado, reflete o perfil de um corpo profissional qualificado, característica comum entre trabalhadores de instituições hospitalares de maior complexidade, como hospitais filantrópicos ou universitários (Silva *et al.,* 2019).

Quanto ao vínculo empregatício, observa-se que a maioria possui contrato CLT (71,8%) e atua predominantemente no período diurno (64,9%), embora uma parcela significativa trabalhe em ambos os turnos (28,2%) ou exclusivamente à noite (6,9%). Essa distribuição reforça a tendência de sobrecarga laboral, especialmente entre aqueles que acumulam turnos, o que está diretamente associado ao risco de burnout e fadiga por compaixão (Trindade *et al*., 2021). O tempo de trabalho na

unidade hospitalar concentra-se em profissionais com 2 anos ou mais de 7 anos de atuação (51,1%), o que pode indicar tanto estabilidade quanto possível desgaste acumulado, aspectos frequentemente explorados em estudos sobre saúde ocupacional.

Outro dado relevante é que 71,8% dos profissionais possuem outro vínculo empregatício, 76,3% trabalham entre 36 e 72 horas semanais. Esses indicadores evidenciam uma carga horária elevada, compatível com o fenômeno da "pluriempregabilidade" comum entre profissionais da saúde, especialmente em contextos de remuneração insuficiente e alta demanda institucional, o que agrava os riscos psicossociais (Carvalho *et al*., 2020; Mininel *et al*., 2011).

Quanto à comunicação de notícias difíceis, observou-se que os médicos são os que mais frequentemente realizam essa prática (81,3%), seguidos pelos enfermeiros (63,6%). Já os demais profissionais de saúde indicaram frequência reduzida ou eventual na realização dessa atividade. Essa diferença está de acordo com a atribuição clínica historicamente conferida ao médico, cuja formação tradicionalmente contempla aspectos técnicos e comunicacionais voltados para o enfrentamento de situações críticas (Buzanello; Giacomini, 2017).

No entanto, uma abordagem centrada apenas no profissional médico pode ser limitada, visto que a literatura defende uma atuação multiprofissional compartilhada nesse processo (Rodrigues *et al.,* 2018).

O menor envolvimento e participação de outras categorias na comunicação de notícias difíceis pode estar relacionada tanto à ausência dessa função em suas atribuições formais quanto à falta de preparo emocional e técnico. Bastos, Costa e Guimarães (2019) ressaltam que a formação em saúde ainda apresenta lacunas quanto ao ensino sistemático das habilidades comunicacionais.

A capacitação contínua, especialmente no contexto hospitalar, é fundamental para garantir um cuidado mais humanizado e reduzir os impactos emocionais associados ao sofrimento empático constante, que podem levar à Fadiga por Compaixão (Trindade *et al*., 2021).

Assim, os achados do presente estudo reforçam a necessidade de políticas institucionais e programáticas de saúde pública voltadas à saúde mental dos trabalhadores da saúde, além da valorização de práticas formativas permanentes que contemplem habilidades de comunicação, trabalho em equipe e autocuidado, especialmente em contextos de alta demanda e complexidade emocional.

Na análise obtida com os dados do instrumento **ProQOL-IV/BR** foi identificado baixo índice de Satisfação por Compaixão o escore nesse domínio foi de 54,2% entre os profissionais participantes e não houve diferença significativa deste domínio entre as categorias profissionais.

A Satisfação por Compaixão refere-se as vivências satisfatórias e sentimentos positivos derivados do ato de ajudar e da recompensa dos esforços para prestar uma assistência adequada que promovem o bem-estar também aos profissionais na esfera do cuidado (Saura, 2023).

Em estudo realizado por Souza (2015), com profissionais de saúde que atuavam em unidade de terapia intensiva usando o mesmo instrumento foi encontrado baixo/moderado índice de Satisfação por Compaixão em 63,1% dos participantes. E, de acordo com Batalha *et al*., (2020), os achados da pesquisa demonstraram que 46,8% dos profissionais de saúde apresentaram nível médio de Satisfação por Compaixão, evidenciando um equilíbrio moderado entre o envolvimento empático no cuidado e o bem-estar emocional gerado por esse vínculo, diferentemente dos resultados obtidos neste estudo.

A literatura aponta que a baixa Satisfação por Compaixão está relacionada a aspectos emocionais e a despersonalização durante a atividade laboral, impactando negativamente tanto a vida pessoal quanto a qualidade de vida profissional (Erkorkmaz; Dogu; Cinar, 2013; Violim Fabri, 2021).

Tanaka (2020) ao apresentar os fatores como irritabilidade, ansiedade, depressão e o tempo de serviço associados à baixa Satisfação por Compaixão e desenvolvimento de Síndrome de Burnout *,* destaca a influência significativa na qualidade de vida profissional dos trabalhadores da saúde, semelhantes aos resultados encontrados neste estudo.

Em estudo desenvolvido na Turquia (2013), por Erkorkmaz, Dogu, Cinar com uma amostra de 131 enfermeiros demonstrou que os níveis de Satisfação por Compaixão foram de (29,78 ± 9,02). E detectou-se que a Síndrome de Burnout em enfermeiros afetou negativamente a Satisfação por Compaixão e a percepção de sucesso individual.

No entanto, contrariamente, em estudo quantitativo com enfermeiros da atenção básica realizado por Fernandez Haddad *et al*. (2021), constataram que,

embora a maioria apresentasse níveis moderados de Satisfação por Compaixão, muitos relataram cansaço e desgaste emocional.

Neste cenário de pesquisa identificou-se que os índices de Fadiga por Compaixão foram muito baixo em 37,4% e baixo em 36,6% dos participantes, não apresentando associação ao sexo, estado civil, nível de escolaridade, tipo de vínculo empregatício, o que se diferencia de dados apresentados por Lopes; Barbosa (2020) ao afirmarem que os profissionais de saúde são mais vulneráveis à ocorrência de Fadiga por Compaixão, não apenas porque lidam diretamente com pessoas em sofrimento, mas também porque a empatia e a compaixão são elementos essenciais para a realização eficaz de suas atividades.

Ao contrário do presente estudo, uma pesquisa transversal realizada com profissionais de enfermagem de dois hospitais gerais e de referência na África, aproximadamente 50% da equipe de enfermagem apresentara alto nível de Fadiga por Compaixão, os autores atribuem as ineficiências do sistema de saúde do país, as baixas remunerações (muitas das vezes são pagas com atraso), a precariedade das estruturas físicas e a falta de gerenciamento dos serviços (Kabunga *et al.,* 2021).

Em estudo realizado por Barbosa *et al.* (2014) em 5 hospitais públicos de referencia no estado da Paraíba aponta que 22,5% da amostra composta por profissionais da equipe multidisciplinar apresentou indícios da Fadiga por Compaixão, especialmente, apresenta semelhança com esta pesquisa ao abordar diferentes grupos de profissionais assistenciais.

Silva *et al.* (2024) desenvolveu um estudo no Corpo de Bombeiros Militar de Alagoas (CBMAL), onde 31,5% dos participantes apresentaram algum grau de Fadiga por Compaixão, sendo que 24,6% sintomas leves e 1,3% sintomas altos. Além da Fadiga por Compaixão, os dados apontaram que 53,4% manifestaram algum grau de Síndrome de Burnout, esses achados sugerem uma prevalência significativa desses sintomas entre os profissionais de resgate, assistência e cuidado com similariidade com o presente estudo.

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 (Lago, 2013).

Dados do presente estudo demosntram que o escore exaustão emocional e

despersonalização estão associados ao trabalho noturno com escores significativamente mais altos o que, pelo MBI, indica síndrome de burnout para estes profissionais. Cabe ressaltar, no entanto, que 61,4% dos enfermeiros apresentaram indicativo de síndrome de burnout.

Esse dado está em conformidade com o estudo de Vidotti (2018), que analisou 502 profissionais de enfermagem em uma instituição hospitalar filantrópica e verificou níveis de Síndrome de Burnout significativamente maiores entre os trabalhadores do turno diurno. Fatores como alta demanda, baixo controle, baixo apoio social, insatisfação, recursos financeiros, ser enfermeiro e sedentarismo foram associados às dimensões da Síndrome de Burnout no turno diurno. Já no grupo de trabalhadores do turno noturno, o baixo apoio social, a insatisfação com o sono e com o lazer, ter filhos, não possuir religião e menor tempo de atuação na instituição estiveram significativamente relacionados a maiores propensos a apresentar elevados níveis da Síndrome de Burnout.

Entretanto, no estudo de Silva (2018), publicado na Revista Latino-Americana de Enfermagem, que analisou a relação entre trabalho em turnos e Síndrome de Burnout em equipes de enfermagem, os resultados indicaram que a insatisfação com os padrões de sono esteve associada à alta exaustão emocional entre trabalhadores de ambos os turnos, bem como à alta despersonalização entre os profissionais que atuavam no turno diurno.

A pesquisa realizada por Santos (2015) em dois hospitais da região de Lisboa utilizando o *Maslach Burnout Inventory* (MBI) corrobora com os resultados da presente, uma vez que os achados indicaram que profissionais que trabalham em turnos rotativos apresentam maior exaustão emocional.

Além disso, em consonância com estudo de Santos (2015), uma pesquisa recente realizada em Taiwan por Zhao (2025) investigou a saúde mental de 224 médicos, no que diz respeito as crescentes demandas e os estressores associados ao ambiente de trabalho na saúde psiquiátrica, especialmente, em contextos de plantões noturnos, indicaram uma associação significativa entre o estresse relacionado ao trabalho noturno e níveis elevados de Síndrome de Burnout, bem como impactos negativos sobre a saúde física e mental dos profissionais.

Ressalta-se, ainda, o papel do apoio social, que demonstrou atenuar parcialmente os efeitos adversos do estresse ocupacional, destacando-se como um fator de proteção essencial nesse contexto. No presente estudo, a Síndrome de

Burnout não apresentou associação estatisticamente significativa com as diferentes categorias profissionais. No entanto, ao analisar os dados segundo a classificação do *Maslach Burnout Inventory* (MBI), observou-se que 45,8% dos participantes apresentaram indicativo de Burnout, enquanto 35,1% demonstraram tendência ao desenvolvimento dessa Síndrome.

Embora não haja diferença significativa entre as distribuições das três classificações de Síndrome de Burnout entre médicos, enfermeiros e outros profissionais de saúde, a frequência de Síndrome de Burnout entre os enfermeiros (61,4%) revelou-se significativamente superior à observada entre médicos (40,7%) e demais especialidades (32,1%). Esses achados indicam uma maior vulnerabilidade da equipe de enfermagem à Síndrome de Burnout, possivelmente relacionada à natureza da função, à sobrecarga assistencial e ao contato constante com o sofrimento humano.

Oliveira (2021), observou em sua pesquisa com profissionais de saúde que atuavam na UTI do hospital Santa Casa de Misericórdia de Araxá-MG, apresentaram alto índice de exaustão emocional (40%), uma baixa despersonalização (60%), e em relação a baixa realização profissional (80%), sendo mais prevalente em relação as demais, relatos que podem estar associados ao aumento da carga horária e jornada dupla de trabalho, tensão,baixa remuneração, e pouco tempo para dormir, que exigem maior controle de suas emoções e que contribuem para o surgimento da Síndrome de Burnout.

Estudos desenvolvidos em diferentes países indicam que os enfermeiros frequentemente enfrentam altos níveis de estresse emocional devido à intensidade do cuidado direto ao paciente, exigências físicas e psicológicas, além de jornadas prolongadas e carga horária extenuante, fatores que contribuem para o desenvolvimento da Síndrome de Burnout (Poncet *et al*., 2007; Wu *et al*., 2020). Assim como, a falta de suporte organizacional e o ambiente de trabalho desgastante podem agravar ainda mais essa condição (Aiken *et al*., 2002; Schaufeli; Enzmann, 1998).

Esses dados reforçam a importância de reconhecer o Burnout como um problema recorrente entre profissionais da saúde, especialmente entre os enfermeiros, que se mostram mais suscetíveis à sobrecarga emocional e às exigências da prática assistencial. No entanto, mais do que uma estatística preocupante, a Síndrome de Burnout representa um risco concreto tanto para os trabalhadores quanto para os

pacientes sob seus cuidados (Vidotti *et al*., 2018).

Deste modo, esses fatores impactam significativamente na qualidade de vida e no bem-estar dos profissionais, podem comprometer suas funções cognitivas e a capacidade de tomada de decisão durante a prestação do cuidado e representar riscos tanto à segurança do trabalhador quanto à do paciente, tornando-se um problema de saúde pública e de gestão hospitalar (Vidotti *et al*., 2018).

Diante disso, é fundamental que os sinais de Síndrome de Burnout sejam identificados precocemente, que medidas de intervenção e suporte sejam implementadas antes que ocorram falhas ou equívocos no cuidado prestado (Vidotti *et al*., 2018).

Na presente pesquisa, os dados obtidos foram particularmente relevantes visto que o domínio da Despersonalização foi identificado em 72,6% dos participantes, sem diferenças estatisticamente significativas entre as categorias profissionais. A Despersonalização, enquanto dimensão da Síndrome de Burnout, manifesta-se pelo desenvolvimento de sentimentos e atitudes negativas em relação ao trabalho, sendo marcada por insensibilidade, cinismo e distanciamento emocional. Muitos estudiosos consideram essa dimensão como um dos primeiros sinais do processo de esgotamento psicológico, pois reflete uma tentativa de defesa psíquica diante da sobrecarga emocional.

De acordo com Zamorano (2024), a Despersonalização ocorre quando o trabalhador adota posturas apáticas e desmotivadas, frequentemente acompanhadas de irritabilidade, perda de empatia e prejuízo nos relacionamentos interpessoais. Ainda segundo o autor, a baixa realização pessoal, outra dimensão do Burnout, costuma vir em seguida, caracterizada por sentimentos de incompetência, frustração com o desempenho profissional e declínio da autoestima.

O escore de “Despersonalização” está significativamente associado ao fator “trabalhar em período noturno**”**, evidenciado por uma diferença estatisticamente significativa entre os grupos de profissionais que atuam e os que não atuam nesse turno (p=0,027, teste de Mann-Whitney). A análise das medidas de tendência central, como média e mediana, indica que os profissionais que trabalham no período noturno apresentam escores mais elevados de Despersonalização.

Esse achado corrobora como estudo de Costa (2010) ao apontar que o trabalho noturno pode afetar negativamente a saúde mental dos trabalhadores da saúde, especialmente por alterar o ritmo circadiano, impactar a qualidade do sono, e

aumentar o estresse e o isolamento social.

A Despersonalização, é um dos três pilares da Síndrome de Burnout, caracteriza-se pelo distanciamento emocional e pela desumanização no trato com os pacientes. Profissionais que trabalham à noite frequentemente enfrentam maior sobrecarga emocional, menor suporte institucional e condições de trabalho mais estressantes, fatores que favorecem esse tipo de resposta psicológica (Silva *et al.,* 2019).

Além disso, os turnos noturnos tendem a ter menos recursos humanos e materiais disponíveis, o que pode intensificar a sensação de impotência e desamparo elementos estes que podem também estar relacionados ao aumento da Despersonalização (Trindade *et al*., 2021).

Benevides (2002) complementa essa perspectiva ao afirmar que a Despersonalização pode funcionar como uma estratégia inconsciente utilizada pelos profissionais para lidar com o estresse emocional cotidiano. Ao adotar um distanciamento afetivo dos pacientes ou usuários, o trabalhador torna as demandas emocionais mais toleráveis, ainda que esse recurso, a longo prazo, acarrete impactos negativos tanto para sua saúde mental quanto para a qualidade do cuidado prestado.

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 profissionais. Neste processo de Despersonalização faz com que os trabalhadores respondam de maneira negativa, calculista e desumanizada perante aqueles que eles atendem. Para a autora existe uma ligação forte entre a exaustão emocional levando a perda gradual de empatia e gerando indiferença em relação ao trabalho que culmina na insensibilidade (Benevides, 2006).

No contexto da Síndrome de Burnout, a Despersonalização assume uma dimensão funcional e psíquica, frequentemente associada à perda gradual de empatia e à indiferença em relação ao trabalho e às pessoas atendidas. Segundo Carlotto e Câmara (2008), esse processo culmina em insensibilidade afetiva e distanciamento excessivo do público que deveria receber cuidados, evidenciando uma defesa psíquica frente à sobrecarga emocional contínua.

As consequências da Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde são amplas e preocupantes, culminando na redução da qualidade de vida, no comprometimento da saúde mental e na diminuição da eficácia no desempenho

profissional, o que impacta negativamente tanto o ambiente institucional quanto o atendimento prestado aos pacientes (Carlotto, Câmara, 2008; Moss *et al*., 2016; Silveira, 2016).

A Desmotivação, a Exaustão Emocional e a Despersonalização não apenas prejudicam o vínculo terapêutico entre profissional e paciente, mas também aumentam a ocorrência de erros assistenciais, absenteísmo e rotatividade no setor da saúde (Maslach, Leiter, 2016).

Esses efeitos têm sido observados globalmente, nos Estados Unidos, por exemplo, uma pesquisa conduzida por Hamidi *et al*. (2018) revelou que 28% dos médicos que apresentavam sintomas de Burnout manifestaram intenção de deixar a profissão e, de fato, 13% o fizeram no período de dois anos, resultando em custos institucionais significativos, que foram estimados entre 15 e 55 milhões de dólares então relacionados à perda de profissionais experientes, necessidade de contratação e treinamento de novos colaboradores, além da sobrecarga sobre as equipes remanescentes.

Tais dados ilustram o impacto financeiro e humano da Síndrome de Burnout e reforçando a urgência da implementação de políticas de prevenção e promoção da saúde mental no ambiente de trabalho (Shanafelt , Noseworthy, 2017).

Portanto, os resultados reforçam a necessidade de estratégias organizacionais que promovam melhores condições de trabalho noturno, incluindo suporte psicológico, gestão de escalas de forma mais humanizada e práticas de cuidado com a saúde mental desses profissionais.

Pode-se considerar como limitação do estudo o próprio cenário de pesquisa com muitas demandas para os profissionais a escassez de pesquisas a respeito desse tema que envolvam profissionais da equipe multidisciplinar.

6 CONCLUSÃO

O presente estudo permitiu verificar a que a Fadiga por Compaixão e a Síndrome de Burnout não apresentam uma correlação direta nesta população e que independe de fatores como idade, sexo, experiência profissional.

Os dados demonstraram que trabalhadores da saúde que compõe a equipe multidisciplinar e que comunicam recorrentemente notícias difíceis desencadeiam baixo e*scor*e de Satisfação por Compaixão, considerando 74,5% correspondente ao grupo de médicos estes apresentam baixo índice (20,3%) e muito baixo (54,2%) de Satisfação por Compaixão, entretanto, da amostra global 3,4% apresentaram alto índice de satisfação por compaixão.

Cabe destacar que neste mesmo grupo global foi observado alto índices de Fadiga por Compaixão (71,2%) e de Burnout (56,5%), não havendo diferença entre a distribuições de domínios.

Deste modo, o presente estudo **comprovou a Tese** de que o contato com o sofrimento gerado pela prática assistencial e a comunicação recorrente de notícias difíceis levam os trabalhadores da saúde a desenvolverem a Fadiga por Compaixão e a Síndrome de Burnout.

Espera-se que os resultados demonstrados auxiliem aos gestores e aos profissionais de saúde na estruturação de políticas de gestão de pessoas e de relações interpessoais existentes num ambiente complexo e repleto de nuances distintas.

A compreensão de fenômenos tais como a comunicação de notícias difíceis, a Fadiga por Compaixão e a Síndrome de Burnout é fundamental para desenvolvimento de estratégias que promovam a saúde no ambiente de trabalho. Isso não contribiu apenas para a melhoraia da qualidade de vida dos profissionais da saúde, mas também para uma prestação de cuidados e assistência em saúde segura, eficaz e humanizada.

Entende-se necessidade de sugerir estratégias que podem ser coletivas e individuais, dentre elas destaca-se o desenvolvimento de habilidades de enfrentamento, o fortalecimento da resiliência, a prática de atividades físicas regulares, técnicas de relaxamento e *mindfulness*, além do incentivo à busca por apoio psicológico quando necessário.

E, ainda, propõe-se intervenções organizacionais que envolvam a promoção de

um ambiente de trabalho saudável, com incentivo ao equilíbrio entre vida profissional e pessoal, reorganização de demandas e rotinas, valorização do trabalho em equipe, oferta de programas de bem-estar e o fortalecimento da cultura de reconhecimento e apoio. A combinação dessas abordagens, de maneira integrada e contínua, potencializa a proteção da saúde mental dos trabalhadores e contribui para a construção de organizações mais sustentáveis e humanas.

Acredita-se que estas estratégias voltadas à qualidade do cuidado e à promoção da segurança em saúde do trabalhador não se limitam à ausência de doença. Elas devem considerar a qualidade das relações laborais, as condições materiais de trabalho, o campo interacional da comunicação e as estratégias de enfrentamento disponíveis.

Além de, estabelecer políticas públicas e práticas organizacionais mais sensíveis aos fatores psicossociais, que promovam autonomia, reconhecimento, suporte institucional e um ambiente comunicativo saudável, são ferramentas essenciais para a prevenção do sofrimento e a promoção do bem-estar no contexto profissional.

Diante do exposto, torna-se relevante a realização de pesquisas futuras que acompanhem e evidenciem o sofrimento gerado pela prática assistencial e a comunicação recorrente de notícias difíceis, o que pode propiciar a Fadiga por Compaixão e a Síndrome de Burnout nos integrantes da equipe de saúde multidisciplinar em diferentes cenários.

REFERÊNCIAS

ABENDROTH, M. **Predicting the risk of compassion fatigue: an empirical study of hospice nurses**. Tallahassee, Flórida: The Florida State University, 2005.

ALBORNOZ, S. **O que é trabalho**. 6 ed. São Paulo: Editora Brasiliense, 2004.

Agência Brasil. **Afastamento por síndrome de burnout cresceu 1.000% em relação a 2014.** *C2024.* Disponível em: https://agenciabrasil.ebc.com.br/saude/noticia/2024-08/afastamento-por-sindrome-de-burnout-cresceu-1000.

AIKEN, L. H. *et al*. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. ***JAMA***, Chicago, v. 288, n. 16, p. 1987-1993, 2002.

Åkerstedt, T. Shift work and disturbed sleep/wakefulness. **Occupational Medicine**, v. 53, n. 2, p. 89–94, 2003.

ANGLAD, D. **Patient safety culture, compassion fatigue, compassion satisfaction: Impact on nurse-sensitive patient outcomes**. 2014. Tese (Doutorado) – University of Miami, Miami, 2014.

ARAÚJO, I. C.; MENEZES, I. V. **Fadiga por compaixão: os custos do cuidado**. Curitiba: Editora CRV, 2018.

ARAÚJO, J. LEITÃO, A. M. P. A comunicação de más notícias: mentira piedosa ou sinceridade cuidadosa. **Revista HUPE/Cuidados Paliativos**, UERJ, Rio de Janeiro, v.11, n. 2, p. 58-62, 2012.

ASLAN, H.; ERCI, B.; PEKİNCE, H. Relationship between compassion fatigue in nurses, and work-related stress and the meaning of life. **Journal of Religion and Health**, v. 60, n. 1, p. 1848-60, 2021.

BARBOSA, S. C.; SOUZA, S.; MOREIRA, J. S. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 315-23, 2014.

BASTOS, B. R.; COSTA, S. F.; GUIMARÃES, H. P. Comunicação de más notícias na formação de profissionais de saúde: uma revisão integrativa. **Revista Bioética**, Brasília, DF, v. 27, n. 2, p. 324-334, 2019.

BATALHA, E. *et al.* Satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário em enfermeiros da área hospitalar. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 24, p. 25-33, 2020.

BEHLAU, M; BARBARA, M. **Comunicação consciente. O que comunico quando me comunico.** São Paulo: Revinter, 2022.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. **Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar**

do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BENEVIDES-PEREIRA AMT. MBI - **Maslach Burnout Inventory e suas adaptações para o Brasil.** In: Anais da 32° Reunião Anual de Psicologia; 2001. Rio de Janeiro. 2001.p. 84-85.

BRANCH, C. **Compassion fatigue:** Prevalence among nurses at a midwest pediatric hospital. 2013. Dissertation (Master) – University of Missouri-Saint Louis, Saint Louis, 2013.

BRASIL. Conselho Federal de Medicina. **Resolução n. 1931/09**. Sobre o Código de Ética Médica. Brasília, DF: CFM, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre Diretrizes e normas regulamentadoras estabelecidas em pesquisas e testes em seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de saúde do trabalhador e da trabalhadora**, Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BROCA, P. V.; FERREIRA, M. A. A equipe de enfermagem e a comunicação não verbal. REME. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. 697-702, 2014.

BUCKMAN, R. **How to break bad news: a guide for health care professions**. Baltimore: John Hopkins Press, 1992.

BOURDIEU, P.; PASSERON, J**. A reprodução: elementos para uma teoria do sistema de ensino**. 2 ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 1992.

BUZANELLO, G.; GIACOMINI, M. Comunicação de más notícias: revisão integrativa da literatura. **Revista da Bioética e Direito**, Porto Alegre, v. 13, n. 1, p. 45-60, 2017.

CARLOTTO, M. S.; CAMARA, S. G. Análise fatorial do Maslach Burnout Inventory (MBI) em uma amostra de professores de instituições particulares. **Psicologia em Estudo**, v. 9, n. 3, p. 499-505, 2004.

CARLOTTO, M. S.; CÂMARA, S. G**.** Prevenção da síndrome de burnout: uma intervenção cognitivo-comportamental**. Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 21, n. 1, p. 11-18, 2008.

CARPES, A. D. *et al*. **Construção do conhecimento interdisciplinar em saúde. Disciplinarum Scientia**, v. 13, n. 2, p. 145-151, 2012.

CASTRO, C. S. A. A. *et al*. Síndrome de *burnout* e engajamento em profissionais de saúde: um estudo transversal. **Revista Brasileira de Terapia Intensiva**, v. 32, n. 3, p. 381-390, 2020.

CAVALCANTE, J. L. *et al*. Estresse ocupacional dos funcionários de uma universidade pública. **Enfermagem em Foco**, v. 10, n. 4, p. 108-115, 2019.

CARVALHO, P. R. C. **Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal:** Tradução e adaptação cultural da escala “professional quality of life 5”. 2011. 106f. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) – Instituto de Ciências da Saúde, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal, 2011.

CLAUDINO, D. T. F. *et al*. O impacto de programas de qualidade de vida no trabalho em tempos de crise. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 17, p. 1-14, 2021.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução Nº 564/2017.** Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Brasília, DF: COFEN, 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Perfil da enfermagem no Brasil.** Brasília, DF: COFEN; Fiocruz, 2020.

CORIOLANO-MARINUS, M. W. L. *et al.* Comunicação nas práticas em saúde: revisão integrativa da literatura**. Saúde e Sociedade,** São Paulo, v. 23, n.4, p.1356-69, 2014.

COSTA, G. Shift work and health: current problems and preventive actions. **Safety and Health at Work**, v. 1, n. 2, p. 112-23, 2010.

DEAN-GOMES, T. **Compaixão e natureza social: fundamentos evolutivos do cuidado**. Brasília: Editora Humanidades, 2022.

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 5 ed. São Paulo: Cortez, 1999.

DE WAAL, F. *A et al.* **A era da empatia: lições da natureza para uma sociedade mais gentil**. Rio de Janeiro: Zahar, 2009.

D’OLIVEIRA, C. A. *et al*. Teaching work routine: challenges to nursing professors in contemporary times. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 54, e03577, 2020.

ERKORKMAZ, U; DOGU, O; CINAR, N. The relationship between burnout, self-esteem and professional life quality of nurses**. J Coll Physicians Surg Pak**, v. 28, n. 7, p. 549-53, 2018.

FERREIRA, L. R; ARTMANN, E. Discursos sobre humanização: profissionais e usuários em uma instituição complexa de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n. 5, p. 1437-50, 2018.

FABRI, N. V. *et al.* Satisfação, fadiga por compaixão e fatores associados em enfermeiros da atenção básica. **Enfermeria Global**, n. 68, p. 302-312, 2021.

FIGLEY, C. R. The transmission of trauma. In: FIGLEY, C. R. **Compassion fatigue:** coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Taylor; Francis Group, 1995.

FIGLEY, C. R. Compassion fatigue: psychotherapists' chronic lack of self care**.**

Journal of Clinical Psychology, v. 58, n. 11, p. 1433-41, 2002.

FONTES, F. F., Herbert J. Freudenberger and the making of burnout as a psychopathological syndrome. **Memorandum**, Belo Horizonte: UFMG, v.37, 2020.

FIORIN, J. L. **Elementos de análise do discurso.** 12. ed. São Paulo: Contexto, 2020.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Classificação da OMS para síndrome de burnout passa a valer no Brasil.** c2025. Disponível em: https://portal.fiocruz.br/noticia/classificacao-da-oms-para-sindrome-de-burnout-passa-valer-no-brasil

GALEA, S.; MERCHANT, R. M.; LURIE, N. The mental health consequences of COVID-19 and physical distancing: The need for prevention and early intervention. **JAMA Internal Medicine**, v.180, n. 6, p. 817-818, 2020.

GILBERT, P. **A mente compassiva: uma nova abordagem para os desafios da vida**. São Paulo: M. Books, 2009.

GOBBI, M. B. Comunicação de más notícias: um olhar da Psicologia. **Diaphora**, v. 9, n. 1, p. 66-69, 2020.

GOMES, C. M. *et al.* Saúde do trabalhador: aspectos históricos, avanços e desafios no Sistema Único de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 23, n. 6, p. 1963-70, 2018.

GOMES, L. O. **A política de educação permanente para trabalhadores/as da atenção primária à saúde do Distrito Federal.** 2024. 107 f. Dissertação (Mestrado em Política Social) – Universidade de Brasília, Brasília, 2024.

GÓMEZ-URQUIZA, J. L. *et al*. Prevalence of burnout syndrome in emergency nurses: a meta-analysis. **Critical Care Nurse**, v. 37, n. 5, 2017.

HAMIDI, M. S. *et al.* Estimating institutional physician turnover attributable to self-reported burnout and associated financial burden: a case study. **BMC Health Services Research**, v. 18, n. 851, 2018.

HIRSCHLE, A. L. T. ; GONDIM, S. M. G. Estresse e bem-estar no trabalho : Uma revisão de literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 25, n. 7, p. 2721-36, 2020.

International Stress Management Association. **"Burnout –30% sofrem do tipo de estresse mais devastador".** ISMA Brasil, 2022.

JARRUCHE, L. T.; MUCCI, S. Síndrome de burnout em profissionais da saúde: revisão integrativa. **Revista Bioética**, v. 29, n. 1, p. 162-173, 2021.

JAZAIERI, H. *et al.* Enhancing Compassion: A Randomized Controlled Trial of a Compassion Cultivation Training Program. **Journal of Happiness Studies,** v. 14, n. 4, 2012.

JILOU, V. *et al*. Fatigue due to compassion in health professionals and coping

strategies: a scoping review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 74, n. 5, e 20190628, 2021.

JUDA, M., VETTER, C., ROENNEBERG, T. Chronotype modulates sleep duration, sleep quality, and social jet lag in shift-workers. **Journal of Biological Rhythms,** v. 28, n. 2, p. 141–151, 2013.

KABUNGA *et a*l., Prevalence and contextual factors associated with compassion fatigue among nurses in northern Uganda. **PLOS ONE**, v. 27, p. 1-11, 2021.

KECKLUND, G., AXELSSON, J. Health consequences of shift work and insufficient sleep**. BMJ: British Medical Journal***,*** v. 355, 2016.

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

LACAZ, F.; A.; BERNARDO, M. H.; JORGE, M. S. M. Saúde e trabalho: cenários, impasses e desafios na pandemia de COVID-19. **Saúde em Debate,** Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 6-19, 2020.

LAGO, K.; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. **Estudos de Psicologia**, v. 18, n. 2, p. 213-221, 2013.

LAGO, K. C. **Fadiga por compaixão: Quando ajudar**. 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2008.

LAMARCA, I. C. A.; SENISE, R. **Trabalho em Saúde, Desigualdades e Políticas Públicas.** Brasília: COFEN, 2014.

LEMES, A. G. *et al.* Estresse e ansiedade em trabalhadores de enfermagem no âmbito hospitalar**. Journal of Nursing and Health**, v. 5, n. 1, p. 27-37, 2015.

LIMA, A. P. C., SILVA, M. R., NASCIMENTO, J. C. Fatores associados à saúde mental de profissionais de saúde em ambiente hospitalar. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional,** v. 45, e1, 2020.

LOPES, R. E. A feminização das profissões da saúde e os desafios do reconhecimento profissional. **Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 13, n. 2, p. 433-447, 2005.

LOPES, A. R. M.; SOARES, T. B. Anomalias semânticas na comunicação jornalística: algumas implicações interpretativa. **Gestadi – Revista do Grupo de Estudo de Análise do Discurso,** v. 2, n. 2, 2024.

LOPES, D. F.; SANTOS, R. B.; GIOTTO, A. C. Síndrome de Burnout e os seus efeitos sobre a vida dos profissionais de enfermagem da urgência e emergência. **Revista de Iniciação Científica e Extensão**, v. 3, n. 1, p. 350-359, 2020.

MANUAL MSD. **Transtorno de estresse pós-traumático (TEPT).** MSD Manuals – Versão Profissional, 2023.

MANDARINI, M. B.; STICCA, M. G. Fatores de risco psicossocial relacionados ao estresse em trabalhadores terceirizados: uma revisão. **Psicologia e Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 13, n. 1, p. 12-21, 2019.

MASLACH, C**. Burnout: The cost of caring**. Cambridge: Malor Books, 1999.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. Annual Review **Psychology**, v. 52, p. 397-422, 2001.

MASLACH, C.; LEITER, M. P**. Burnout at work: A psychological perspective**. New York: Psychology Press, 2016.

MEDRONHO, R. A., BLOCH, K. V., LUIZ, R.R.; WERNECK, G.L. **Epidemiologia.** São Paulo: Atheneu, 2009.

MELO, D. R.; CARLOTTO, M. S. Estratégias de enfrentamento e prevenção do burnout em profissionais de saúde**. Revista Brasileira de Saúde Ocupacional,** v. 42, p. 2, 2017.

MELO, A. S.; A, T. M.; BARROS, K. V. S. de. Síndrome de Burnout em profissionais da Rede de Atenção Primária à Saúde**. Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2565–2576, 2019.

MELO, L. P.; CARLOTTO, M. S. Programa de prevenção para manejo de estresse e Síndrome de Burnout para bombeiros: relato de experiência de uma intervenção. **Estudos de Psicologia**, v. 22, n. 1, p. 99–108, 2017.

MERHY, G.W. S. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, G. W. S.; ONOCKO, R. **Agir em saúde: um desafio para o público.** São Paulo: Hucitec, 1997. p. 71–112.

MESSIAS, E *et al*., Loss of meaning at work associated with burnout risk in academic medicine. **South Medical Journal**, v. 114, n. 3, p. 139–143, 2021.

MINAYO-GÓMEZ, C.; BRANT, L. C**.** Dispositivos de transformação do sofrimento em adoecimento numa empresa. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v. 28, n. 3, p. 554–567, 2008.

MININEL, V. A., BAPTISTA, P. C. P., FELLI, V. E. A. Cargas de trabalho, doenças e presenteísmo entre trabalhadores de enfermagem. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 19, n. 3, p. 554-561, 2011.

MOSS, M.; GOOD, V. S.; GATTI, L.; ANGER, K. Addressing burnout in intensive care unit workers**. Critical Care Medicine**, v. 44, n. 7, p. 1414–1421, 2016.

MURCHO, N. M. *et al*. A relação entre a depressão em contexto laboral e o burnout: um estudo empírico com enfermeiros. **Psicologia, Saúde & Doenças,** v, 10, n. 1, p.

57-68, 2009.

MUNIZ, A.S. *et al*. Níveis de estresse e fatores relacionados em profissionais de saúde da atenção primária: revisão integrativa**. Revista Ciencia e Saude**, v. 13, n. 1, p. 26-34, 2023.

NAJJAR, N*. et al*. Compassion fatigue: A review of the research to date and relevance to cancer-care providers. **Journal of Health Psychology**, v. 14, n. 2, p. 267-277, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Versão final da nova Classificação Internacional de Doenças da OMS (CID11).** Genebra: OMS, 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde***.* 11. ed. Genebra: OMS, 2022.

OLIVEIRA, V. P. S.; SILVA, H. R. Prevalência da síndrome de Burnout entre profissionais de saúde que atuam em unididades de terapia intensiva. **Brazilian Journal of Development,** v.*7,* n. 2, p. 17863-17885, 2021.

OSH. European Agency for safety and Health at Work, 2022. **Psychosocial risks and workers health.**

OLSHANSKY E. What do we mean by compassion and caring in nursing and why does it matter anyway? **Journal of Professional Nursing,** v. 23 n. 5, p. 247-248, 2007.

PACHECO, W. *et al*. A era da tecnologia da informação e comunicação e a saúde do trabalhador. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 3, n. 2, p. 114-22, 2005.

PÊGO, F. P. L.; PÊGO, D. R. Síndrome de Burnout. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 2, p. 171-176, 2016.

PEHLIVAN, T.; GÜNER, P. Compassion fatigue: the known and unknown. **Journal of Psychiatric Nursing,** v. 9, n. 2, 2018, p. 129-34

PEREIRA, C. A. A*. et al*. Fadiga por compaixão, estresse e burnout em profissionais da saúde: uma revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem,** Brasília, DF, v. 73, supl. 1, e 20190372, 2020.

PERNICIOTTI, P*. et al*. Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: atualização sobre definições, fatores de risco e estratégias de prevenção. **SBPH**, v. 23, n. 1, 2020.

PONCET, M. C. et al. Burnout syndrome in critical care nursing staff. **American Journal of Respiratory and Critical Care Medicine,** New York, v. 175, n. 7, p. 698–704, 2007.

PRADO, C. E. P. Estresse ocupacional: causas e consequências. **Revista Brasileira de Medicina do Trabalho,** v. 14, n. 3, p. 285-289, 2016.

PETRILLI, A. S. *et al*. O processo de comunicar e receber o diagnóstico de uma doença grave. **Diagnóstico e Tratamento**, v. 5, n. 1, p. 35-39, 2000.

RIBEIRO, C. V. S.; LEDA, D. B. O significado do trabalho em tempos de reestruturação produtiva. **Estudos de Psicologia**, v. 4, n. 2, 2004.

RODRIGUES, C. C. F. M.; SANTOS, V. E. P; SOUSA, P. Patient safety and nursing: interface with stress and Burnout Syndrome. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 5, p. 1083-1088, 2017.
RODRIGUES, G. S*. et al*. Comunicação de más notícias: percepções e experiências da equipe de saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação,** Botucatu, v. 22, n. 65, p. 1191-1202, 2018.

RUDIGER, F. **As teorias da comunicação**. Porto Alegre: Editora Penso, 2011.

RUDOW, B. Stress and Burnout in the Teaching Profession: European Studies, Issues, and Research Perspectives. In: VANDENBERGHE, R.; HUBERMAN, A. M. **Understanding and Preventing Teacher Burnout:** A Sourcebook of International Research and Practice. Cambridge: Cambridge University Press, 2010.

SALSTON, M.; FIGLEY, C. R. Secondary traumatic stress effects of working with survivors of criminal victimization. **Journal of Trauma Stress**, v. 16, n. 2, p. 167-174, 2003.

SALMANI-NODOUSHAN, M. A. Linguagem e socialização? É tudo uma questão de sociossemiótica. **Revista Italiana di Filosofia del Linguaggio**, v. 15, n. 2, 2022.

SANTOS, P. G. **O estresse e a síndrome de burnout em enfermeiros bombeiros atuantes em unidades de pronto-atendimento (UPAS)**. 2010. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

SANTOS, C. A. M. dos. **Burnout nos profissionais de saúde de dois hospitais da região de Lisboa: estudo comparativo**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2015

SANTOS,C.C.A. *et al***.** Assessment of psychosocial aspects of work in Brazil in the context of worker health: a scoping review. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional,** v. 49, 2024.

SANTOS, A. G. **Fadiga por compaixão, satisfação por compaixão e síndrome de Burnout em profissionais de enfermagem**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Universidade Federal de Alagoas, Maceió, 2018.

SAURA ,A.P.N.S*. et al.,*Fadiga por Compaixão em profissionais oncológicos: revisão integrativa. **Revista Bioética,** v. 31, e3073, 2023.

SCHAUFELI, W. B.; ENZMANN, D. **The burnout companion to study and**

practice: a critical analysis. London: Taylor , Francis, 1998

SHANAFELT, T. D.; NOSEWORTHY, J. H**.** Executive leadership and physician well-being: nine organizational strategies to promote engagement and reduce burnout. **Mayo Clinic Proceedings**, v. 92, n. 1, p. 129-146, 2017.

SILVA, R. A. **Introdução à linguística.** Recife: Editora da UFPE, 2021.

SILVA, A. E.; SOUSA, P. A.; RIBEIRO, R. F. Communication of bad news: perception of physicians working in oncology. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 8, e2482, 2018.

SILVA, L., C.; SALLES, T. L. F. O estresse ocupacional e as formas alternativas de tratamento. **Recape,** p. 234-247, 2016.

SILVA, R. M. *et al*. Estresse ocupacional entre profissionais da saúde: uma revisão integrativa**. Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 72, n. 2, p 463-70, 2019.

SILVEIRA, P. A. **O significado moral da compaixão: objeções e contra objeções** / Peri Alexander da Silveira.- 2022.

SILVEIRA, A.L.P. *et al*. Síndrome de Burnout: consequências e implicações de uma realidade cada vez mais prevalente na vida dos profissionais de saúde. **Rev Brasileira de Medicina do Trabalho**, v. 14, n. 3, p. 275-84, 2016.

SINGER, T.; KLIMECKI, O. Empatia e compaixão. **Current Biology**, v. 24, n. 18, p. 875-878, 2014.

SOUZA, P. C.; SCATENA, J. H. G. Condições de trabalho em hospitais do mix público-privado do Sistema Único de Saúde no Estado de Mato Grosso. **Revista de Administração em Saúde**, v. 16, n. 62, p. 33-40, 2014.

STAMM, B. H. **The concise ProQOL manual**. 2 ed. Pocatello: Proqol, 2010.

TANAKA, K, Ikeuchi S, Teranishi K, Oe M, Morikawa Y, Konya C. Temperament and professional quality of life among Japanese nurses. **Nursing Open**, v. 7, n. 3, p. 700-710, 2020.

TANURE, B. *et al*. Estresse, doença do tempo: um estudo sobre o uso do tempo pelos executivos brasileiros. **Estudos e Pesquisas em Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 6588, 2014.

TOMASELLO, M. **Uma história natural do pensamento humano**. São Paulo: Martins Fontes, 2014.

TORRES, D. P. R. V. *et al*. Fatores associados à fadiga por compaixão em profissionais de saúde, no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. **Temas em Saúde**, v. 18, n. 3, p. 178-194, 2018.

TRINDADE, L. L.; LIMA, J. S.; GALVÃO, T. F. Síndrome de burnout em profissionais

da saúde: prevalência e fatores associados. **Ciência & Saúde Coletiva,** Rio de Janeiro, v. 26, n. 5, p. 1641-1650, 2021.

TRINDADE, L. L *et al*. Burnout, sofrimento moral e intenção de rotatividade em trabalhadores da saúde. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v. 42, e20200256, 2021.

VELOSO NETO, H. Estratégias organizacionais de gestão e intervenção sobre riscos psicossociais no trabalho. **International Journal on Working Conditions**, n. 9, p. 1-21, 2015.

VIDOTTI, V. *et al*. Burnout syndrome and shift work among the nursing staff**. Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 26, e3022, 2018.

VIOLIM FABRI, N. *et al* . Satisfação, fadiga por compaixão e fatores associados em enfermeiros da atenção básica. **Enfermería Global**, Murcia, v. 20, n. 64, p. 291-323, 2021.

VOGEL, K. P. *et al*. Comunicação de más notícias: ferramenta essencial na graduação médica. **Revista Brasileira de Educação Medica**, v. 43, n. 1, suppl. 1, 2019.

VOLPATO, E. A. Linguagem, construção do sujeito e lugar de fala. **Revista Contraponto**, v. 8, n. 1, 2021.

WATERMAN, A. D.; *et al*., The emotional impact of medical errors on practicing physicians in the United States and Canadá. **Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety,** v. 33, n. 8, p. 467–476, 2007.

WATZLAWICK, P.; BEAVIN, J. H.; JACKSON, D. D. **Pragmática da comunicação humana: um estudo dos padrões, patologias e paradoxos da comunicação humana**. São Paulo: Cultrix, 2005.

WENTZEL, D; COLLINS, A; BRYSIEWICZ, P. An intervention to manage compassion fatigue in oncology nurses in Durban, South Africa. **Health SA Gesondheid,** v. 15, n. 24, 2019.

WILLS, J.; NAIDOO, J**. Foundations for health promotion.** 4. ed. [S.l.]: Elsevier, 2016. ISBN 9780702054440.

WORLD HEALTH ORGANIZATION; INTERNATIONAL LABOUR ORGANIZATION . **Mental health at work:** policy brief. Geneva: WHO, 2022.

WORLD HEALTH ORGANIZATION: **World Health Report 2010: Health for All.** Genebra: WHO, 2010.

WU, Y. *et al*. Prevalence and associated factors of burnout among nurses: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Advanced Nursing,** Oxford, v. 76, n. 9, p. 2384–2397, 2020.

XAVIER, E. A. S.; POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Comunicação de notícias difíceis: Revisão integrativa sobre estratégias de ensino na formação médica. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 12, n. 3, p. 47-61, 2020.

XIE, W. *et al*. The levels, prevalence and related factors of compassion fatigue among oncology nurses: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Clinical Nursing**, v. 30, n. 5-6, p. 615-632, 2021.

ZAMORANO,A.A.,**Transtorno de despersonalização: Aspectos psicossociais e disturbios psiquícosdos profissionais da enfermagem portadores da síndrme de Burnout**. Anais do I Congresso Brasileiro de Saúde Física, Mental e Social (on-line) – Resumos Expandidos.

ZHAO, Y., WANG, W.; LI, J. The Effect of Night Shift Work on Burnout and Physical and Mental Health among Psychiatric Medical Professionals: The Moderating Role of Social Support. **BMC Psychiatry**, 25, Article 67.

APÊNDICE A – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO – LABORAL

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E BIOCIÊNCIAS - DOUTORADO

1. Idade: _____anos

2. Sexo:
   ( ) Masculino ( ) Feminino

3. Estado Civil:
   ( ) Solteiro ( ) Casado/União Estável ( ) Separado/Divorciado ( ) Viúvo

4. Número de filhos: _____

5. Categoria profissional:

   ( ) Assistente Social ( ) Enfermeiro ( ) Fisioterapeuta ( ) Fonoaudiólogo ( ) Nutricionista ( ) Médico ( ) Psicólogo

6. Tempo de trabalho na unidade: _____anos

7. Tem outro vínculo empregatício: ( ) Sim ( ) Não

8. Carga horária semanal de trabalho (total): _____horas

9. Turno de trabalho: ( ) Diurno ( ) Noturno

10. Considerando que notícia difícil significa qualquer informação que influencie negativamente a perspectiva de futuro de uma pessoa ou de sua família, afetando o domínio cognitivo, emocional, comportamental e espiritual (Vogel et al., 2019). Com que frequência comunica notícia difícil na sua prática assistencial?
    ( ) nunca ( ) raramente ( ) eventualmente ( ) frequentemente ( ) sempre

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

UNIRIO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

CAAE :82642024.7.0000.5285

Título da Pesquisa: Fadiga por compaixão e síndrome de Burnout dos profissionais de saúde no contexto da comunicação de notícias difíceis.

Baseada na Resolução 466/12, que versa sobre a ética em pesquisa envolvendo seres humanos. Você está sendo convidado (a) a participar do projeto de pesquisa "**Fadiga por compaixão e síndrome de Burnout dos profissionais de saúde no contexto da comunicação de notícias difíceis**" Para tomar uma decisão informada sobre a sua participação no estudo, é importante que você esteja ciente dos benefícios, dos riscos e as consequências da sua participação. Recomendamos que leia atentamente as informações fornecidas, e discuta quaisquer dúvidas ou questionamentos com o pesquisador responsável ou com a equipe da pesquisa. Após você receber todas as informações e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito caso queira participar do estudo.

Objetivos: Investigar a ocorrência de fadiga por compaixão em profissionais de saúde em um hospital filantrópico; Mensurar prevalência da síndrome de Burnout em profissionais de saúde em um hospital filantrópico; Analisar a existência de fadiga por compaixão e Burnout em profissionais de saúde em um hospital filantrópico.

É fundamental salientar que a sua participação na pesquisa é completamente voluntária, ou seja, você tem a liberdade de escolher se deseja ou não participar desse estudo. Além disso, é importante frisar que a qualquer momento durante o estudo, você pode decidir interromper sua participação sem qualquer obrigação ou necessidade de justificação.

Rubrica do participante ou representante legal

Rubrica do investigador responsável

Seu envolvimento no estudo está inteiramente sob seu controle, e seu direito de retirar seu consentimento a qualquer momento será plenamente respeitado sem lhe causar quaisquer danos ou prejuízo. Queremos que se sinta confortável com sua participação e tomar decisões que considerar adequadas ao longo do processo de pesquisa.

Coleta de Dados: A pesquisa ocorrerá mediante aplicação de 03 (três) instrumentos: o primeiro é o Questionário Sociodemográfico e Laboral, objetivando a caracterização dos participantes da pesquisa; O segundo é o Instrumento de Pesquisa ProQOL-V/BR - qualidade de vida profissional. E, o terceiro compreende a Escala de *Maslach Burnout Inventory (MBI)*

O pesquisador realizará a coleta de dados após autorização e da aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro - UNIRIO.

A coleta de dados será realizada ao longo dos turnos de trabalho dos participantes, em uma sala privativa para não expor o participante da pesquisa, estima-se que o tempo de preenchimento dos instrumentos levará de 30 (trinta) a 40 (quarenta) minutos.

Riscos: Toda pesquisa oferece riscos aos participantes. Nesta pesquisa há um risco mínimo associado a participação dos profissionais da equipe multiprofissional. Todavia, o pesquisador utilizará todos os recursos para a garantia da manutenção do anonimato de suas respostas. Para garantia do sigilo, somente o pesquisador manuseará os dados dos questionários e eles serão identificados apenas por números. Também, as perguntas poderão levar o participante a reviver sentimentos de desconforto, e até mesmo a possibilidade de constrangimento ao falar sobre o tema.

Fica garantido ao participante o direito em não responder qualquer pergunta dos instrumentos, podendo interromper e retirar a sua participação em qualquer etapa da pesquisa.

O participante tem garantido, o direito de solicitar indenização por meio das vias judiciais. Conforme determina a Resolução CNS n° 466 de 2012, será garantido o direito à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa ao participante.

Fica garantido, caso você sofra algum dano decorrente aos riscos previstos na pesquisa, o acompanhamento psicológico. Caso ocorra, o acolhimento será realizado pelo Psicólogo Vírgilio Gomes do Nascimento (CRP 05/16819). Neste caso, você deverá procurar o pesquisador responsável que prontamente, realizara contato com o psicólogo para atendimento por vídeo chamada. Caso haja necessidade, o acompanhamento psicológico será presencialmente com agendamento em horário pré-estabelecido. Vale ressaltar, que todas as despesas são de responsabilidade do pesquisador principal.

Benefícios: Os benefícios do estudo são significativos e estendem para além da compreensão aprofundada sobre a Fadiga por Compaixão e a síndrme de Burnout dos profissionais de saúde no contexto da comunicação de notícias dificeis . O estudo também, terá um papel importante na orientação de futuras pesquisas em saúde do trabalhador, proporcionado informações uteis para o desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas em benefíciodos profissionais da saúde . Além disso, espera- se que os resultados obtidos possam contribuir para a identificação de possíveis medidas preventivas para a Fadiga por Compaixão e a síndrme de Burnout gerando benefícios que podem ter um impacto positivo significativo na saúde e bem-estar dos trabalhadores da equipe multidisciplinar.

Confidencialidade: Os dados serão trabalhados de forma sigilosa, e as informações captadas serão armazenadas em disco rígido protegido por senha. Quanto aos questionários, eles serão armazenados em local fechado e sem a identificação dos participantes. Após cinco anos da publicação da pesquisa, os dados coletados serão destruídos e deletados permanentemente do disco rígido e os questionários serão incinerados.

Rubrica do participante ou representante legal

Rubrica do investigador responsável

Os participantes terão a liberdade de aceitar ou não participar da pesquisa e poderão desistir dela a qualquer momento. Todos os participantes da pesquisa, antes de responderem os instrumentos, serão informados sobre a pesquisa e assinarão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.

Para garantir o anonimato dos participantes, será criado um sistema de codificação organizados por números em ordem crescentes em cada instrumento. Logo, os instrumentos não terão quaisquer informações que possam identificar o nome dos participantes do estudo.

Os participantes da pesquisa serão informados dos seus direitos, acerca da obtenção deinformações de forma clara; oportunidade de esclarecer dúvidas; liberdade de recusa e/ou participação no estudo em qualquer fase da pesquisa; confidencialidade dos seus dados; privacidade; possibilidade de buscar indenização caso seja de alguma forma lesado pela pesquisa e recebimento de uma via do TCLE assinada.

A pesquisa **obedecerá** aos **princípios éticos,** sendo submetida ao Comitê de Ética e Pesquisa-CEP, onde apresentará a Carta de Anuência e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- TCLE. Ainda, ficara garantido aos participantes o acesso aos resultados da Pesquisa, assegurando sua privacidade, a confidencialidade das informações pessoais e anonimato da sua identidade não serão divulgados, os dados serão analisados de forma agregadas e apenas pelo pesquisador. Os resultados obtidos após análise serão divulgados e publicados: na tese, artigos científicos, eventos especializados na temática (aulas, congressos, seminários, dentre outros), capítulos de livros e artigos científicos.

Dúvidas ou Reclamações: A pesquisa será realizada no Hospital Adventista Silvestre Unidade Rio de Janeiro, através do programa de pós graduação em Enfermagem e Biociências, sendo a doutoranda Marcely Ribeiro Lengruber a pesquisadora responsável, sob orientação da Profa. Dra. Joanir Pereira Passos, e coorientadora a Profa. Dra.Sônia Regina de Souza. Estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos nos endereços de e-mail, rlmarcely@yahoo.com e joppassos@hotmail.com.

Caso seja necessário, para maiores esclarecimentos sobre a pesquisa, contate o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, Avenida Pasteur, 296 subsolo do prédio da Nutrição – Urca – Rio de Janeiro – RJ – Cep: 22290-240, no telefone 2542-7796 ou e-mail: cep@unirio.br.

CONSENTIMENTO

Li e entendi o propósito da pesquisa e a importância da minha participação. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas. Ficaram claros para mim quais são as perguntas a serem realizadas, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que, a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo. Entendo que, meu nome não será publicado, e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato. Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa, e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante ele, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.
Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

/ /

Nome e Assinatura do participante — Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao participante indicado acima. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste participante para a participação desta pesquisa.

/ /

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo — Data

Rubrica do participante ou representante legal

Rubrica do investigador responsável

APENDICE C

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Fadiga por compaixão e síndrome de Burnout dos profissionais de saúde no contexto da comunicação de notícias difíceis

Pesquisador: MARCELY RIBEIRO LENGRUBER

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 82642024.7.0000.5285

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 7.276.924

Apresentação do Projeto:

"De uma forma geral, os profissionais de saúde estão expostos, na sua prática diária, a situações estressoras resultantes da atividade laboral ou dos aspectos estruturais do trabalho, vivenciam ou escutam relatos de dor, medo e sofrimento, em especial ao comunicar notícias difíceis, a exposição prolongada desses estressores pode acarretar a fadiga por compaixão e burnout. Objeto: a fadiga por compaixão e a s ndrome de burnout gerados pela comunicação de notícias difíceis. Objetivo: Investigar a ocorrência de fadiga por compaixão em profissionais de saúde em um hospital filantrópico; mensurar prevalência da síndrome de Burnout em profissionais de saúde em um hospital filantrópico; Analisar a existência de fadiga por compaixão e Burnout em profissionais de saúde em um hospital filantrópico. Método: Trata-se de um estudo descritivo, transversal e quantitativo, a ser desenvolvido num hospital filantrópico na cidade do Rio de Janeiro, os participantes serão profissionais de saúde. Os dados serão coletados pela pesquisadora através de três instrumentos: Questionário Sociodemográfico - Laboral, Instrumento de Pesquisa ProQOL - IV/BR e Maslach Burnout Inventory (MBI). Para análise e tratamentos dos dados será empregada estatística descritiva. E serão observados todos os aspectos éticos de pesquisa envolvendo seres humanos."

Objetivo da Pesquisa:

"Investigar a ocorrência de fadiga por compaixão em profissionais de saúde em um hospital filantrópico;Mensurar prevalência da síndrome de Burnout em profissionais de saúde em um hospital filantrópico;Analisar a existência de fadiga por compaixão e Burnout em profissionais de saúde em um hospital filantrópico."

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

"Riscos:

Em atendimento as resoluções 466/2012 e 510/16, nesta pesquisa há um risco mínimo associado a participação dos profissionais da equipe de saúde. Para minimizar a possibilidade de danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano, o pesquisador utilizará todos os recursos para a garantia da manutenção do anonimato das respostas dos participantes e disponibilizará atendimento com agendamento em horário pré-estabelecido.

Vale ressaltar, que todas as despesas são de responsabilidade do pesquisador principal. Benefícios:

Os benefícios do estudo são significativos e se estendem para além da compreensão aprofundada sobre a Fadiga por Compaixão e a síndrome de Burnout dos profissionais de saúde no contexto da comunicação de notícias difíceis . O estudo também, terá um papel importante na orientação de futuras pesquisas em saúde do trabalhador, proporcionado informações uteis para o desenvolvimento de políticas públicas mais efetivas em benefício dos profissionais da saúde . Além disso, espera-se que os resultados obtidos possam contribuir para a identificação de possíveis medidas preventivas para a Fadiga por Compaixão e a síndrome de Burnout gerando benefícios que podem ter um impacto positivo significativo na saúde e bem-estar dos trabalhadores da equipe de saúde."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pendência atendida pela pesquisadora responsável.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Foram incluídos na Plataforma Brasil:
- Informações básicas do projeto;
- Projeto de pesquisa detalhado;
- TCLE;

Folha de rosto;

- Instrumento de coleta;
- Carta de anuência da coparticipante.
- A folha de rosto está preenchida, datada e assinada pelo coordenador do programa.
- Cronograma;
- Orçamento;

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto está de acordo com as Resoluções do CNS n. 466/2012 e n. 510/2016. Portanto, recomenda-se a sua aprovação pelo CEP UNIRIO.

Considerações Finais a critério do CEP:

Prezado(a) Pesquisador(a),

Inserir os relatórios parcial(is) (a cada 6 meses) e final da pesquisa na Plataforma Brasil por meio de Notificação.

Consulte o site do CEP UNIRIO (www.unirio.br/cep) para identificar materiais e informações que podem ser úteis, tais como:

a) Modelos de relatórios e como submetê-los (sub abas "Relatórios" e "Notificações" e aba "Materiais de apoio e tutoriais");

b) Situações que podem ocorrer após aprovação do projeto (mudança de cronograma e da equipe de pesquisa, alterações do protocolo pesquisa; observação de efeitos adversos, ...) e a forma de comunicação ao CEP (aba "Tramitação após aprovação do projeto" e suas sub abas).

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_2379653.pdf	25/11/2024 13:38:25		Aceito

Outros	Carta_pendencias_CEP3.pdf	25/11/2024 13:38:09	Joanir Pereira Passos	Aceito
Outros	DECLARACAOPROFISSIONALassinado.pdf	08/10/2024 14:15:09	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREVISADO.pdf	08/10/2024 14:12:47	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito
Brochura Pesquisa	PROJETOBROCHURA2REVISADO.pdf	08/10/2024 14:11:08	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito
Outros	Cartaatendimentopendenciasassinado.pdf	08/10/2024 14:10:08	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito
Folha de Rosto	FolhaRosto.pdf	26/08/2024 09:51:55	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETOBROCHURA.pdf	10/07/2024 10:50:11	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito
Outros	InstrumentodePesquisaProQOLIVBR.pdf	10/07/2024 10:44:57	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito
Outros	QUESTIONARIOSOCIODEMOGRAFICOLABORAL.pdf	10/07/2024 10:42:19	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaInstutucional.pdf	10/07/2024 10:41:49	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito
Outros	MASLACHBURNOUTINVENTORY.pdf	10/07/2024 10:22:32	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito
Outros	TermoAnuenciaPsicologo.pdf	10/07/2024 10:20:31	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	10/07/2024 09:39:19	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	10/07/2024 09:31:51	MARCELY RIBEIRO LENGRUBER	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIO DE JANEIRO, 09 de Dezembro de 2024.

Assinado por:
Luciana Silva Ferreira
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Pasteur, 296 subsolo da Escola de Nutrição
Bairro: Urca **CEP:** 22.290-240
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2542-7796 **E-mail:** cep@unirio.br

ANEXO 1 – Instrumento de Pesquisa ProQOL – IV/BR

Trabalhar na área de saúde lhe põe em contato direto com a vida das pessoas. Como provavelmente você já sentiu, sua compaixão pelas pessoas eu você atende tem aspectos positivos e negativos. Gostaríamos de fazer algumas perguntas a respeito das suas experiências. Escolha a opção que melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias. **Considere a sua experiência enquanto profissional de saúde (independente do local de trabalho).**

Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	2	3	4	5

q1-Sinto-me feliz.	
q2 Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.	
q3- Sinto-me satisfeito por ser capaz de ajudar as pessoas.	
q4-Sinto-me ligado aos outros.	
q5-. Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.	
q6- Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo.	
q7- Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional.	
q8- Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo.	
q9- Creio que posso ter sido “infectado” pelo estresse traumático daqueles que atendo.	
q10- Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros.	
q11- Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.	
q12- Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.	
q13- Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho.	
q14- Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi.	
q15- Tenho crenças que me sustentam.	
q16- Sinto-me satisfeito por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas eprocedimentos de atendimento.	
q17- Sou a pessoa que sempre desejei ser.	
q18- Sinto-me satisfeito com meu trabalho.	
q19- Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho.	
q20- Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre comopoderia ajudá-los.	
q21- Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu precisoatender.	
q22- Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.	
q23- Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiênciasassustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.	
q24- Estou orgulhoso (a) do que eu posso fazer para ajudar.	
q25- Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.	
q26- Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.	
q27-Ocorre-me que sou bem-sucedido (a) no meu trabalho.	
q30- Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	

ANEXO 2 – MASLACH BURNOUT INVENTORY (MBI)

Há 22 afirmativas relacionadas com o sentimento em relação ao trabalho. Por favor, leia com atenção cada uma das afirmativas e decida se você já se sentiu deste modo em seu trabalho.

Instruções:

Se você nunca teve estes sentimentos, marque um "0" (zero) na afirmativa.

Se você já teve estes sentimentos, indique com que frequência você o sente, escolhendo o número (de 1 a 6) que melhor descreve com que frequência você se sente dessa maneira.

Exemplo: Eu me sinto frustrado com meu trabalho.

Se você nunca sentiu frustração no trabalho, escolha o número "0" (zero).

Se você, raramente, sente-se frustrado no trabalho (poucas vezes por ano, ou menos), escreva o número "1".

Se seus sentimentos de frustração são razoavelmente frequentes (poucas vezes por semana, porém não diariamente),

escreva '5".

	0	1	2	3	4	5	6
FREQUENCIA	**Nunca**	**Algumas vezes ao ano ou menos**	**Uma vez ao ano ou menos**	**Algumas vezes durante o mês**	**Uma vez por semana**	**Algumas vezes durante a semana**	**Todo dia**

DECLARAÇÕES	PONTUAÇÃO	FAIXA DE BURNOUT
Eu me sinto esgotado ao final de um dia de trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	EE
Eu me sinto como se estivesse no meu limite	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto emocionalmente exausto pelo meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto frustrado com o meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Trabalhar diretamente com pessoas me deixa muito estressado	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto esgotado com meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu sinto que estou trabalhando demais no meu emprego	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto cansado quando levanto de manhã e tenho que encarar outro dia de trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Trabalhar com as pessoas o dia inteiro é realmente um grande esforço para mim	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu sinto que os pacientes me culpam por alguns dos seus problemas	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	DP
Eu sinto que trato alguns dos meus pacientes como se eles fossem objetos	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu acho que me tornei mais insensível com as pessoas desde que comecei esse trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu acho que este trabalho está me endurecendo emocionalmente	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu não me importo realmente com o que acontece com alguns dos meus pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu me sinto muito cheio de energia	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	EPT
Eu me sinto estimulado depois de trabalhar lado a lado com os meus pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
No meu trabalho, eu lido com os problemas emocionais com muito calma	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu posso criar facilmente um ambiente tranquilo com os meus pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu sinto que estou influenciando positivamente a vida de outras pessoas através do meu trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu trato de forma adequada os problemas dos meus pacientes	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu posso entender facilmente o que sentem os meus pacientes acerca das coisas	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	
Eu tenho realizado muitas coisas importantes nesse trabalho	(0) (1) (2) (3) (4) (5) (6)	

(EE) Exaustão Emocional; **(DP)** Despersonalização; **(EPT)** Envolvimento Pessoal no Traba.