



UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM ATENÇÃO À SAÚDE

VIVIAN JILOU

**FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: RELAÇÃO COM
RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E HUMANISMO SECULAR**

UBERABA (MG)

2022

VIVIAN JILOU

**FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: RELAÇÃO COM
RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E HUMANISMO SECULAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para a obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões.

Linha de Pesquisa: O Trabalho na Saúde e na Enfermagem.

Eixo Temático: Organização e Avaliação dos Serviços de Saúde; Humanização na Saúde.

UBERABA (MG)

2022

Catálogo na fonte:

Biblioteca da Universidade Federal do Triângulo Mineiro

J56f Jilou, Vivian
Fadiga por compaixão em profissionais de saúde: relação com religiosidade/espiritualidade e humanismo secular / Vivian Jilou.
-- 2022.
179 f. il., tab.

Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) -- Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG, 2022
Orientadora: Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões

1. Fadiga por compaixão. 2. Pessoal de saúde. 3. Humanismo secular. 4. Trabalho. 5. Religiosidade. 6. Espiritualidade. I. Simões, Ana Lúcia de Assis. II. Universidade Federal do Triângulo Mineiro. III. Título.

CDU 613.86

VIVIAN JILOU

**FADIGA POR COMPAIXÃO EM PROFISSIONAIS DE SAÚDE: RELAÇÃO COM
RELIGIOSIDADE/ESPIRITUALIDADE E HUMANISMO SECULAR**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* da Universidade Federal do Triângulo Mineiro como requisito para a obtenção do título de Doutora em Atenção à Saúde.

Aprovada em: _____ de _____ de _____.

Banca examinadora

Profa. Dra. Ana Lúcia de Assis Simões
(Orientadora)
(Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM)

Prof. Dr. Álvaro Avezum Júnior
(Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia/IDPC)

Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart
(Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM)

Prof. Dr. Vanderlei José Haas
(Universidade Federal do Triângulo Mineiro/UFTM)

Profa. Dra. Luana Araújo Macedo Scalia
(Universidade Federal de Uberlândia/UFU)

*Dedico este trabalho,
À **Espiritualidade Superior**, que me orienta, inspira, fortalece e pela oportunidade
de me permitir alcançar mais este objetivo em minha vida.
Aos **meus amados pais, Bahija e Fuad**, por me ensinarem que amar sempre vale a
pena, que me ensinaram a amar a Deus, que me inspiram em minha trajetória. O
amor não morre nunca. Justamente por ser amor, é eterno e eternidade e amor se
incumbem de manter-nos ligados àqueles que partiram deste mundo.
Ao meu querido marido, **Edson**, sem você, eu não teria conseguido. Simplesmente,
amo você.
À minha querida filha, **Sophia**, amor que me inunda, que transborda, que me
transforma e que me presenteou com o título de mãe durante o doutorado.*

AGRADECIMENTOS

Mais uma fase se encerra assim.

Com a certeza da presença do Cristo.

A alegria de ter, ao meu lado, pessoas tão especiais e a esperança de que, juntos, sempre podemos caminhar rumo ao progresso.

Agradeço, acima de tudo, a **Deus** pela vida e por ter me proporcionado a convivência com pessoas maravilhosas.

Agradeço à **minha família**, que simboliza laços eternos de amor, almas em função de aperfeiçoamento e não apenas um pouco de lutas. Em especial, ao meu irmão **João**, pelo companheirismo e pela referência que tenho de homem de bem.

Ao meu querido companheiro **Edson**, nesses 24 anos, construímos materialidades e abstrações únicas. Elencamos importâncias diversas na nossa vida, renunciemos a muitas coisas para conseguirmos alcançar outras que, na nossa visão, nos fariam mais felizes... e fazem. Assim, temos caminhado juntos não apenas nas conquistas materiais, como também na nossa busca de reforma íntima e na elaboração da educação de nossa pequena Sophia, maior representação do nosso amor, a cerejinha do bolo. Que possamos continuar a caminhar lado a lado, como espíritos afins, daqui para a eternidade.

À minha cunhada **Eliane, e suas filhas Rafa e Lulu**, que estiveram comigo nesta caminhada, compartilhando os cuidados da minha pequena, minha gratidão e afeto.

À minha **filha Sophia**, sinônimo de alegria, meu estímulo constante. Um lembrete diário sobre contentamento, gratidão e compromisso.

À minha orientadora, **Profa. Dra. Ana Lúcia**, que confiou em mim e embarcou comigo nessa viagem. Meu reconhecimento, admiração e carinho.

Agradeço aos **profissionais** que se dispuseram a participar desta pesquisa ao compartilharem comigo suas emoções, sentimentos, expectativas, anseios e suas vivências no trabalho em saúde.

Ao **Prof. Dr. Vanderlei José Haas**, pelo acolhimento e generosidade.

À **Profa. Dra. Maria Beatriz Guimarães Ferreira**, pelos ensinamentos e disponibilidade em contribuir com este estudo.

À **Profa. Dra. Luana Araújo Macedo Scalia**, pelos ensinamentos e disponibilidade em contribuir como membro da banca.

À **Profa. Dra. Bethania Ferreira Goulart**, pela disponibilidade e pela valiosa participação na banca de qualificação e defesa.

Ao **Prof. Dr. Álvaro Avezum Júnior**, pela disponibilidade e pela valiosa participação na banca de qualificação e defesa.

Aos **professores** do Programa de Pós-graduação *Stricto sensu* em Atenção à Saúde (UFTM), pelo conhecimento, reflexões e horizontes compartilhados.

Às minhas amigas e companheiras, **Karla Fabiana, Fernanda Silva, Joyce Mara, Lilian Cristina, Neusa da Silva, Luciana Vaz e Jaciara**, pela gentileza, paciência, compreensão e afeto.

Aos meus **colegas doutorandos**, cuja convivência foi prazerosa e estimulante.

Enfim, a todos os meus amigos e familiares que não foram nominalmente citados, porém, não menos importantes.

Sou muito grata a todos vocês.

Muitíssimo obrigada!

“A gente pode morar numa casa mais ou menos, numa rua mais ou menos, numa cidade mais ou menos, e até ter um governo mais ou menos.

A gente pode dormir numa cama mais ou menos, comer um feijão mais ou menos, ter um transporte mais ou menos, e até ser obrigado a acreditar mais ou menos no futuro.

A gente pode olhar em volta e sentir que tudo está mais ou menos...

Tudo bem!

O que a gente não pode mesmo, nunca, de jeito nenhum... é amar mais ou menos, sonhar mais ou menos, ser amigo mais ou menos, namorar mais ou menos, ter fé mais ou menos, e acreditar mais ou menos.

Senão a gente corre o risco de se tornar uma pessoa mais ou menos”.

Chico Xavier

RESUMO

JILOU, V. **Fadiga por compaixão em profissionais de saúde: relação com religiosidade/espiritualidade e humanismo secular**. 2022. 179f. Tese (Doutorado em Atenção à Saúde) – Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2022.

Esta pesquisa teve como objetivo compreender a relação entre a Religiosidade/Espiritualidade e o humanismo secular sobre a Fadiga e a Satisfação por Compaixão, segundo a percepção dos profissionais de saúde, constituída por profissionais de Enfermagem (enfermeiros, técnicos em Enfermagem) e médicos que atuam em setores críticos de um Hospital de Clínicas do Triângulo Mineiro. A trajetória metodológica escolhida foi a pesquisa mista do tipo paralelo convergente. Na primeira etapa, foram coletados os dados qualitativos e, em seguida, os dados quantitativos. Para a abordagem qualitativa, foi utilizada a História Oral de Vida por meio de entrevistas semiestruturadas. Para a abordagem quantitativa, realizou-se um estudo observacional e transversal. A coleta ocorreu entre os meses de fevereiro e julho de 2021. O instrumento para a caracterização dos participantes incluiu variáveis referentes aos dados sociodemográficos, ocupacionais e aos dados religiosos/espirituais. Foram aplicadas as Escalas de Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS-P) e *Professional Quality of Life Scale* (ProQol-BR). A análise e a interpretação de dados, em uma perspectiva qualitativa, foram pautadas em Gomes (2009), cuja modalidade de Análise de Conteúdo foi a Análise Temática. Para a análise dos dados quantitativos, utilizou-se o aplicativo *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0, empregando-se distribuições de frequência absolutas e relativas, medidas resumo de posição (média e mediana), de variabilidade (amplitudes e desvio-padrão), consistência interna (*Alpha de Cronbach*), análise bivariada e análise de regressão linear múltipla. Participaram 231 profissionais na etapa quantitativa e 24 indivíduos na etapa qualitativa. Os resultados da abordagem quantitativa revelaram que: os profissionais que trabalham nas Unidades de Terapia Intensiva apresentam menor Fadiga por Compaixão quando comparados aos dos demais setores; quanto ao tempo de formação em anos, observou-se que quanto maior o tempo de formação, maior a Satisfação por Compaixão; na correlação realizada entre a Satisfação por Compaixão e a idade, observou-se que quanto maior a idade, maior a Satisfação por Compaixão; os profissionais que apresentam sintomas de depressão, ansiedade e

estresse autorreferidos tiveram maior incidência de Fadiga por Compaixão quando comparados aos que não os referiram; na correlação entre os escores de Religiosidade/Espiritualidade e os escores de Fadiga e Satisfação por Compaixão, no domínio correspondente ao Perdão, notou-se uma correlação negativa com a Fadiga por Compaixão, ou seja, quanto menor o perdão, maior a Fadiga por Compaixão; referente à Satisfação por Compaixão, os domínios: Experiências Espirituais Diárias, Valores e Crenças, Perdão, Superação Religiosa/Espiritual, Suporte Religioso e Autoavaliação Global apresentaram correlação positiva com os escores de Religiosidade/Espiritualidade, indicando que quanto maior a Religiosidade/Espiritualidade, maior a Satisfação por Compaixão. Por meio da abordagem qualitativa, identificaram-se, na fala dos colaboradores, a centralidade do trabalho em suas vidas e a oscilação entre a satisfação pelo trabalho e o sofrimento por ele gerado, marcados pela ambivalência em seus discursos, oscilando entre prazer e sofrimento, Fadiga e Satisfação por Compaixão. No que se refere à aliança entre trabalho em saúde e espiritualidade, houve uma predominância sobre a afirmação de que a espiritualidade os auxilia a lidar com os problemas e desconfortos de sua profissão, reconhecendo que a Religiosidade/Espiritualidade influencia o modo como enxergam a vida e a sua visão de mundo, sendo essencial à vida no trabalho. Atitudes positivas de amor, bondade e compaixão são, para eles, comportamentos e ações que independem de vínculo religioso, característico de um indivíduo com consciência humanista. Concluiu-se que o trabalho dos profissionais de saúde transcende os limites da materialidade das enfermarias e das instituições hospitalares, estando vinculado ao compromisso de cuidar de outro ser humano, em todas as suas dimensões, em que a prática da espiritualidade no trabalho em saúde ocorre de maneira mais natural do que perceptível aos olhos. Pode-se dizer que a pessoa com vivência de maior espiritualidade apresenta maior Satisfação por Compaixão e tem menor chance de desenvolver a Fadiga por Compaixão.

Palavras-chave: Fadiga por Compaixão. Religiosidade/Espiritualidade. Humanismo Secular. Profissionais de Saúde. Trabalho.

ABSTRACT

JILOU, V. **Compassion fatigue in health care workers: relationship to religiosity/spirituality and secular humanism.** 2022. 179f. Thesis (Doctorate in Health Care) - Federal University of Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2022.

This research aimed to understand the relationship between Religiosity/Spirituality and secular humanism on Fatigue and Compassion Satisfaction, according to the perception of health professionals, consisting of Nursing professionals (nurses, nursing technicians) and physicians who work in critical sectors of a Clinical Hospital of the Triângulo Mineiro. The methodological path chosen was the mixed research of the convergent parallel type. In the first stage, qualitative data were collected, followed by quantitative data. For the qualitative approach, Oral Life History was used by means of semi-structured interviews. For the quantitative approach, an observational and transversal study was carried out. The collection occurred between the months of February and July 2021. The instrument for the characterization of the participants included variables referring to socio-demographic, occupational, and religious/spiritual data. The Brief Multidimensional Measurement of Religiosity/Spirituality (BMMRS-P) and Professional Quality of Life Scale (ProQol-BR) were applied. The data analysis and interpretation, from a qualitative perspective, were based on Gomes (2009), whose content analysis modality was the Thematic Analysis. For quantitative data analysis, the Statistical Package for the Social Science (SPSS), version 21.0, was used, using absolute and relative frequency distributions, summary measures of position (mean and median), variability (amplitudes and standard deviation), internal consistency (Cronbach's Alpha), bivariate analysis and multiple linear regression analysis. A total of 231 professionals participated in the quantitative stage and 24 individuals in the qualitative stage. The results of the quantitative approach revealed that: professionals who work in Intensive Care Units have lower Compassion Fatigue when compared to those from other sectors; as for the length of education in years, it was observed that the longer the length of education, the higher the Compassion Satisfaction; in the correlation performed between Compassion Satisfaction and age, it was observed that the higher the age, the higher the Compassion Satisfaction; The professionals who have self-reported symptoms of depression, anxiety, and stress had a higher incidence of Compassion Fatigue when compared to those who did not report them; in the correlation between the scores of Religiosity/Spirituality and the scores of Fatigue

and Compassion Satisfaction, in the domain corresponding to Forgiveness, a negative correlation was noted with Compassion Fatigue, that is, the lower the forgiveness, the higher the Compassion Fatigue; regarding Compassion Satisfaction, the domains: Daily Spiritual Experiences, Values and Beliefs, Forgiveness, Religious/Spiritual Overcoming, Religious Support, and Daily Spiritual Experiences showed a positive correlation with Religiosity/Spirituality scores, indicating that the higher the Religiosity/Spirituality, the higher the Compassion Satisfaction. Regarding the alliance between health work and spirituality, there was predominance on the statement that spirituality helps them deal with the problems and discomforts of their profession, recognizing that Religiosity/Spirituality influences the way they see life and their worldview, being essential to life at work. Positive attitudes of love, kindness and compassion are, for them, behaviors and actions that are independent of religious ties, characteristic of an individual with humanistic consciousness. It was concluded that the work of health professionals transcends the limits of the materiality of wards and hospital institutions, being linked to the commitment of caring for another human being, in all its dimensions, in which the practice of spirituality in health work occurs more naturally than is perceptible to the eye. It can be said that the person who experiences more spirituality has greater Compassion Satisfaction and is less likely to develop Compassion Fatigue.

Keywords: Compassion Fatigue. Religiosity/Spirituality. Secular Humanism. Health Care Workers. Work.

RESUMEN

JILOU, V. **Fatiga por compasión en profesionales de la salud: relación con religiosidad/espiritualidad y humanismo secular**. 2022. 179f. Tesis (Doctorado en Salud) – Universidad Federal del Triângulo Mineiro, Uberaba (MG), 2022.

Esta investigación tuvo como objetivo comprender la relación entre la Religiosidad/Espiritualidad y el humanismo secular sobre la Fatiga y la Satisfacción por Compasión, según la percepción de los profesionales de la salud, constituidos por profesionales de Enfermería (enfermeros, técnicos de Enfermería) y médicos que actúan en sectores críticos de un Hospital Clínico del Triângulo Mineiro. La trayectoria metodológica escogida fue la investigación mixta del tipo paralelo convergente. En la primera etapa se recolectaron datos cualitativos, seguidos de datos cuantitativos. Para el abordaje cualitativo se utilizó la Historia Oral de Vida a través de entrevistas semiestructuradas. Para el enfoque cuantitativo se realizó un estudio observacional y transversal. La recolección de datos ocurrió entre febrero y julio de 2021. El instrumento de caracterización de los participantes incluyó variables relacionadas con datos sociodemográficos, ocupacionales y religiosos/espirituales. Se aplicaron las Escalas Breves de Medición Multidimensional de Religiosidad/Espiritualidad (BMMRS-P) y *Professional Quality of Life Scale* (ProQol-BR). El análisis e interpretación de los datos, en una perspectiva cualitativa, fueron guiados por Gomes (2009), cuya modalidad de Análisis de Contenido fue el Análisis Temático. Para el análisis de los datos cuantitativos se utilizó la aplicación *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versión 21.0, utilizando distribuciones de frecuencias absolutas y relativas, medidas resumen de posición (media y mediana), de variabilidad (amplitudes y desviación estándar), consistencia interna (Alfa de Cronbach), análisis bivariado y análisis de regresión lineal múltiple. En la etapa cuantitativa participaron 231 profesionales y en la cualitativa 24 personas. Los resultados del abordaje cuantitativo revelaron que: los profesionales que actúan en Unidades de Cuidados Intensivos tienen menos Fatiga por Compasión en comparación con otros sectores; en cuanto al tiempo de formación en años, se observó que a mayor tiempo de formación, mayor la Satisfacción por Compasión; en la correlación entre Satisfacción por Compasión y edad, se observó que a mayor edad, mayor Satisfacción por Compasión; los profesionales que presentan síntomas de depresión, ansiedad y estrés autorreferidos presentaron mayor incidencia de Fatiga por Compasión cuando comparados a los que no los reportaron; en la

correlación entre los puntajes de Religiosidad/Espiritualidad y los puntajes de Fatiga y Satisfacción por Compasión, en el dominio correspondiente al Perdón, se observó una correlación negativa con la Fatiga por Compasión, o sea, cuanto menor el perdón, mayor la Fatiga por Compasión; En cuanto a la Satisfacción de la Compasión, los dominios: Experiencias Espirituales Cotidianas, Valores y Creencias, Perdón, Superación Religiosa/Espiritual, Apoyo Religioso y Experiencias Espirituales Cotidianas mostraron una correlación positiva con los puntajes de Religiosidad/Espiritualidad, indicando que a mayor Religiosidad/Espiritualidad, mayor es la Satisfacción por Compasión. A través del abordaje cualitativo se identificó en el discurso de los colaboradores la centralidad del trabajo en sus vidas y la oscilación entre la satisfacción con el trabajo y el sufrimiento que este genera, marcados por la ambivalencia en sus discursos, oscilando entre el placer y el sufrimiento, Fatiga y Satisfacción por Compasión. En cuanto a la alianza entre el trabajo de salud y la espiritualidad, predominó la afirmación de que la espiritualidad les ayuda a lidiar con los problemas y malestares de su profesión, reconociendo que la Religiosidad/Espiritualidad influye en su forma de ver la vida y su cosmovisión, siendo esencial para la vida. en el trabajo. Las actitudes positivas de amor, bondad y compasión son, para ellos, conductas y acciones independientes de un vínculo religioso, propias de un individuo con conciencia humanista. Se concluyó que el trabajo de los profesionales de la salud trasciende los límites de la materialidad de las salas e instituciones hospitalarias, vinculándose al compromiso de cuidar a otro ser humano, en todas sus dimensiones, en que la práctica de la espiritualidad en el trabajo en salud se da con más naturalidad. de lo perceptible a simple vista. Se puede decir que la persona con mayor espiritualidad tiene mayor Satisfacción por Compasión y menor probabilidad de desarrollar Fatiga por Compasión.

Palabras clave: Fatiga Compasiva. Religiosidad/Espiritualidad. Humanismo Laico. Profesionales de la Salud. Trabajo.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Projeto Paralelo Convergente.....	55
Figura 2	Fluxograma dos procedimentos básicos na implementação de um projeto convergente.....	56
Figura 3	Diagrama da QVP.....	118

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho.....	77
Quadro 2	Sufrimento e percepção dos profissionais sobre a dor do paciente e familiar.....	79
Quadro 3	Percepções dos profissionais sobre as atitudes humanistas e sua relação com a religiosidade.....	97
Quadro 4	Plano de análise das categorias.....	110

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Caracterização dos profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino, considerando as variáveis sociodemográficas e ocupacionais.....	75
Tabela 2	Caracterização dos profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino, considerando as variáveis religiosas/espirituais.....	76
Tabela 3	Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna das dimensões de R/E entre profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino.....	101
Tabela 4	Distribuição da frequência da dimensão História Religiosa/Espiritual entre profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino.....	101
Tabela 5	Distribuição da frequência da dimensão Comprometimento entre profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino.....	102
Tabela 6	Distribuição dos profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino, considerando a frequência da dimensão Preferência Religiosa.....	103
Tabela 7	Apresentação das medidas de tendência central, variabilidade e consistência interna dos domínios de Fadiga e SC entre profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino.....	104
Tabela 8	Análise bivariada entre a Fadiga e a SC e as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e religiosas/ espirituais dos profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino.....	105
Tabela 9	Análise bivariada entre a Fadiga e a SC e a idade, tempo de formação e carga horária de trabalho dos profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino.....	106
Tabela 10	Resultado da análise de correlações entre os escores de R/E e os escores de Fadiga e SC entre profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino.....	106
Tabela 11	Resultado da análise de regressão linear tendo como desfecho a Fadiga e a SC e os preditores investigados.....	107

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAMC	<i>Association of American Medical Colleges</i>
ANVISA	Agência Nacional de Vigilância Sanitária
BMMRS-P	Escalas de Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/ Espiritualidade
BO	Síndrome de <i>Burnout</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DECs	Descritores em Ciências da Saúde
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
EED	Experiências Espirituais Diárias
FC	Fadiga por Compaixão
FMTM	Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro
GEMCA	Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular
GEP	Gerência de Ensino e Pesquisa
HC	Hospital de Clínicas
HC-UFTM	Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
HOT	História Oral Temática
IAM	Infarto Agudo do Miocárdio
IES	Instituição de Ensino Superior
<i>MESH</i>	<i>Medical Subject Headings</i>
<i>PASS</i>	<i>Power Analysis and Sample Size</i>
PERD	Perdão
<i>ProQol-BR</i>	<i>Professional Quality of Life Scale</i>
PRP	Práticas Religiosas Particulares
QVP	Qualidade de Vida Profissional
R/E	Religiosidade/Espiritualidade
REBEN	Revista Brasileira de Enfermagem
REL ORG	Religiosidade Organizacional
RJU	Regime Jurídico Único
SC	Satisfação por Compaixão
<i>SPSS</i>	<i>Statistical Package for the Social Science</i>
SUP R/E	Superação Religiosa/Espiritual
SUP REL	Suporte Religioso
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFTM	Universidade Federal do Triângulo Mineiro

UIH	Unidade Infecção Hospitalar
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
UTR	Unidade de Terapia Renal
V/C	Valores/Crenças

SUMÁRIO

	PREÂMBULO.....	21
1	INTRODUÇÃO.....	23
1.1	QUESTÃO NORTEADORA.....	27
2	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	29
2.1	ARTIGO - FADIGA POR COMPAIXÃO NO CONTEXTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO.....	30
3	OBJETIVOS.....	52
3.1	OBJETIVO GERAL.....	52
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	52
4	MATERIAIS E MÉTODOS.....	54
4.1	DELINEAMENTO DE ESTUDO.....	54
4.1.1	Abordagem qualitativa.....	56
4.1.2	Abordagem quantitativa.....	58
4.2	LOCAL.....	58
4.3	PARTICIPANTES E AMOSTRA.....	59
4.4	COLETA DE DADOS.....	61
4.4.1	Primeira fase: fase exploratória e delimitação do estudo.....	61
4.4.2	Segunda fase: coleta das informações.....	61
4.4.3	Instrumentos para a coleta de dados quantitativos.....	65
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	68
4.5.1	Abordagem qualitativa.....	68
4.5.2	Abordagem quantitativa – análise estatística.....	70
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	71
5	RESULTADOS.....	73
5.1	CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES.....	73
5.2	RESULTADO DA PESQUISA QUALITATIVA.....	77
5.3	RESULTADO DA PESQUISA QUANTITATIVA.....	100
5.3.1	Escala de Medida Multidimensional Breve de R/E.....	100
5.3.2	Escala ProQol IV.....	103
5.3.3	Influência de variáveis sociodemográficas, ocupacionais e religiosas/espirituais sobre a Fadiga e a SC.....	104
5.3.4	Análise de Regressão Linear Múltipla.....	107
6	DISCUSSÃO.....	109
6.1	TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: SENTIDOS E SIGNIFICADOS.....	111
6.2	TRABALHO EM SAÚDE: ENTRE A SATISFAÇÃO E A FC.....	115

6.3	ESPIRITUALIDADE E HUMANISMO SECULAR: INTERFACES DO TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE.....	123
6.3.1	Comportamento dos profissionais de saúde perante a espiritualidade.....	125
6.3.2	Treinamento em cuidados espirituais.....	129
6.3.3	Relação entre Fadiga e SC e a espiritualidade.....	132
6.3.4	Bem-estar espiritual e Consciência Humanista.....	136
7	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	141
	REFERÊNCIAS.....	145
	APÊNDICES.....	155
	APÊNDICE A - Instrumento de Coleta de Dados Qualitativos – Entrevista Semiestruturada.....	155
	APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – etapa qualitativa.....	156
	APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – etapa quantitativa.....	158
	ANEXOS.....	160
	ANEXO A - Artigo publicado na REBEN.....	160
	ANEXO B - Texto do <i>e-mail</i> de convite.....	171
	ANEXO C - Obtenção de dados dos participantes.....	172
	ANEXO D - Escala de medida multidimensional breve de religiosidade/ espiritualidade (BMMRS-P).....	173
	ANEXO E - Escala <i>Professional Quality of Life Scale</i> (PROQOL-BR)...	179

PREÂMBULO

Nesta seção, considero importante me colocar como alguém portadora de uma história e que, ao mesmo tempo, promove a história de outros e a sua própria. Uma profissional de saúde e pesquisadora, integrante da sociedade, a percorrer a sua trajetória de vida permeada por concepções de mundo, de vida e de sonhos.

Faz tempo que não início um texto escrito em primeira pessoa, que traz minhas vivências e reflexões a partir do encontro entre a pesquisa e a pesquisadora. Não consigo encontrar uma maneira melhor de iniciar senão como os Irmãos Grimm.

Era uma vez, alguns anos atrás, na cidade de Aleppo (Síria), vivia um casal muito corajoso e amoroso, com três filhos, sendo eu a filha caçula. Os meus pais decidiram deixar o seu país e realizar uma “pequena” viagem e uma grande jornada, junto a outros familiares, pela notícia do grande e acolhedor ambiente das terras brasileiras. Somos de um país árabe, de maioria islâmica, porém, somos uma família cristã. Viemos ao Brasil no ano de 1981 por meio do convite de meu tio Alexandre, que nos reapresentou Jesus Cristo sob a ótica da doutrina espírita.

Desse modo, o interesse em realizar esta pesquisa surgiu pelo sincero desejo em aliar saúde e espiritualidade. Como pesquisadora, este trabalho esteve ligado à minha vida e às minhas escolhas. Reflete minha visão de mundo e responde a exigências de ordem pessoal, científica, social e espiritual. Nesse sentido, a partir das minhas vivências profissionais e das sistematizações científicas em torno da temática trabalho e sofrimento psíquico, vieram algumas das motivações para esta pesquisa, dentre as quais a necessidade do aprofundamento teórico e da inserção da espiritualidade de modo a contribuir para o meu desenvolvimento profissional que, certamente, será refletido no meu trabalho e na minha carreira.

E aqui estou, no processo de produção desta pesquisa, reconstruindo minha própria história, refletindo, revendo conceitos, buscando descobrir o que está posto na literatura sobre Fadiga e Satisfação por Compaixão, humanismo secular e Religiosidade/Espiritualidade e, por meio de uma nova perspectiva, ao final, deixar minha pequena contribuição.

*“E eu digo que a vida é mesmo escuridão exceto quando existe necessidade.
E toda a necessidade é cega exceto quando existe sabedoria.
E toda a sabedoria é vã exceto quando existe trabalho.
E todo o trabalho é vazio exceto se houver amor.
E quando trabalhais com amor estais a ligar-vos a vós mesmos,
e uns aos outros, e a Deus.
E o que é trabalhar com amor?
É tecer o pano com fios arrancados do vosso coração,
como se os vossos bem-amados fossem usar esse pano.
É construir uma casa com afeto, como se os vossos
bem-amados fossem viver nessa casa.
É semear sementes com ternura e fazer a colheita com
alegria, como se os vossos bem-amados fossem comer a fruta.
É dar a todas as coisas um sopro do vosso espírito, e saber que todos os
abençoados defuntos estão à vossa volta a observar-vos”.*

Khalil Gibran

1 INTRODUÇÃO

No mundo contemporâneo, o trabalho torna-se um tema de relevância, possui uma função central na ação e sociabilidade humanas, além de questões que englobam a sobrevivência, o enfoque econômico, ético, moral, ideológico, existencial e legal (BENDASSOLLI, 2012).

O profissional de Enfermagem, o profissional médico e os outros trabalhadores da área de saúde, de modo geral, convivem com os sinais e sintomas apresentados pelos pacientes, perceptíveis objetivamente ou não, de mal-estar físico, mental e até mesmo psíquico, de maneira cotidiana. A atividade destes profissionais dentro desta perspectiva pode colocar em risco a sua saúde física e trazer risco à sua saúde mental pelas características do trabalho em si.

Pensar no desenvolvimento e na adoção de estratégias de proteção, promoção e prevenção de fatores psicossociais e de dimensões subjetivas, que podem repercutir negativamente no trabalho e na saúde do trabalhador, torna-se fundamental. Porém, conforme Ruiz e Araújo (2012, p. 171), grande parte de tais medidas envolve meios de proteção para os trabalhadores e melhora das condições de trabalho, mas somente terão resultado efetivo para riscos que podem ser objetiváveis, visto que: “[...] nem todos os acontecimentos e riscos são antecipáveis, controláveis ou elimináveis, seja no âmbito do trabalho ou da vida”.

O trabalho do profissional de saúde envolve um compartilhar da dor alheia. Assim sendo, a compaixão é um elemento crucial desta atitude perante o outro, pois, a partir dela, o trabalhador envolve-se no cuidado, com toda a dedicação necessária, e potencializa a sua atuação profissional. O universo cotidiano dos profissionais de saúde, então, é marcado, em geral, por um vivenciamento e compartilhamento do sentimento de dor expressado por clientes e, em muitos casos, pode ser absorvido pelo próprio profissional cuidador.

A compaixão pode ser concebida como um fenômeno humano, social (GALEA, 2020) 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 pesquisa trata sobre assuntos relevantes à saúde dos profissionais médicos e de Enfermagem como a Fadiga e a Satisfação por Compaixão (SC). A dicotomia

fadiga/SC, vivida pelos profissionais que se dedicam a cuidar, amparar e acolher o sofrimento alheio, também pode levá-los a se tornar carentes de cuidados, tornando vicioso o exercício profissional.

A Fadiga por Compaixão (FC) ocorre quando o sujeito compassivo se sente exaurido, fatigado, ao compartilhar e intervir na dor alheia. Por outro lado, a SC caracteriza-se pelo prazer e alegria ao fazer parte da remissão do sofrimento do outro (LAGO; CODO, 2010). No sentido mais profundo do conceito, os seres humanos são dotados de capacidade de perceber e sentir as condições emocionais de outras pessoas. Assim:

[...] quando dizemos que “sentimos” as emoções dos outros, estamos nos referindo ao sentido literal da palavra. Nossos corpos simulam as emoções, os sentimentos que percebemos no outro, de forma que “sentimos” as emoções do outro, por meio de nossos próprios corpos, não se tratando, portanto, de um mero processo figurativo (LAGO; CODO, 2010, p. 183).

O ato de ajudar está na base da vida em sociedade e é altamente relacionado a aspectos biológicos, religiosos e profissionais. O sofrimento alheio é passível de causar tensão e estresse e, portanto, esse ato pode proporcionar o alívio destes sintomas. Do ponto de vista religioso, ajudar permeia os postulados de todas as religiões, estando intimamente ligado à concepção de divindade, à bondade e misericórdia. Nas profissões de saúde, é considerado um dever o comprometimento do indivíduo em ajudar as pessoas que estão em sofrimento (LAGO; CODO, 2010).

No caso do trabalhador de saúde, esse quadro reveste-se de uma importância extrema para a sociedade na medida em que, possibilitando uma assistência de qualidade ao usuário e, acima de tudo, atuando diretamente com a vida do ser humano, as implicações são de responsabilidade individual e coletiva, produzida por diferentes profissionais e trabalhadores.

O problema está em evitar que o profissional adoça ao ser confrontado com a dor do outro, prevenindo-se, assim, a consequente criação de uma “blindagem emocional” que poderia comprometer a assistência à saúde (LAGO; CODO, 2010). O desafio está em desenvolver a habilidade do profissional em saúde de compartilhar a dor do outro de maneira saudável e que não lhe cause adoecimento.

Segundo Panzini e Bandeira (2007), atualmente, muitas pesquisas indicam que crenças e práticas religiosas estão associadas com melhor saúde física e mental.

O que aqui se pretende investigar é a relação entre a Religiosidade/Espiritualidade (R/E) dos profissionais de saúde frente ao sofrimento dos pacientes sob seus cuidados e, por outro lado, a relação do profissional de saúde que não professa crenças religiosas, mas apresenta atitude altruísta diante do sofrimento de seus pacientes, resgatando o conceito de humanismo.

No esforço de melhor definir religiosidade e espiritualidade, recorre-se a Koenig (2012a), que conceitua a religiosidade como uma atividade religiosa, pública ou privada, com uma intimidade com o Divino (cultura ocidental), Verdade Absoluta e/ou Nirvana (cultura oriental), apoiada e orientada por crenças e rituais comuns por meio de práticas sociais vinculadas a doutrinas coletivas e comportamentos morais e espirituais específicos. Para o mesmo autor, conceitua-se espiritualidade como uma busca pessoal para entender questões sobre a finalidade da vida, seu sentido e a relação com o sagrado ou transcendente; está afeita a questões sobre o significado e o propósito da vida, com a crença em aspectos espiritualistas para justificar sua existência e significados, podendo ou não estar ligada à religião (KOENIG, 2012a).

O termo espiritualidade refere-se a um conceito mais amplo, que pode incluir também a religião, pois permite dizer que existem pessoas espiritualizadas que, ainda que não sigam nenhuma religião, podem ser especialmente espirituais (HUFFORD, 2010).

A Conferência Internacional de 2013, realizada em Genebra, tratou sobre a melhoria da Dimensão Espiritual do Cuidado Integral, na qual fazem parte deste sistema de cuidado a compaixão, o amor e o perdão, definindo, assim, como a espiritualidade poderia ser expressa, sendo:

[...] um aspecto dinâmico e intrínseco da humanidade por meio do qual as pessoas buscam o significado, o propósito e a transcendência finais, e experimentam o relacionamento consigo mesmo, família, outros, comunidade, sociedade, natureza e o que é significativo ou sagrado. A espiritualidade é expressa por meio de crenças, valores, tradições e práticas (PUCHALSKI *et al.*, 2014, p. 646).

O termo Humanismo, considerado como uma categoria filosófica, prima a ética, a dignidade e o valor de todas as pessoas. Na ética humanista o bem é a afirmação da vida, a virtude consiste em assumir a responsabilidade pela sua própria existência, e o vício reside na irresponsabilidade sobre si mesmo. Portanto os indivíduos buscam compreender sua existência, solucionar os seus problemas,

rejeitando justificativas ou soluções transcendentais. Valores apoiados na razão do homem (FROMM, 1966).

O senso de propósito e paixão pela profissão pode explicar por que os profissionais experimentam sensações ambíguas, presentes no processo do trabalho em saúde, que expressam sentimentos de satisfação e FC decorrentes dessa prática e evidenciam as condições e a organização do trabalho como elementos que podem potencializar tais sentimentos no seu cotidiano.

Os indivíduos comportam-se de maneiras diferentes com base em suas motivações. Enquanto uns superam a FC por acreditar na imortalidade da alma e em algum deus, existem outros que conseguem superar a FC por crer na força do próprio ser humano.

Desse modo, torna-se necessário refletir sobre os fatos importantes para o trabalho dos profissionais de saúde e como lidam com seus sentimentos e com os sentimentos dos pacientes para tornarem-se pontes que saem de si em direção aos outros, mas compreendendo que estes trabalhadores são integrantes de um processo histórico que não é linear, nem estático. Nessa linha de pensamento, de acordo com Bauman (2004, p. 4), abordar as relações de afeto na contemporaneidade, bem como o ato de amar e as transformações ocorridas na identidade do indivíduo, torna-se um desafio, uma vez que:

Os laços afetivos, de todo tipo, são cada vez mais frágeis, a insegurança proveniente dos relacionamentos modernos é fatal para nossa capacidade de amar; seja esse, amor ao próximo, a um parceiro ou a nós mesmos, afetando até mesmo a nossa capacidade de tratar um estranho com humanidade (BAUMAN, 2004, p. 4).

A relevância deste estudo reside no fato de compreender o papel da R/E e do humanismo secular e sua relação com o trabalho dos profissionais de saúde como uma condição pertinente para compreender e melhorar a satisfação no trabalho, diminuir as possibilidades de desenvolvimento de FC e proporcionar, a este profissional, a sensação de contentamento em compartilhar e minorar o sofrimento alheio, e isso é SC. Nesse aspecto, pode-se dizer que a análise das relações de trabalho em saúde é de suma importância, reconhecida não só pelos sujeitos que sofrem, mas também pelos que com eles convivem e por eles são afetados direta e indiretamente.

A alteração do estado psíquico dos profissionais pode influenciar o raciocínio e as decisões clínicas e as atitudes frente ao trabalho em saúde. O estudo justifica-

se pelo potencial de prevenção de problemas relacionados à saúde física e mental dos profissionais de saúde, seja individual e/ou coletiva, uma vez que são cada vez mais preocupantes e expressiva a coexistência desses com as atividades cotidianas de cuidar de pessoas. A prevenção de situações de mal-estar e sofrimento psíquico pode ser alcançada na medida em que se tenha um diagnóstico dos fatores inerentes à realidade profissional e seus respectivos impactos.

O conhecimento das condições profissionais relacionadas a essa perspectiva poderá acarretar benefícios pessoais e institucionais, no sentido de entender as relações entre trabalho, Fadiga e SC e espiritualidade e suas implicações profissionais, aos usuários e à comunidade, além de propiciar o entendimento de como cada trabalhador é afetado por essas questões.

Portanto, o escopo desta pesquisa é buscar respostas a algumas questões: “A R/E altera ou influencia a dinâmica no enfrentamento de dificuldades provenientes do trabalho em saúde? Como a R/E se estabelece e se expressa no trabalho dos profissionais de Enfermagem e de Medicina? Compartilhar da dor do outro possibilita a Fadiga ou a SC? A arte de amar (doar-se por meio da profissão) está vinculada a alguma religião ou pode estar relacionada à prática do humanismo secular?”.

Compreender a relação entre a R/E e o humanismo secular sobre a Fadiga e a SC, segundo a percepção dos profissionais de saúde, médicos e enfermeiros de um Hospital de Clínicas (HC) do Triângulo Mineiro, é o que aqui se propõe. Aclarar o caminho que se desdobra em possibilidades e limites, entre a teoria e a prática, conceitos, entendimento e concepções será um desafio, pois compreender os significados que os entrevistados dão ao trabalho em saúde, à vida e à relação entre Fadiga e SC e espiritualidade receberá uma atenção especial.

1.1 QUESTÃO NORTEADORA

Qual a percepção dos profissionais de saúde quanto ao papel da R/E e do humanismo secular na relação com a Fadiga e SC?

“O ser humano vivencia a si mesmo, seus pensamentos como algo separado do resto do universo - numa espécie de ilusão de ótica de sua consciência. E essa ilusão é uma espécie de prisão que nos restringe a nossos desejos pessoais, conceitos e ao afeto por pessoas mais próximas. Nossa principal tarefa é a de nos livrarmos dessa prisão, ampliando o nosso círculo de compaixão, para que ele abranja todos os seres vivos e toda a natureza em sua beleza. Ninguém conseguirá alcançar completamente esse objetivo, mas lutar pela sua realização já é por si só parte de nossa liberação e o alicerce de nossa segurança interior”.

Albert Einstein, 1950

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Para a melhor compreensão e atualização do tema proposto nesta pesquisa, foi realizada uma revisão de escopo com o objetivo identificar junto à literatura, o estado atual do conhecimento sobre fadiga por compaixão no contexto do trabalho dos profissionais de saúde, e como as estratégias de enfrentamento se estabelecem nesse cenário. O mapeamento do panorama da realidade profissional e a influência da fadiga por compaixão nas atividades laborais dos trabalhadores da área de saúde podem fomentar a discussão sobre as possibilidades de enfrentamento, favorecendo o aumento do controle dos fatores adversos, prevenindo as situações de mal-estar e sofrimento psíquico dos profissionais em saúde.

Dessa forma, poderão advir benefícios pessoais, coletivos e institucionais, no sentido de possibilitar um maior conhecimento em relação ao tema, abrindo campo para novas pesquisas.

A partir da revisão realizada, foi produzido o artigo intitulado: “Fadiga por compaixão no contexto dos profissionais da saúde e estratégias de enfrentamento: *scoping review*”, que foi publicado na Revista Brasileira de Enfermagem (REBEN), em seu volume 74, número 5, no ano de 2021.

O referido artigo será apresentado a seguir, compondo a fundamentação teórica desta tese de doutorado. A formatação do artigo segue as Normas de Vancouver preconizadas pela revista. A versão do artigo que foi publicada na REBEN encontra-se no ANEXO A.

2.1 ARTIGO - FADIGA POR COMPAIXÃO NO CONTEXTO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E ESTRATÉGIAS DE ENFRENTAMENTO

As transformações ocorridas no mundo do trabalho têm colaborado para alterações na qualidade de vida, na saúde física, mental e psíquica dos trabalhadores. Os temas trabalho e saúde do trabalhador têm sido recorrentes em muitos estudos, pesquisas e intervenções, especialmente na área da saúde. Neles vem-se constatando que os profissionais de saúde são muitas vezes acometidos por doenças relacionadas ao trabalho que são fonte de sofrimento físico e até mesmo psíquico.

“O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho torna-se bloqueada; ou seja, quando o trabalhador usa o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem, e de adaptação”^(1:52).

O trabalho destes profissionais é uma ação de múltiplas situações e enfrentamentos, podendo ser fonte de prazer e de sofrimento, sendo potencial causador de diversos problemas de saúde, com conseqüências no trabalho ou fora dele.

O desempenho dos profissionais da área de saúde reveste-se de uma importância extrema para a sociedade, na medida em que possibilita uma assistência de qualidade ao usuário e as implicações são de responsabilidade individual e coletiva. Estabelece-se, dessa maneira, que um impacto negativo sobre a atividade laboral destes, causado por situações internas ou externas, podem implicar em risco à segurança do paciente e do cuidado de qualidade.

O trabalho em saúde vai além de uma perspectiva tecnicista, mecânica e objetiva, devendo gerar um envolvimento e comprometimento do ser com outro ser humano.

Dessa forma, “profissionais de saúde são todos aqueles trabalhadores que têm como ofício a missão e o trabalho de reduzir a dor de outrem, não se restringindo apenas a médicos e enfermeiros”^(2:12).

A condição de trabalho deste profissional, dentro dessa perspectiva, pode colocar em risco a sua saúde física e mental.

O ato de compartilhar a dor alheia permanece como uma característica intrínseca do trabalho do profissional de saúde, visando um atendimento humanizado e de qualidade⁽²⁾. A compaixão é um elemento central dessa condição,

e precisa ser avaliada para melhor compreender o estado de saúde e adoecimento ligados a esse trabalhador, pois pode levá-lo a desenvolver a deterioração da saúde mental como, por exemplo, Síndrome de *Burnout*, estresse, fadiga, dentre outros.

Dentre as formas de sofrimento, que podem provocar adoecimento físico e mental com origem na atividade laboral, salienta-se a fadiga por compaixão.

“A fadiga por compaixão é representada por uma fadiga física e/ou mental em decorrência da compaixão que pode ser vivenciada pelos profissionais de saúde”^(2:9).

Os aspectos positivos (Satisfação por Compaixão) e negativos (Fadiga por Compaixão) relacionados ao trabalho influem na qualidade de vida profissional. A FC se divide em duas partes. A primeira parte diz respeito a condições como exaustão, frustração, raiva e depressão típicas do *burnout*, e a segunda, ao estresse traumático secundário, que é um sentimento negativo causado pelo medo e pelo trauma relacionado ao trabalho, seja algum trauma direto (primário), ou uma combinação de trauma primário e secundário, sendo que, *burnout* e estresse traumático secundário não são sinônimos de FC⁽³⁾.

A fadiga da compaixão é o resultado de um processo progressivo e cumulativo, que é causado pelo contato prolongado, contínuo e intenso com os pacientes, que tem como demanda o sofrimento⁽⁴⁾, que se manifesta com marcantes aspectos físicos, sociais, emocionais, espirituais e mudanças intelectuais que aumentam em intensidade⁽⁵⁾. Portanto, quando o profissional não consegue lidar de forma saudável, ou seja, não estabelece cuidados mentais e físicos que permitam a empatia sem absorção da dor em si e para si, pode-se permitir a fadiga por compaixão⁽²⁾.

A relação de trabalho em saúde está fortemente marcada pela ambivalência traduzida em termos de sofrimento e prazer, pois o que define o limiar entre essas duas possibilidades são as ações e comportamentos de cada indivíduo diante do trabalho.

Em vista disso, a implementação de estratégias de enfrentamento como medidas de prevenção e/ou tratamento se torna um desafio e um diferencial nas organizações de saúde. Programas de intervenção podem se mostrar como uma grande promessa para os profissionais de saúde, minimizando o impacto da fadiga por compaixão em seu trabalho e vidas pessoais.

A prevalência de fadiga por compaixão em profissionais de saúde, reconhecida como uma condição relativa ao processo laboral, evidencia a

necessidade das organizações e instituições desenvolverem programas de resiliência, uma vez que as equipes que formam a força de trabalho são as interfaces mais vulneráveis desse processo⁽⁶⁾.

A busca pelo equilíbrio se torna uma grande fonte de significado social, pessoal e humano. Neste contexto, o indivíduo é estimulado em vários momentos da vida à busca por este equilíbrio, bem-estar e por estratégias de enfrentamento, entre as demandas das relações interpessoais com o meio em que está inserido e a manutenção do bem-estar físico, mental, social e, por que não, espiritual.

A dimensão da espiritualidade tem uma relação direta com o termo compaixão, e atualmente, é um recurso utilizado como enfrentamento das doenças e do sofrimento fornecendo adequado suporte para melhor saúde física e mental, beneficia tanto pacientes como a equipe multidisciplinar e o próprio sistema de saúde⁽⁷⁾. As condições e preceitos da relação entre trabalho, fadiga por compaixão e estratégias de enfrentamento ainda são temas periféricos e não nucleares à sociedade e às instituições organizacionais.

A comprovação da utilização do enfrentamento religioso/espiritual como benefício, terapêutica e determinação de desfechos positivos em diversas doenças tem constituído um desafio para a ciência médica, tendo em vista a complexidade em mensurar o impacto de experiências religiosas e espirituais para o indivíduo⁽⁸⁾.

Assim, foi realizada uma revisão de escopo com o objetivo identificar junto à literatura, o estado atual do conhecimento sobre fadiga por compaixão no contexto do trabalho de profissionais de saúde, e como as estratégias de enfrentamento se estabelecem neste cenário. Este mapeamento do panorama da realidade profissional e a influência da FC nas atividades laborais dos trabalhadores da área de saúde pode fomentar a discussão sobre as possibilidades de enfrentamento, favorecendo o aumento do controle dos fatores adversos, prevenindo situações de mal-estar e sofrimento psíquico dos profissionais em saúde. Dessa forma, poderão advir benefícios pessoais, coletivos e institucionais, no sentido de possibilitar um maior conhecimento em relação ao tema, abrindo campo para novas pesquisas.

Estudo realizado por meio de scoping review, conforme a proposta do *Joanna Briggs Institute* (JBI) tem uma abordagem mais ampla, com o objetivo de mapear os principais conceitos na literatura que sustentam uma área da pesquisa, proporcionando um panorama sobre um tema⁽⁹⁾.

Na *scoping review* a questão inicial é ampla, aberta; critérios de inclusão/exclusão podem ser estabelecidos a posteriori; a escolha dos estudos não foca na qualidade da investigação; pode ou não envolver extração de dados; a síntese é fundamentalmente qualitativa e raramente quantitativa; é utilizada para identificar as variáveis e as lacunas existentes na literatura⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Neste sentido, foram utilizadas as seguintes etapas: identificação da questão de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção dos estudos; estruturação dos dados; agrupamento, sumarização e relatório de resultados; e comunicação dos resultados⁽¹¹⁻¹²⁾.

A construção da pergunta da pesquisa foi realizada a partir da estratégia População, Conceito e Contexto⁽¹³⁾, definindo: P - profissionais de saúde; C – fadiga por compaixão; C – trabalho em saúde. Para a busca e seleção dos estudos, foi estabelecida a seguinte questão norteadora: “O que tem sido estudado sobre fadiga por compaixão em profissionais de saúde e quais as estratégias de enfrentamento?”

Para a coleta de dados utilizou-se as seguintes bases de dados: Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), SCOPUS e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE). As bases de dados foram consultadas nos meses de maio a julho de 2019.

A busca foi realizada por dois pesquisadores independentes, conforme critérios do JBI⁽¹³⁾, respeitando as diretrizes recomendadas pelo PRISMA ScR para *scoping review*. Assim, por meio dos descritores e/ou seus sinônimos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), para cada item da estratégia. Para a combinação dos descritores, foram considerados os termos booleanos: AND e OR conforme o sistema de busca de cada base de dados.

Para selecionar os estudos, foram utilizados os seguintes critérios de inclusão: artigos de pesquisa teóricos e originais que possuem relação com o tema, publicados em inglês, espanhol e português, realizados com profissionais de saúde, entre os anos de 2009 e 2019. Como a *scoping review* é exploratória, todos os tipos de estudos foram incluídos: qualitativas, quantitativas, mistas e de revisão. Foram excluídos estudos com desenho de pesquisa ou objetivos pouco definidos ou explicitados, e editoriais, resumos de conferências e cartazes, cartas, comentários e teses.

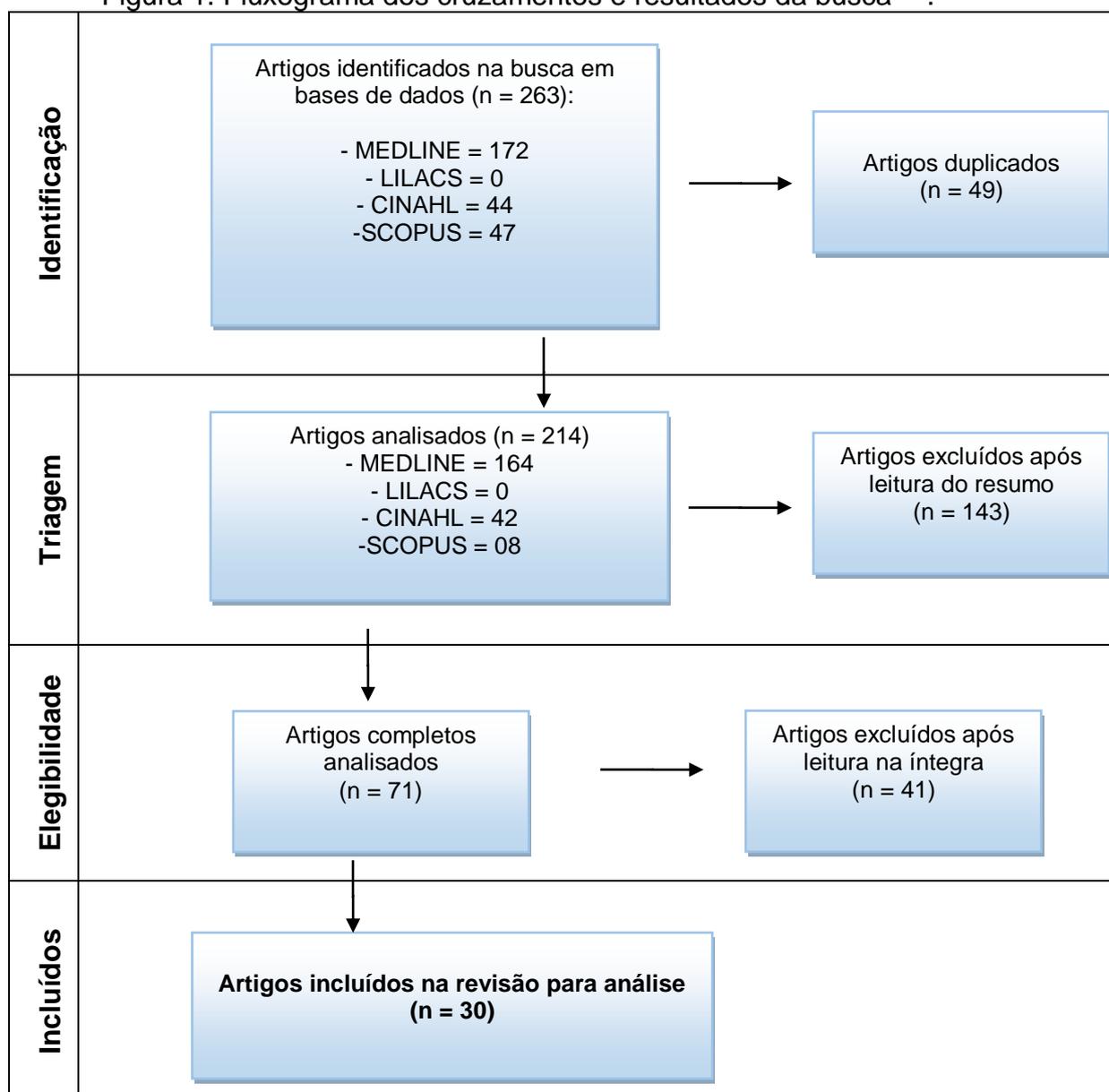
Após a revisão dos títulos, foram analisados os resumos dos estudos primários elegíveis, considerando os critérios de inclusão e exclusão, sendo eliminados aqueles que não apresentavam relação com o tema. O processo de seleção dos estudos foi realizado por duas autoras/revisoras de forma independente e após comparação dos resultados resolveram-se as discordâncias por consenso.

Para a extração dos dados, utilizou-se um instrumento estruturado pelos próprios pesquisadores conforme recomendações do JBI⁽¹³⁾. Para a análise, os itens selecionados foram: título; autores; país de origem do estudo; ano de publicação; delineamento metodológico; amostra; instrumento de avaliação de fadiga por compaixão e estratégia de enfrentamento. As variáveis correspondentes a estas características são apresentadas no quadro 1, que também seguem as orientações de JBI, segundo: título, autores, delineamento metodológico, ano de publicação, país de origem do estudo, amostra, instrumento de avaliação de FC e estratégias de enfrentamento⁽¹³⁾.

Após as etapas de separação, sumarização e relatório dos elementos essenciais encontrados em cada estudo, foi realizada a organização dos resultados de forma temática, divididas em categorias para permitir a análise e a compilação dos dados, facilitando a ordenação do tema, visando assim, que posteriores pesquisas possam ampliar a discussão.

Na etapa final, foi realizada a compilação e comunicação dos resultados, com a intenção de apresentar uma visão geral do material. Os principais focos foram analisados a partir das categorias de análise definidas, revisitando-se os textos integrais quando necessário, sendo possível sintetizar de maneira narrativa os achados para possibilitar a estruturação do conhecimento sobre o tema.

Foram identificados 263 estudos por meio da pesquisa nas bases de dados. Após leitura dos títulos e resumos, selecionaram-se 71 artigos para leitura na íntegra. Após análise da íntegra destes estudos selecionados, 30 foram incluídos por responderem à questão da pesquisa e por atenderem aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Para a apresentação dos resultados, as pesquisas foram numeradas de um a trinta. A descrição detalhada do processo de seleção e inclusão dos artigos encontra-se no fluxograma da Figura 1, a seguir:

Figura 1. Fluxograma dos cruzamentos e resultados da busca⁽¹³⁾.

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

O limite temporal definido para a busca das publicações compreendeu o intervalo de 2009 a julho de 2019, visando contemplar o estado atual da FC relacionada ao trabalho em saúde, pelas modificações da atividade através das gerações, e pela maior visibilidade do tema nos últimos anos.

Em relação ao ano de publicação, identificaram-se sete artigos (23%) que foram publicados no ano de 2017, cinco (17%) em 2016, cinco em 2018, quatro (13%) em 2015, três (10%) em 2013, dois (7%) em 2010, um (3,3%) em 2009, um em 2011, um em 2014, um em 2019 e nenhum em 2012.

Quanto ao país de origem, 19 (63%) estudos nos EUA, dois (7%) na Austrália e Canadá e um (23%) nos demais países (Reino Unido, Japão, África do Sul, Espanha, Israel, Brasil/Espanha e Bélgica/Holanda).

No que se refere à metodologia, quatorze estudos (46,6%) derivaram de pesquisas quantitativas, nove (30%) artigos de revisão, cinco (16,7%) metodologia mista e dois (6,7%) qualitativos.

Sobre o instrumento de avaliação da fadiga por compaixão, dos 14 estudos quantitativos, 13 (92,9%) utilizaram a Escala de *Stamm* de Qualidade de Vida Profissional do ProQOL versão IV, V e RIII e um (7,1%) utilizou a Escala de Figley e Stamm de 1996⁽¹⁴⁾; os cinco estudos de metodologia mista utilizaram a Escala de Qualidade de Vida Profissional do ProQOL.

O ProQOL (*Professional Quality of Life*) mede os efeitos negativos (Fadiga por Compaixão) e positivos (Satisfação por Compaixão) em ajudar pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento e/ou trauma. O ProQOL tem subescalas para a satisfação por compaixão (SC), o *burnout* e o estresse traumático secundário associado ao cuidado, estando em uso desde 1995⁽¹⁵⁾.

No referente às estratégias de enfrentamento da FC, dos 30 estudos selecionados, seis (20%) artigos implementaram alguma estratégia de abordagem nos profissionais de saúde, tais como: prática de autocuidado, autoconsciência, assistência espiritual, autocompaixão, programa de treinamento *Mindfulness* para redução de stress, exercício de enfrentamento por meio da resiliência e da empatia.

Quadro 1. Estudos analisados segundo: título, autores, delineamento metodológico, ano de publicação, país de origem do estudo, amostra, instrumento de avaliação de fadiga por compaixão e estratégias de enfrentamento. Uberaba (MG), Brasil, 2019.

	Base de dados	Título	Autor	Delineamento metodológico	Ano	País de origem do estudo	Amostra	Instrumento de avaliação de FC	Estratégia de enfrentamento
A1	MEDLINE	Reducing Compassion Fatigue in Inpatient Pediatric Oncology Nurses.	Sullivan, King, Holdiness, Durrell, Roberts, Spencer ⁽¹⁶⁾ .	Quantitativo - Quase experimental	2019	EUA	59 enfermeiros - unidade de oncologia pediátrica	ProQOL V (STAMM)	Intervenções organizacionais: autocuidado, saúde e bem-estar, assistência espiritual, sala de descanso
A2	MEDLINE	Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience.	Delaney ⁽¹⁷⁾ .	Método Misto - fenomenologia e quantitativo	2018	Reino Unido	13 enfermeiros - vários setores do hospital	ProQOL V (STAMM)	Intervenção para melhoramento por autocompaixão
A3	MEDLINE	Compassion fatigue in nursing: A concept analysis.	Peters ⁽¹⁸⁾ .	Revisão de Literatura - Análise conceitual	2018	EUA	26 artigos selecionados	-	-
A4	MEDLINE	Cognitive reactions of nurses exposed to cancer patients' traumatic experiences: A qualitative study to identify triggers of the onset of compassion fatigue.	Fukumor, Miyazaki, Takaba, Taniguchi, Asa ⁽¹⁹⁾ .	Qualitativo – Entrevista Semiestruturada	2018	Japão	30 enfermeiros de seis hospitais de Câncer	-	-
A5	MEDLINE	Integrative Review of Facility Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nurses.	Wentzel, Brysiewicz ⁽²⁰⁾	Revisão Integrativa	2017	África do Sul	-	-	-

A6	MEDLINE	Palliative care professionals' care and compassion for self and others: a narrative review.	Mills, Wand, Fraser ⁽²¹⁾ .	Revisão Narrativa	2017	Austrália	-	-	-
A7	MEDLINE	Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review.	Cocker, Joss ⁽²²⁾ .	Revisão Sistemática	2016	Australia	13 artigos selecionados	-	-
A8	MEDLINE	Perceived Quality of Work Life and Risk for Compassion Fatigue Among Oncology Nurses: A Mixed-Methods Study	Giarelli, Denigris, Fisher, Maley, Nolan ⁽²³⁾ .	Método Misto - Questionário de autorrelato e Entrevista	2016	EUA	20 enfermeiros oncologistas	ProQOL V (STAMM)	-
A9	MEDLINE	The Prevalence of Compassion Fatigue and <i>Burnout</i> among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review.	Van Mol, Kompanje, Benoit, Bakker, Nijkamp ⁽²⁴⁾ .	Revisão Sistemática	2015	Holanda/ Bélgica	30 artigos selecionados	-	-
A10	MEDLINE	A pilot study examining the impact of care provider support program on resiliency, coping, and compassion fatigue in military health care providers.	Weidlich, Ugarriza ⁽²⁵⁾ .	Quantitativo – Estudo de coorte prospectivo	2015	EUA	93 enfermeiros militares e civis, e médicos em um Centro Médico do Exército (28 retornaram os questionários)	ProQOL V (STAMM)	Treinamento do grupo de apoio de profissionais do exército na resiliência
A11	MEDLINE	Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, <i>Burnout</i> , and Coping With Death.	Sansó, Galiana, Oliver, Pascual, Sinclair, Benito ⁽²⁶⁾ .	Quantitativo – Estudo transversal com aplicação de questionário	2015	Espanha	385 Médicos, Enfermeiros, Psicólogos, Assistentes de enfermagem e Trabalhadores sociais	ProQOL IV (STAMM)	-
A12	MEDLINE	Stress, <i>burnout</i> , compassion fatigue, and mental health in hospice	Whitebird, Asche, Thompson,	Quantitativo – Estudo transversal com	2013	EUA	557 funcionários de 13 programas de cuidados	ProQOL RIII (STAMM)	-

		workers in Minnesota.	Rossum, Heinrich ⁽²⁷⁾ .	aplicação de questionário			paliativos		
A13	MEDLINE	Personal factors related to compassion fatigue in health professionals.	Zeidner, Hadar, Matthews, Roberts ⁽²⁸⁾ .	Quantitativo Estudo transversal com aplicação de questionário	2013	Israel	182 participantes (89 profissionais de saúde mental e 93 médicos)	ProQOL RIII (STAMM)	-
A14	MEDLINE	Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses.	Potter, Deshields, Berger, Clarke, Olsen, Chen ⁽⁶⁾ .	Quantitativo - Quase experimental	2013	EUA	13 enfermeiros de oncologia ambulatorial.	ProQOL IV (STAMM)	Enfrentamento por meio da resiliência
A15	MEDLINE	Compassion fatigue in nurses.	Yoder ⁽²⁹⁾ .	Método Misto – Entrevista e questionário	2010	EUA	106 enfermeiros de atendimento domiciliar, pronto socorro, UTI, e oncologia	ProQOL IV (STAMM)	-
A16	MEDLINE	Compassion satisfaction, <i>burnout</i> , and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties.	Hooper, Craig, Janvrin, Wetsel, Reimels ⁽³⁰⁾ .	Quantitativo - Transversal	2010	EUA	114 enfermeiros de emergência, oncologia, nefrologia e terapia intensiva	ProQOL IV (STAMM)	-
A17	MEDLINE	Compassion fatigue: a nurse's primer.	Lombardo, Eyre ⁽³¹⁾ .	Qualitativo - Estudo de Caso	2011	EUA	02 estudos de caso com uma enfermeira reativa e outra proativa	-	-
A18	MEDLINE	The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital.	Robins, Meltzer, Zelikovsky ⁽³²⁾ .	Quantitativo - Aplicação de questionário	2009	EUA	314 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapia ocupacional, fisioterapia).	Escala de FC (FIGLEY; STAMM, 1996)	-

A19	CINAHL	Compassion Fatigue in Military Healthcare Teams.	Owen, Wanzer ⁽³³⁾ .	Revisão Sistemática	2014	EUA	25 artigos selecionados	-	-
A20	MEDLINE	Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians: Findings on Personality Factors and Years of Service.	O'Mahony, Ziadni, Hoerger, Levine, Baron, Gerhart ⁽³⁴⁾ .	Quantitativo - Aplicação de questionário	2018	EUA	66 médicos, enfermeiros, assistentes sociais e capelães e outros profissionais de medicina paliativos	ProQOL V (STAMM)	-
A21	MEDLINE	Quality of Life and Compassion Satisfaction in Clinicians: A Pilot Intervention Study for Reducing Compassion Fatigue.	Klein, Riggensbach-Hays, Sollenberger, Harney, McGarvey ⁽³⁵⁾ .	Quantitativo – Quase experimental	2018	EUA	15 médicos, enfermeiros e conselheiros	ProQOL V (STAMM)	Programa de treinamento <i>Mindfulness</i> para redução de stress com três sessões de 90 minutos
A22	MEDLINE	An Evolutionary Concept Analysis of Compassion Fatigue.	Sorenson, Bolick, Wright, Hamilton ⁽³⁶⁾ .	Revisão de Literatura - Modelo Evolucionário de Rodgers	2017	EUA	15 artigos selecionados	-	-
A23	MEDLINE	Reducing the "cost of caring" in cancer care: Evaluation of a pilot interprofessional compassion fatigue resiliency programme.	Pfaff, Freeman-Gibb, Patrick, DiBiase, Moretti ⁽³⁷⁾ .	Método Misto	2017	Canadá	Quantitativo n =32 e Qualitativo n =12 de uma equipe interprofissional	ProQOL V (STAMM)	Programa treinamento para resiliência sobre FC
A24	MEDLINE	Compassion Fatigue and Mindfulness: Comparing Mental Health Professionals and MSW Student Interns.	Brown, Ong, Mathers, Decker ⁽³⁸⁾ .	Quantitativo - Aplicação de questionário	2017	EUA	40 funcionários da Mental Health America (MHA) e 111 internos do MSW	ProQOL BH (STAMM)	-
A25	MEDLINE	Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and <i>Burnout</i> in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis.	Galiana, Arena, Oliver, Sansó, Benito ⁽³⁹⁾ .	Quantitativo – Estudo transversal	2017	Brasil/ Espanha	161 profissionais brasileiros e 385 profissionais espanhóis de cuidados paliativos	ProQOL BH (STAMM)	-

A26	MEDLINE	Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature.	Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewski, Smith-MacDonald ⁽⁴⁰⁾ .	Revisão Meta-narrativa	2017	Canadá	90 estudos selecionados	-	-
A27	MEDLINE	The Impact of Combat Deployment on Health Care Provider <i>Burnout</i> in a Military Emergency Department: A Cross-Sectional Professional Quality of Life Scale V Survey Study.	Cragun, April; Thaxton ⁽⁴¹⁾ .	Quantitativo – Estudo transversal	2016	EUA	105 profissionais (técnicos em diagnóstico, enfermeiros) e 33 médicos	ProQOL BH (STAMM)	-
A28	MEDLINE	Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature.	Sorenson, Bolick, Wright, Hamilton ⁽⁴²⁾ .	Revisão Integrativa	2016	EUA	43 artigos selecionados	-	-
A29	MEDLINE	The Relationship between the Supervision Role and Compassion Fatigue and <i>Burnout</i> in Genetic Counseling.	Allsbrook, Atzinger, He, Engelhard, Yager, Wusik ⁽⁴³⁾ .	Quantitativo - Aplicação de questionário	2016	EUA	391 Conselheiros genéticos	ProQOL (STAMM)	-
A30	MEDLINE	Who is at risk for compassion fatigue? An investigation of genetic counselor demographics, anxiety, compassion satisfaction, and <i>Burnout</i> .	Lee, Veach, MacFarlan, LeRoy ⁽⁴⁴⁾ .	Método Misto- Questionário e entrevista	2015	EUA	402 Conselheiros genéticos	ProQOL V (STAMM)	-

Fonte: Elaborado pelos autores (2019).

A *scoping review* permitiu verificar que houve crescimento na produção de estudos sobre o tema entre os anos 2015 a 2018, sendo 21 artigos (70%). Todos publicados em inglês. Nota-se a carência de estudo em português, demonstrando a importância de pesquisas sobre esse tema no Brasil. Percebe-se que, nos últimos quatro anos, os estudos sobre fadiga por compaixão têm se desenvolvido consideravelmente no âmbito internacional.

Através da leitura e análise dos 30 artigos que constituem essa pesquisa, foi possível definir as categorias que nuclearam discussões e permitiram avançar para conclusões sobre pontos de vista coincidentes e divergentes. O propósito foi sistematizar, detalhar e evidenciar nos conteúdos, os aspectos centrais relacionados ao problema investigado, na tentativa de apresentar uma visão geral para possibilitar a estruturação do conhecimento sobre o tema.

Após a leitura, análise e síntese dos estudos, os resultados foram divididos de forma temática em duas categorias: a) Trabalho em saúde e Fadiga por Compaixão: análise conceitual, contexto e manifestações; b) Estratégias de enfrentamento da fadiga por compaixão, que serão descritas a seguir.

Trabalho em saúde e fadiga por compaixão: análise conceitual, contexto e manifestações

O exercício da compaixão pelos profissionais de saúde necessita ser estimulado, pois se estende além da empatia, busca minorar a dor alheia, através da conexão com o outro enquanto indivíduo. Uma abordagem à saúde enraizada na compaixão auxilia a ver além de si mesmo, prioriza o bem do outro e pode ser concebida como um fenômeno humano e social⁽⁴⁵⁾, porém pode trazer consequências ao trabalhador, tanto positivas quanto negativas.

A concepção de fadiga por compaixão, mais citada pelos artigos selecionados, foi elaborada por Figley^(6,16,17,20,22,24,26,28-33,36-38,40,42-44) e por Stamm^(6,17,26,28-30,33,39,44). A literatura consultada apresentou conceitos de fadiga por compaixão como sendo uma perda aguda da energia emocional e física relacionada ao trabalho⁽⁴⁾ e caracterizada por exaustão, sentimentos de desilusão e inutilidade, como resultado da exposição prolongada ao sofrimento e ao estresse⁽³⁾. Estes autores acrescentam ainda a importância do estudo da fadiga por compaixão, pois

emergem algumas questões essenciais relativas ao comportamento, sentimento, emoções e valores, que podem influenciar e afetar o trabalhador.

A compaixão tem sua origem a partir de uma resposta empática ao sofrimento, porém, circunstâncias internas e externas ao indivíduo, como por exemplo, a insatisfação nas relações profissionais, podem contribuir para o surgimento da fadiga por compaixão, sendo que a presença de estresse e afeto negativo têm efeito sinérgico no seu desenvolvimento. Por outro lado, o afeto positivo e a solidariedade promovem de maneira inversa a satisfação por compaixão⁽⁴⁶⁾.

A fadiga por compaixão tende a se refletir no desempenho dos profissionais, sob forma de baixa autoestima, uma maior rotatividade dos profissionais de saúde, absenteísmo, insatisfação no trabalho, incapacidade de tomar decisões, além das consequências físicas, mentais e cognitivas, como também, emocionais^(6,16,18,20,22,24,27-28,30-31,33-37,39-40,42-44). Sendo fortemente relacionada aos setores, carga e ambiente de trabalho, e à cultura organizacional. O que corrobora com outros sintomas causadores da fadiga por compaixão, citados por Figley em 1995⁽⁴⁾, dentre eles estão os atinentes à condição e organização do trabalho; ao fator do desgaste emocional; e relativo as alterações patológicas de cunho físico.

Nos estudos selecionados, as pesquisas de campo com profissionais de saúde, nas quais avaliaram a presença de fadiga por compaixão, foram realizadas nos seguintes setores: cinco (28%) em unidades de Cuidados Paliativos^(21,26,27,34,39), cinco (28%) em Cuidados Oncológicos^(6,16,19,20,23), três (17%) com Profissionais de Serviço Militar^(25,33,41), dois (11%) em Clínica Médica/Cirúrgica^(31,35), dois (11%) com profissionais responsáveis por Aconselhamento Genético^(43,44) e um (5%) em Unidades de Terapia Intensiva⁽²⁹⁾.

Estratégias de enfrentamento da fadiga por compaixão

A fadiga por compaixão pode afetar os profissionais de saúde no processo de fornecer apoio empático, que consiste na capacidade de compreender os sentimentos do paciente de acordo com seu ponto de vista, pois ser assertivo e proporcionar um cuidado empático é o que se espera destes profissionais⁽³¹⁾. Alguns estudos referem a relação entre sentir empatia e compaixão, com a possibilidade de desenvolver fadiga por compaixão^(6,16-18,20,22,24,25,31,32,34,40,44). Em outros estudos

observou-se que os profissionais de saúde experimentam um conflito em admitir o próprio sofrimento, acreditando que não devem ou não podem demonstrar sua fragilidade e vulnerabilidade, configurando assim uma desproteção e um sentimento de impotência que advém da impossibilidade de solução do problema^(19,20,29).

O sentido do trabalho na vida dos profissionais de saúde inclui o desafio de repensar a si próprio, e buscar algo que possa dar sentido aos acontecimentos, ao trabalho e à vida. Esta busca pelo equilíbrio pode ser relacionada às estratégias de enfrentamento, como as descritas nos artigos^(6,16-18,20-22,24,26-29,31,35,37,38,40) ao se referirem à autoconhecimento, consciência de si, inteligência emocional, dimensões do autocuidado, autocompaixão.

Estratégias de enfrentamento como atitudes positivas de amor, bondade e compaixão podem estar associadas a estados mentais positivos e medidas protetoras de mal-estar relacionado ao trabalho de profissionais de saúde⁽¹⁷⁾, podendo envolver apoio individual, profissional e organizacional⁽¹⁶⁾. Em outro estudo, no qual os participantes relataram moderado ou alto nível de stress, as estratégias utilizadas individualmente para enfrentamento do stress foram a procura por suporte em suas relações, atividade física, “dizer não” de maneira mais frequente⁽²⁷⁾. Neste mesmo estudo, explorou-se alguns caminhos de enfrentamento, em âmbito organizacional, como a oportunidade de se conectarem melhor com colegas de trabalho, redução de carga de trabalho, incentivo ao autocuidado, exercícios de relaxamento e meditação, e grupos de apoio para situações de estresse e lidar com as situações de luto.

Destaca-se na literatura, estratégias de enfrentamento no trabalho em saúde por meio do desenvolvimento de habilidades de resiliência que permitem gerenciar fatores estressores^(6,16-18,25,27,35,37,42). Ter consciência dos sentimentos de inadequação psíquica e desconforto em relação ao trabalho, assim como, da importância das estratégias de enfrentamento, poderá equipar os profissionais de saúde na prática cotidiana do cuidado, transformando o sofrimento no trabalho em prazer por meio das realizações do sujeito.

Outros autores, atribuem à espiritualidade, uma estratégia de enfrentamento do sofrimento físico, mental e emocional em profissionais de saúde^(26,31,32,34), na tentativa da construção da vida interior do indivíduo. Valores como a compaixão, beneficência e espiritualidade podem atribuir maior significado e satisfação no

trabalho, criando uma espiral ascendente do cuidado, promovendo o equilíbrio do indivíduo e minimizando os efeitos negativos do mal-estar no trabalho⁽³⁴⁾.

Pesquisas endossam a necessidade de se reconsiderar a abordagem integrativa entre saúde e espiritualidade, com evidente crescimento na atenção à saúde. Essa interconexão tem sido amplamente difundida na educação médica e de enfermagem, tanto no cenário nacional, quanto internacional, com o objetivo de promover o reconhecimento da dimensão espiritual do paciente e, conseqüentemente, um atendimento mais humanizado⁽⁴⁷⁾. Entretanto, ao se reconhecer a importância da espiritualidade no cuidado, faz-se necessário abranger o profissional de saúde também dentro dessa dimensão.

A interface entre espiritualidade e os processos de saúde e adoecimento, do ponto de vista emocional, evidencia aspectos de apoio social e psicologia positiva, que estuda aspectos virtuosos, e as forças pessoais do ser humano, podendo proporcionar mais esperança, perdão, conforto, amor e outros benefícios⁽⁴⁸⁾.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) publicou suas Diretrizes Brasileiras sobre Espiritualidade e Fatores Psicossociais e inclui a espiritualidade para prevenção de doenças cardiovasculares⁽⁴⁸⁾. Além dos aspectos comportamentais, estudos demonstram a relação benéfica entre espiritualidade e variáveis fisiológicas e fisiopatológicas em desfechos clinicamente importantes, tais como, pressão arterial, ativação neuro-hormonal, influência em algumas variáveis metabólicas, parada cardiorrespiratória e marcadores de inflamação e imunidade⁽⁴⁹⁾. A ação de cuidar não se limita apenas às questões biológicas, mas um cuidado que transcende o perceptível aos olhos, que é a dimensão espiritual⁽⁵⁰⁾.

O trabalho em saúde oscilando entre a fadiga e satisfação por compaixão estão descritos nos artigos^(16-17,26,30,32,34-35,37,39,44). O senso de propósito e paixão pode explicar as sensações ambíguas, presentes no processo do trabalho em saúde, se traduzindo em sentimentos de satisfação ou fadiga por compaixão. Numa visão humanista, o trabalho do profissional de saúde pode ser percebido, além de uma profissão, mas como essência do desenvolvimento humano. O desafio está em desenvolver a habilidade do profissional em saúde de compartilhar a dor do outro de maneira saudável, e que não lhe cause adoecimento.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os resultados desta revisão serão úteis para futuras pesquisas na área da Enfermagem, assim como para os demais profissionais de saúde, seja para a melhoria da assistência ao paciente, para as organizações hospitalares e para as Políticas Públicas, na medida em que permitem compreender a relação entre trabalho e fadiga por compaixão, e as possíveis estratégias de enfrentamento deste mal-estar relacionado ao trabalho em saúde. Novas pesquisas precisam ser realizadas, a fim de avaliar as potenciais implicações da fadiga por compaixão na vida e no trabalho dos profissionais de saúde.

Considerações finais

Essa *scoping review* encontrou 30 estudos que respondiam ao objetivo inicial, sendo que, destes, 21 (70%) foram publicados no período entre 2015 e 2018, todos no idioma inglês, dos quais 63% realizados nos Estados Unidos. A metodologia mais utilizada foi a quantitativa, dentre os quais, a grande maioria utilizou a Escala de *Stamm* de Qualidade de Vida Profissional do ProQOL versão IV, V e RIII. Considerando as estratégias de enfrentamento da fadiga por compaixão, 20% dos estudos apresentavam a implementação de alguma estratégia de abordagem aos profissionais de saúde.

A pesquisa apresenta um panorama descritivo e geral sobre fadiga por compaixão em profissionais de saúde e as estratégias de enfrentamento, um aspecto importante para o avanço de novas pesquisas sobre a temática, visto que apresenta maior visibilidade do tema numa crescente consolidação do conceito sobre fadiga por compaixão. Assim, ressalta-se a importante associação entre saúde e espiritualidade como estratégia de enfrentamento, não podendo mais ser considerada fora do realismo das profissões de saúde, o que permitirá que novas lacunas do conhecimento sejam estabelecidas.

Vale destacar que, ser um profissional de saúde não significa e nem garante a felicidade ou a infelicidade no trabalho, pois não existe um estado puro de vida e de vida no trabalho, e sim, sinaliza a busca por um equilíbrio entre prazer e sofrimento, entre satisfação e fadiga por compaixão. Além disso, a maneira como a fadiga por compaixão pode influenciar as estratégias de humanização do cuidado precisa ser

esclarecida. Caberá às organizações hospitalares e ao profissional em si encontrar e cultivar mecanismos de estruturação, que possam permitir uma compreensão ainda maior dos reflexos do trabalho sobre o indivíduo e do indivíduo sobre o trabalho.

Referências

1. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. 5th ed. São Paulo: Cortez; 1992.
2. Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estud Psicol [Internet]*. 2013 [cited 2019 Apr 15]; 18(2):213-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a06.pdf>
3. Stamm BH. *The Concise ProQOL Manual*. 2nd ed. Pocatello: Proqol; 2010.
4. Figley CR. The transmission of trauma. In: Figley CR, editor. *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Taylor & Francis Group; 1995.
5. Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nurs Health Sci*. 2010;12(2):235-43. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x
6. Potter P, Deshields T, Berger JA, Clarke M, Olsen S, Chen L. Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2013; 40(2):180-7. doi:10.1188/13.ONF.180-187
7. Karam A, Clague J, Marshall K, Olivier J, Series FH. The view from above: faith and health. *Lancet*. 2015; 386(10005):e22-4. doi:10.1016/s0140-6736(15)61036-4.
8. Guimarães HP, Avezum A. Impact of spirituality on physical health. *Rev Psiquiatr Clín [Internet]*. 2007 [cited 2019 Apr 12]; 34(suppl 1):88-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a12v34s1.pdf>
9. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc* 2015; 13(3):141-6. doi: 10.1097/XEB.0000000000000050.
10. Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. Cochrane Update. 'Scoping the scope' of a cochrane review. *J Public Health (Oxf)*. 2011; 33(1):147-50. doi: 10.1093/pubmed/fdr015
11. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005; 8(1):19-32. doi: 10.1080/1364557032000119616
12. Brien SE, Lorenzetti DL, Lewis S, Kennedy J, Ghali WA. Overview of a formal scoping review on health system report cards. *Implement Sci*. 2010; 5(2):1-12. doi:10.1186/1748-5908-5-2
13. The Joanna Briggs Institute. *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: methodology for JBI scoping reviews*. Adelaide: JBI; 2015. Disponível em: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/JBI+Reviewer%27s+Manual>.

14. Figley CR, Stamm BH. Psychometric review of compassion fatigue self test. In: Stamm BH, editor. Measurement of stress, trauma and adaptation. Lutherville: Sidran Press; 1996.
15. Stamm BH. Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL). New York: Proqol; 2012.
16. Sullivan CE, King AR, Holdiness J, Durrell J, Roberts KK, Spencer C, et al. Reducing compassion fatigue in inpatient pediatric oncology nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2019; 46(3):338-347. doi: 10.1188/19.ONF.338-347.
17. Delaney MC. Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS One*. 2018; 13(11):e0207261. doi: 10.1371/journal.pone.0207261.
18. Peters E. Compassion fatigue in nursing: A concept analysis. *Nurs Forum*. 2018;53(4):466-80. doi: 10.1111/nuf.12274.
19. Fukumori T, Miyazaki A, Takaba C, Taniguchi S, Asai M. Cognitive reactions of nurses exposed to cancer patients' traumatic experiences: a qualitative study to identify triggers of the onset of compassion fatigue. *Psycho-Oncology*. 2017;27(2):620-5. doi:10.1002/pon.4555.
20. Wentzel D, Brysiewicz P. Integrative review of facility interventions to manage compassion fatigue in oncology Nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2017; 44(3):E124-40. doi:10.1188/17.onf.e124-e140.
21. Mills J, Wand T, Fraser JA. Palliative care professionals' care and compassion for self and others: a narrative review. *Int J Palliat Nurs*. 2017;23(5):219-29. doi:10.12968/ijpn.2017.23.5.219.
22. Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(6):E618. doi: 10.3390/ijerph13060618.
23. Giarelli E, Denigris J, Fisher K, Maley M, Nolan E. Perceived quality of work life and risk for compassion fatigue among oncology nurses: a mixed-methods study. *Oncol Nurs Forum*. 2016; 43(3):E121-31. doi:10.1188/16.onf.e121-e131.
24. Van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and *burnout* among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLoS One*. 2015; 10(8):e0136955. doi: 10.1371/journal.pone.0136955.
25. Weidlich CP, Ugarriza DN. A pilot study examining the impact of care provider support program on resiliency, coping, and compassion fatigue in military health care providers. *Mil Med*. 2015;180(3):290-5. doi: 10.7205/MILMED-D-14-00216.
26. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, *burnout*, and coping with death. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(2):200-7. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013.

27. Whitebird RR, Asche SE, Thompson GL, Rossom R, Heinrich R. Stress, *Burnout*, Compassion Fatigue, and Mental Health in Hospice Workers in Minnesota. *J Palliat Med.*, 2013; 16(12), 1534–1539. doi:10.1089/jpm.2013.0202.
28. Zeidner M, Hadar D, Matthews G, Roberts RD. Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety Stress Coping.* 2013;26(6):595-609. doi:10.1080/10615806.2013.777045.
29. Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res.* 2010;23(4):191-7. doi: 10.1016/j.apnr.2008.09.003.
30. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, *burnout*, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs.* 2010;36(5):420-7. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027.
31. Lombardo B, Eyre C. Compassion fatigue: a nurse's primer. *Online J Issues Nurs.* 2011;16(1):3. doi: 10.3912/OJIN.Vol16No01Man03.
32. Robins PM, Meltzer L, Zelikovsky N. The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. *J Pediatr Nurs.* 2009;24(4):270-9. doi: 10.1016/j.pedn.2008.03.007.
33. Owen RP, Wanzer L. Compassion fatigue in military healthcare teams. *Arch Psychiatr Nurs.* 2014; 28(1):2-9. doi: 10.1016/j.apnu.2013.09.007
34. O'Mahony S, Ziadni M, Hoerger M, Levine S, Baron A, Gerhart J. Compassion fatigue among palliative care clinicians: findings on personality factors and years of service. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018;35(2):343-7. doi: 10.1177/1049909117701695
35. Klein CJ, Riggerbach-Hays JJ, Sollenberger LM, Harney DM, McGarvey JS. Quality of life and compassion satisfaction in clinicians: a pilot intervention study for reducing compassion fatigue. *Am J Hosp Palliat Care.* 2018; 35(6):882-8. doi: 10.1177/1049909117740848
36. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. An evolutionary concept analysis of compassion fatigue. *J Nurs Scholarsh.* 2017;49(5):557-63. doi: 10.1111/jnu.12312.
37. Pfaff KA, Freeman-Gibb L, Patrick LJ, DiBiase R, Moretti O. Reducing the "cost of caring" in cancer care: Evaluation of a pilot interprofessional compassion fatigue resiliency programme. *J Interprof Care.* 2017; 31(4):512-9. Doi:10.1080/13561820.2017.1309364.
38. Brown JLC, Ong J, Mathers JM, Decker JT. Compassion fatigue and mindfulness: comparing mental health professionals and MSW student interns. *J Evid-Inf Soc Work.* 2017;14(3):119-30. doi:10.1080/23761407.2017.1302859.
39. Galiana L, Arena F, Oliver A, Sansó N, Benito E. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and *burnout* in Spain and Brazil: Proqol validation and cross-cultural diagnosis. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53(3):598-604. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014.
40. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud.* 2017; 69:9-24. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003

41. Cragun JN, April D, Thaxton RE. The impact of combat deployment on health care provider *burnout* in a military emergency department: a cross-sectional professional quality of life scale v survey study. *Mil Med.* 2016;181(8):730-4. Doi: 10.7205/MILMED-D-15-00420.
42. Sorenson C, Bolick B, Wright, Hamilton R. Understanding compassion fatigue in healthcare providers: a review of current literature. *J Nurs Scholarsh.* 2016;48(5):456-65. doi:10.1111/jnu.12229.
43. Allsbrook K, Atzinger C, He H, Engelhard C, Yager G, Wusik K. The Relationship between the Supervision Role and Compassion Fatigue and *Burnout* in Genetic Counseling. *J Genet Couns.* 2016; 25(6):1286-97.
44. Lee W, Veach PM, MacFarlane IM, LeRoy BS. Who is at risk for compassion fatigue? An investigation of genetic counselor demographics, anxiety, compassion satisfaction, and *burnout*. *J Genet Couns.* 2015; 24(2):358-70. 10.1007/s10897-014-9716-5.
45. Galea S. The art of medicine: Compassion in a time of COVID-19. *The Lancet*[Internet], May 22, 2020[cited 2020 Jun 05]. doi.org/10.1016/ S0140-6736(20)31202-2.
46. Zhang, Y., Zhang, C., Han, X.-R., Li, W., & Wang, Y. (2018). Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing. **Medicine**, 97(26), e11086. doi:10.1097/md.0000000000011086.
47. Damiano RF, Lucchetti ALG, Lucchetti G. Ensino de “saúde e espiritualidade” na graduação em medicina e outros cursos da área de saúde. *Hu Rev*[Internet]. 18 fev 2020 [citado 5 jun 2020];44(4):515-2. doi: 10.34019/1982-8047.2018.v44.25928.
48. Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol.* 2019; 113(4):787-891.
49. Shattuck, E.C., Muehlenbein, M.P. Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health. *J Relig Health.* 2018; 59, 1035–1054. doi.org/10.1007/s10943-018-0663-6.
50. Silva GCN, Reis DC, Miranda TPS, Melo RNR, Coutinho MAP, Paschoal GS, et al. Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. *Rev Bras Enferm.* 2019;72(6):1534-40. doi: http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0585.

“A experiência mais linda que podemos ter é do misterioso. É a emoção fundamental que repousa no berço da verdadeira arte e da verdadeira ciência. Aquele que não a conhece e não pode mais se admirar, ou maravilhar-se, está como morto, e seus olhos estão obscurecidos. Foi a experiência do mistério – ainda que misturada com o medo – que engendrou a religião. O conhecimento da existência de algo que não podemos penetrar, nossas percepções da razão mais profunda e da mais radiante beleza, as quais apenas em suas formas mais primitivas são acessíveis às nossas mentes: este é o conhecimento e a emoção que constitui a verdadeira religiosidade.

Neste sentido, e somente neste sentido, sou um homem profundamente religioso [...]. Estou satisfeito com o mistério da vida eterna e com o conhecimento, um senso, da estrutura maravilhosa da existência – assim como com os humildes esforços para entender mesmo uma minúscula porção da Razão que manifesta a si mesma na natureza”.

Albert Einstein, 1950¹

¹ Trecho de uma carta escrita em 1950 e dirigida a Robert S. Marcus.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Compreender a relação entre a R/E e o humanismo secular sobre a Fadiga e a SC segundo a percepção dos profissionais de saúde.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Os objetivos específicos deste estudo apresentam-se a seguir:

- 1) caracterizar os profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino, considerando as variáveis demográficas, ocupacionais e religiosas/espirituais;
- 2) determinar os escores de R/E;
- 3) determinar os escores de Fadiga e SC;
- 4) analisar a influência de preditores demográficas, ocupacionais e religioso/espiritual sobre a Fadiga e SC;
- 5) descrever a percepção dos profissionais de saúde em relação ao papel da R/E e do humanismo secular com a Fadiga e SC.

*“No eclipse o Sol não morre.
Apenas se oculta aos nossos olhos.
Mas ele continua presente atrás da sombra”.*

Leonardo Boff

4 MATERIAIS E MÉTODOS

4.1 DELINEAMENTO DE ESTUDO

A trajetória metodológica escolhida foi a pesquisa mista. Este tipo de pesquisa representa um conjunto de processos sistemáticos de pesquisa que envolve a coleta e análise de dados quantitativos e qualitativos, que se associam e se agregam para a realização da discussão conjunta por meio de inferências para, assim, alcançar uma maior compreensão do fenômeno em estudo (SAMPIERI; COLLADO; LUCIO, 2013).

A FC, a R/E, o trabalho dos profissionais de saúde e as relações interpessoais, de maneira geral, são desafios e fenômenos que a ciência busca compreender e, por serem temas diversos, o uso de uma única perspectiva, seja qualitativa como quantitativa, poderia ser insuficiente para tal complexidade e diversidade. Assim, a interação entre métodos qualitativos e quantitativos fornecerá melhores possibilidades analíticas.

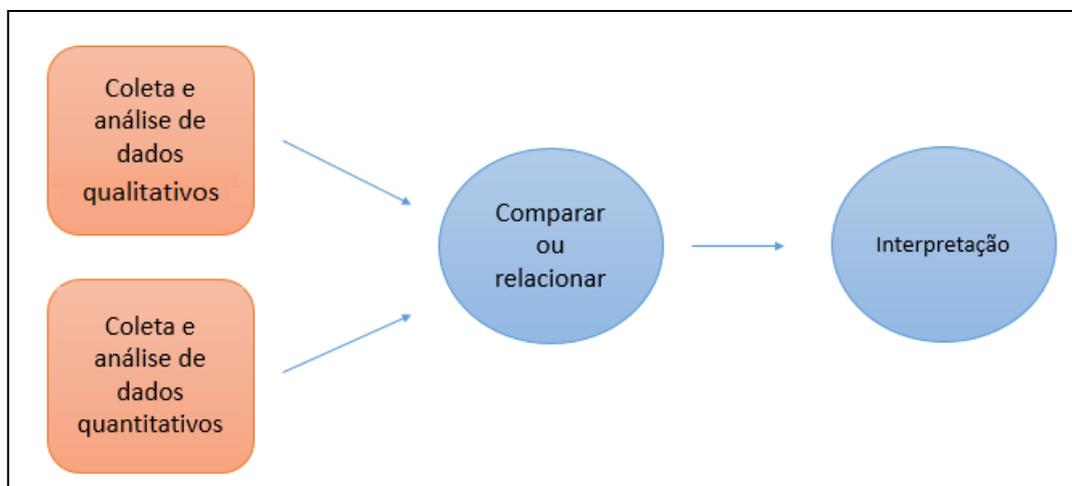
A pesquisa hoje carece de trabalho multidisciplinar, visto que o delineamento metodológico misto poderá expandir o entendimento de um método para outro, fortalecendo a ideia de estudos multimodais (CRESWELL, 2007).

Ao elaborar a proposta do delineamento de pesquisa mista, e considerando a sequência em que os diferentes tipos de dados serão coletados, optou-se pela execução da pesquisa no desenho sequencial, isto é, a primeira etapa foi a coleta dos dados qualitativos e, em seguida, foram coletados os dados quantitativos. Conforme elucidou Creswell (2007), quando se coletam dados qualitativos primeiro, a intenção é explorar o tema com os participantes da pesquisa inseridos em seu ambiente para que, depois, por meio da pesquisa quantitativa, o pesquisador possa expandir o seu entendimento acerca do assunto em questão por meio de uma amostra maior e tipicamente representativa.

Para tanto, o desenho de análise e interpretação dos dados será de um projeto paralelo convergente, também denominado como projeto convergente, no qual o pesquisador usa o momento simultâneo para implementar os elementos quantitativos e qualitativos durante a mesma fase do processo da pesquisa e, sem preterir nenhum dos métodos, mantém os elementos independentes durante a

análise, misturando, depois, os resultados durante a interpretação geral, como está apresentado na figura 1 (CRESWELL; CLARK, 2014).

Figura 1 - Projeto Paralelo Convergente

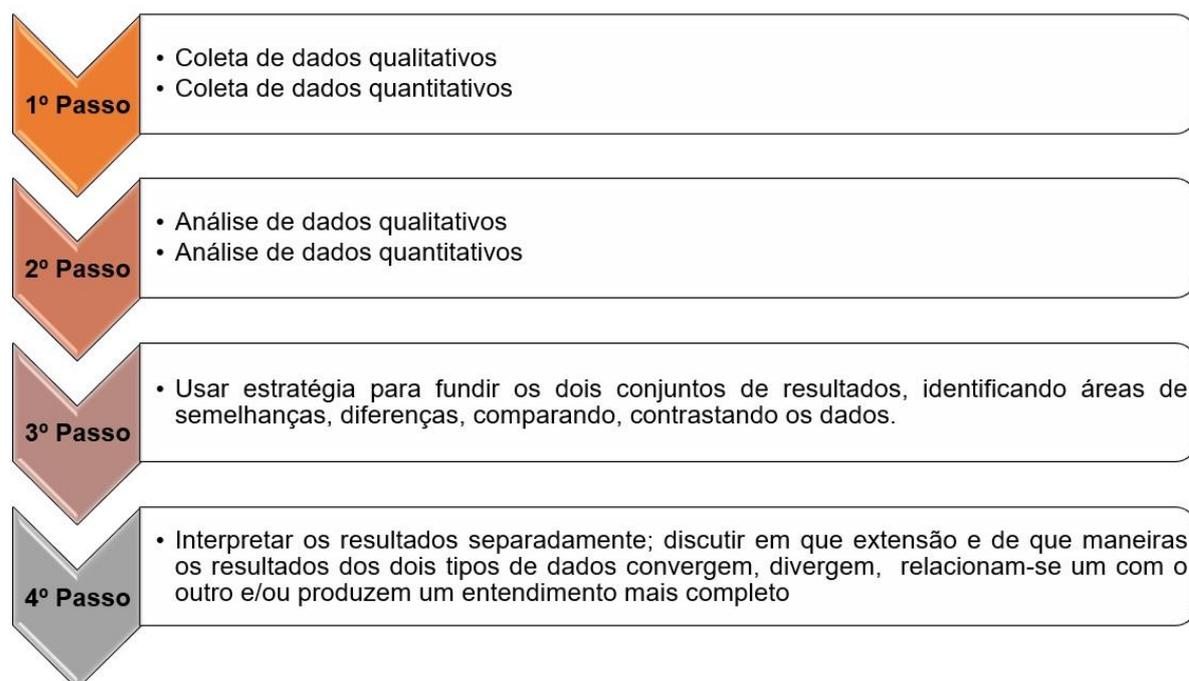


Fonte: Elaborado pela autora (2022).

Esse projeto é usado quando o pesquisador quer triangular os métodos, comparando e contrastando diretamente os achados qualitativos com os resultados estatísticos quantitativos para propósitos de corroboração e validação, além de ilustrar os resultados quantitativos com achados qualitativos, sintetizando-os para desenvolver um entendimento mais completo de um fenômeno e comparar múltiplos níveis dentro de um sistema (CRESWELL; CLARK, 2014).

No primeiro momento, o pesquisador coleta os dados quali-quantitativos. Em seguida, analisa os dois conjuntos de dados separada e independentemente um do outro, usando procedimentos analíticos quantitativos e qualitativos típicos. No terceiro passo, o pesquisador atinge o ponto de interação e trabalha para fundir os resultados quali-quantitativos. Esse passo da fusão pode incluir e comparar diretamente os resultados separados ou transformar os resultados para facilitar e relacionar os dois tipos de dados durante a análise adicional. No passo final, o pesquisador interpreta até que ponto e de que maneira os dois conjuntos de resultados convergem, divergem um do outro, relacionam-se um com o outro e/ou combinam-se para criar um melhor entendimento na resposta ao propósito geral do estudo, conforme a figura 2 (CRESWELL; CLARK, 2014).

Figura 2 - Fluxograma dos procedimentos básicos na implementação de um projeto convergente.



Fonte: Creswell e Clark (2014).

Assim, a pesquisa científica e a incessante busca pelo conhecimento foram primordiais para o alcance dos objetivos propostos. Exigiram decisões, comprometimento, planejamento, atitude, clareza na definição do problema, objetivos bem definidos, metodologia, técnica, mas, acima de tudo, dedicação.

4.1.1 Abordagem qualitativa

Ao considerar os objetivos propostos neste estudo, quanto à natureza, à abordagem, ao tipo e procedimentos, na abordagem qualitativa, com todos os devidos cuidados que uma classificação requer, o tipo de pesquisa escolhido foi a explicativa. A pesquisa explicativa identifica os fatores que estabelecem ou contribuem para o aparecimento de fenômenos. Nesse sentido, esta pesquisa pode ser entendida como explicativa enquanto busca compreender ou estabelecer ligações entre fenômenos e experiências, distinguindo a natureza de tais relações e comentando-as (GIL, 2008).

A pesquisa, na perspectiva qualitativa, explora o conjunto de opiniões, expressões e crenças sobre o tema pesquisado. Conforme Bauer e Gaskell (2007),

tal pesquisa lida com interpretações das realidades sociais, explora as opiniões e as diferentes representações sobre o assunto em questão. Pressupõe-se, segundo Chizzotti (2015), uma íntima relação entre o objeto (sujeito pesquisado e sujeito pesquisador). O objeto possui sentido e relação com o sujeito.

A abordagem utilizada na pesquisa foi História Oral Temática (HOT), empregando a entrevista em profundidade. Meihy e Ribeiro (2011) apontaram que a História de Vida pode ser subdividida em quatro gêneros narrativos: a) história oral de vida, em que o propósito é ouvir toda a história dos participantes; b) a tradição oral, que é utilizada em grupos iletrados, em que os recursos da oralidade registram sua história e a transmissão geracional de mitos, lendas e preceitos; c) a HOT, em que um tema é escolhido e o entrevistado aborda-o, correlacionando com sua história; e d) a história oral testemunhal, que reside na narrativa de vivências dramáticas e traumas na vida das pessoas ou comunidades.

Segundo Meihy e Ribeiro (2011, p. 19), a História Oral de Vida trabalha com a memória dos indivíduos pesquisados, possibilitando uma compreensão do período histórico evocado, qual seja:

A presença do passado no presente imediato das pessoas é a razão de ser da história oral. Nessa medida, a história oral não só oferece uma mudança no conceito de história, mas, mais do que isso, garante sentido social à vida de depoentes e leitores, que passam a entender a sequência histórica e se sentir parte do contexto em que vivem (MEIHY; RIBEIRO, 2011, p. 19).

Meihy (2006) elucidou que toda ação da história oral é transformadora, desde a elaboração do projeto, escolha dos colaboradores, operação de entrevista, produção textual e eventual análise, atribuindo-se, ao pesquisador, o compromisso com esta transformação, formação, orientação e crítica que deve decorrer de novos balanços da produção existentes agora e executados sob a luz de alternativas mais ágeis, modernas, menos defensivas ou retrógradas. O que se almeja é que a história oral seja menos um fator de alienação e mais de transformação.

A pesquisa realizada com a história oral, segundo Alves (2016), viabilizou a reinvenção de novas organizações de trabalho por meio da escuta e dos apontamentos das narrativas conforme os indivíduos pesquisados conseguirem reelaborar suas concepções, abordagens e opiniões por meio da entrevista.

Por meio da realização da pesquisa por meio da história de vida, na qual se abordam as vidas das pessoas, seus significados, suas histórias, os participantes

dos estudos são considerados como colaboradores de pesquisa, não apenas sujeitos sem participação efetiva (BARBOSA; SOUZA, 2009).

Como exposto, a compreensão da HOT de profissionais de saúde e a análise da influência dos preditores (demográficas, ocupacionais, FC e R/E) são essenciais para a compreensão do papel da espiritualidade e do humanismo sobre a Fadiga e a SC.

Afinal, a expectativa é que, separadamente e em conexão, a história oral de vida possibilite o discernimento para as etapas que serão desenvolvidas com possíveis complexidades e dificuldades que podem surgir durante o processo, oferecendo suporte teórico e metodológico ao exame da Fadiga e SC e espiritualidade no trabalho em saúde, destacando singularidades, conceitos e conclusões teóricas importantes.

4.1.2 Abordagem quantitativa

Trata-se de um estudo observacional e transversal. Nos estudos transversais, a exposição ao fator ou causa está presente ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado e a condição de saúde do participante pode ser determinada simultaneamente (LIMA-COSTA; BARRETO, 2003).

4.2 LOCAL

O estudo foi desenvolvido no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro (HC-UFTM), que é referência em saúde na região, desempenhando papel essencial no ensino. Atende aos 27 municípios que compõem a macrorregião Triângulo Sul de Minas Gerais como único hospital público que oferece atendimento de alta complexidade. A Faculdade de Medicina do Triângulo Mineiro (FMTM), nome com o qual foi fundada esta Instituição de Ensino Superior (IES) no ano de 1953, incorporou, em 1968, a Santa Casa de Misericórdia. Em 1972, foi transformada em autarquia federal e, em 1982, com a conclusão da construção das novas instalações, foi inaugurado o Hospital Escola. No ano de 2005, a instituição de ensino, que até então recebia a denominação de faculdade, transforma-se em universidade e o hospital foi renomeado como HC. Em 2013, a

Universidade Federal do Triângulo Mineiro (UFTM) assinou contrato de adesão à Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), que passou a gerir o HC.

Quanto à estrutura, o hospital possui 306 leitos ativos, sendo 20 de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) infantil, dez de UTI adulto e dez de UTI coronariano, além de 14 salas de cirurgia. O Pronto-Socorro conta com 22 leitos. O HC-UFTM possui cinco anexos: Ambulatório Maria da Glória; Ambulatório de Especialidades; Ambulatório de Pediatria; Centro de Reabilitação e Central de Quimioterapia, totalizando 180 consultórios (UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO, 2018).

4.3 PARTICIPANTES E AMOSTRA

A pesquisa foi realizada com a população constituída por profissionais de Enfermagem (enfermeiros, técnicos em Enfermagem) e médicos de um HC do Triângulo Mineiro composto por funcionários públicos estatutários contratados por Regime Jurídico Único (RJU), bem como por trabalhadores contratados por regime celetista da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT) pela EBSERH.

Embora ocupem o mesmo local de trabalho e realizem as mesmas atividades, servidores públicos estatutários, tanto trabalhadores celetistas - CLT, como também estatutários, têm suas condições de trabalho orientadas por leis diferentes, o que resulta em discrepâncias quanto à jornada semanal de trabalho, estabilidade no emprego, plano de carreira, salário, entre outras.

Foram convidados a participar do estudo os profissionais de Enfermagem e médicos a partir dos seguintes critérios de inclusão: técnicos de Enfermagem; enfermeiros assistenciais e profissionais médicos que atuavam em setor crítico.

Conforme a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), são considerados como área crítica: salas de cirurgia; unidades de tratamento intensivo; salas de hemodiálise; leitos ou salas de isolamento; centrais de material e esterilização; bancos de sangue e área suja de lavanderia hospitalar.

Destes setores críticos, foram incluídas as seguintes unidades do hospital: Unidade de Cuidados Intermediários (Berçário); Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias; Unidade de Terapia Renal (UTR); UTI Adulto; UTI neonatal e pediátricas; UTI coronariana; Bloco Cirúrgico e Oncohematologia, por possuírem

características específicas quanto a rotinas e complexidade dos pacientes e por lidarem diretamente com o paciente.

Foram excluídos os profissionais afastados (por licença-maternidade, afastamento por doença) e lotados em unidades de internação.

As áreas hospitalares são destinadas a diferentes finalidades e estão associadas a um potencial específico de transmissão de infecção. A área crítica é aquela onde existe risco aumentado para o desenvolvimento de infecções relacionadas à assistência, seja pela execução de processos envolvendo artigos críticos ou material biológico, pela realização de procedimentos invasivos ou pela presença de pacientes com susceptibilidade aumentada aos agentes infecciosos ou portadores de microrganismos de importância epidemiológica (BRASIL, 2002).

O cuidado em saúde ministrado aos pacientes por profissionais de saúde nos setores fechados das instituições hospitalares possui características próprias. Os profissionais de saúde necessitam de habilidades específicas e um ritmo de trabalho muito característico em que o estresse permeia as atividades, podendo submeter o profissional ao sofrimento físico e psíquico, gerando, por consequência, prejuízos à qualidade na assistência ao paciente (BARBOZA *et al.*, 2013; CARVALHO *et al.*, 2004).

Assim, as relações do profissional com o trabalho e diante da possibilidade de que o trabalho possa, talvez, lhe trazer desgaste físico, mental e sofrimento psíquico, optou-se pela escolha da pesquisa em área crítica.

O cálculo do tamanho amostral da pesquisa quantitativa considera um coeficiente de determinação apriorístico, $R^2 = 0,1$, em um modelo de regressão linear com sete preditores, tendo um nível de significância ou erro do tipo I de $\alpha = 0,01$ e erro do tipo II de $\beta = 0,1$, resultando, portanto, em um poder estatístico apriorístico de 90%. Ao utilizar o aplicativo *Power Analysis and Sample Size* (PASS), versão 13, introduziram-se os valores acima descritos, obtendo-se um tamanho de amostra de $n = 228$ sujeitos. Ao considerar uma perda de amostragem de 50%, o número máximo de tentativas de entrevista seria de 456 sujeitos. A variável de desfecho principal foi o escore de FC e o desfecho secundário foi o escore de SC.

Para a seleção dos profissionais que participaram da etapa qualitativa, foi realizado um único sorteio de 24 profissionais, utilizando o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0, conforme a categoria

profissional, dentre os 228 participantes (oito técnicos em Enfermagem, oito enfermeiros e oito médicos) contemplando um trabalhador por categoria e por setor.

A pesquisa também contou com três avaliadores (juízes), que validaram o roteiro da entrevista semiestruturada (etapa qualitativa). Os juízes foram selecionados a partir de sua *expertise* e com a finalidade de avaliar a clareza das perguntas, tempo da entrevista, dúvidas e dificuldades que poderão surgir.

4.4 COLETA DE DADOS

4.4.1 Primeira fase: fase exploratória e delimitação do estudo

No contexto organizacional, torna-se primordial o diagnóstico da situação para que seja formada uma equipe conjunta (pesquisador e atores membros da organização), buscando, assim, o comprometimento dos atores e a autorização da Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP) da instituição para a realização da pesquisa nas unidades funcionais inseridas a partir dos critérios de inclusão.

De acordo com as normas administrativas da GEP, a solicitação de autorização para a realização de pesquisas no âmbito da instituição foi direcionada aos coordenadores/chefes das unidades funcionais.

4.4.2 Segunda fase: coleta das informações

Foi selecionada uma amostra aleatória simples, em que foi atribuído um número a cada participante e realizados sorteios utilizando o programa *Statistical Package for the Social Science* (SPSS), versão 21.0. Em seguida, efetuou-se o contato com o sorteado, convidando-o para a pesquisa. Os dados foram coletados somente após a aprovação da pesquisa pelo CEP da UFTM. A coleta de dados ocorreu em um período de seis meses (fevereiro a julho de 2021).

A **coleta das informações qualitativas** consiste em uma fase de pesquisa aprofundada e exige que se discutam os direcionamentos da investigação e a forma de participação da equipe. Nessa fase, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com os profissionais médicos e de enfermagem a partir do desenvolvimento de um roteiro.

Após a elaboração do roteiro, foi realizada a validação de conteúdo da entrevista semiestruturada por três avaliadores, com *expertises* sobre o tema e/ou metodologia, com a finalidade de avaliar a clareza das perguntas, tempo da entrevista, dúvidas e dificuldades que surgiram. A titulação mínima de doutorado e a experiência de um ano funcionaram como pré-requisito para o convite aos juízes selecionados. A escolha foi realizada por amostra de conveniência e as juízas selecionadas são enfermeiras com experiência assistencial em docência e na realização de pesquisas quali-quantitativas.

O convite aos juízes foi realizado por meio eletrônico, em que foram encaminhados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com explicações sobre a pesquisa, o roteiro para a análise do instrumento e o motivo pelo qual o especialista foi escolhido. Foram excluídos aqueles juízes que se encontravam de férias ou em afastamento no momento da coleta de dados. Após o aceite, foi estipulado prazo para a entrega da análise do roteiro.

Posteriormente à validação de conteúdo da entrevista semiestruturada, algumas adequações nas questões foram realizadas pelas pesquisadoras responsáveis e, finalmente, a confecção do roteiro foi definida.

O roteiro de entrevistas foi composto por perguntas a respeito da relação entre o trabalho, fadiga e SC, espiritualidade e humanismo secular, e os fatores que influenciam positiva e/ou negativamente nessa relação, na opinião desses profissionais, como observa-se no APÊNDICE A.

Por meio da entrevista semiestruturada, podem-se obter dados básicos para a compreensão das crenças, atitudes e valores em relação ao comportamento das pessoas em âmbitos sociais específicos, em uma interação ou empreendimento cooperativo, em que palavras são instrumento essencial de troca (BAUER; GASKELL, 2007, p. 74). Segundo os mesmos autores, “ela é uma conversa um a um, uma interação diáde”.

As entrevistas individuais qualitativas e semiestruturadas foram precedidas pela realização de pré-teste, aplicadas a cinco profissionais que estavam inseridos nos critérios de inclusão.

Segundo Lefevre e Lefevre (2012), é por meio do pré-teste que se possibilitará, ao pesquisador, analisar se a entrevista está alcançando os objetivos propostos e se os sujeitos pesquisados estão os compreendendo.

Dos 24 participantes da etapa qualitativa, foram sorteados oito profissionais de cada categoria, nos plantões matutino, vespertino e noturno, nos setores supracitados. Ressalta-se que não houve recusa para a realização da entrevista qualitativa.

Como já foi dito anteriormente, a HOT foi a abordagem metodológica desta pesquisa. Optou-se por ela, pois evidencia determinada etapa ou setor da vida de uma pessoa ou organização, enfocando os fatos tais quais foram vivenciados (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

Guiado por Meihy e Ribeiro (2011), o método foi composto por três etapas, que são: a) a pré-entrevista, em que ocorreu a preparação do encontro para a gravação, posterior à anuência do entrevistado, em que se apontou sobre o projeto, o motivo da sua inclusão e se informou sobre como será feito o registro; b) a entrevista, que se deu de forma única e, sempre que possível, manteve-se um equilíbrio de regularidade no tempo dedicado a cada uma para que não houvesse favorecimento ou hierarquização; c) a pós-entrevista, em que houve contatos posteriores para agradecimentos ou ajustes necessários e o pesquisador apresentou, aos participantes, o seu depoimento para sua concordância, sendo que a entrevista não seria utilizada sem a anuência do colaborador.

As etapas da coleta de dados foram realizadas em uma sala cedida nas dependências físicas do hospital e/ou conforme a disponibilidade do entrevistado, em um ambiente reservado e livre de interferências externas. O pesquisador agendou, com os entrevistados, data e horário para que pudesse visitar a unidade hospitalar e convidar os profissionais a responderem à entrevista de modo que fosse garantido o anonimato.

Com a extensão do período de pandemia, para a entrevista semiestruturada (etapa qualitativa), as seguintes ações foram adotadas:

a) Os participantes foram orientados quanto à necessidade de serem observadas as medidas de segurança, como a permanência do uso de máscara (tipo cirúrgica) e a manutenção de distância mínima de dois metros, assim como a higienização das mãos com álcool gel (ofertado pela pesquisadora), antes e após a entrevista;

b) Os mesmos cuidados foram tomados pela pesquisadora, paramentada com vestimenta pessoal e máscara tipo cirúrgica (cobrindo boca e nariz);

c) Durante o intervalo de coleta de dados, entre um participante e outro, foi realizada a desinfecção com álcool 70% dos materiais utilizados para o preenchimento da pesquisa, tais como cadeiras, mesas, canetas, pranchetas (a contaminação de superfícies é uma das formas de transmissão da COVID-19). O ambiente foi preparado com janelas abertas, ar-condicionado e/ou ventilador desligados.

A estes profissionais, foi apresentada a pesquisa e, após os devidos esclarecimentos, foi entregue o TCLE. Depois de lido e assinado pelos convidados que aceitaram participar, foi iniciada a entrevista.

Conforme as orientações de Bellato *et al.* (2008), as entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas de forma literal. Contudo, outro recurso utilizado foi o instrumento de registro nomeado diário de campo, no qual se anotou as observações do entrevistador durante o encontro com o colaborador da pesquisa, bem como se descreveram as sensações e vivências do pesquisador, além do sentido manifestado pelas palavras, mas, também, pelas emoções por meio das pausas, dos silêncios, dos risos e do choro. Após cada entrevista, ele foi preenchido para que não se perdesse nenhuma expressão da linguagem não verbal durante o diálogo.

Os participantes seguiram representados como Colaboradores “C” para assegurar o sigilo das informações e preservar suas identidades, seguidos do número correspondente à ordem em que as entrevistas ocorreram. Optou-se pela fonte em itálico para destacar as falas, diferenciando-as das citações. Assim, os participantes do grupo de enfermeiros foram nomeados com a letra “E”; os técnicos em Enfermagem, com as letras “TE” e os médicos, com as letras “ME”. A coleta ocorreu entre os meses de fevereiro e março de 2021.

Os grifos foram utilizados pela autora, em alguns depoimentos, como recurso para destacar e identificar conteúdos diretamente relacionados aos aspectos do objeto de estudo desta pesquisa. Após alguns recortes das falas, foram citadas observações de linguagem não verbal extraídas do diário de campo.

Já para a **coleta das informações quantitativas**, foi realizado um pré-teste com cinco profissionais que estavam inseridos nos critérios de inclusão. Segundo Lefevre e Lefevre (2012), o pré-teste possibilitará, ao pesquisador, analisar se o questionário está alcançando os objetivos propostos e a compreensão dos sujeitos pesquisados.

O recrutamento dos participantes ocorreu após o sorteio. Ao considerar a extensão do período da pandemia, a aplicação do questionário (abordagem quantitativa) foi alterada da modalidade presencial para *on-line* por meio do *Google Forms*. Foi enviado um *e-mail* ou *WhatsApp* aos participantes com um texto de convite (ANEXO B) para acessarem o *link* da pesquisa: https://docs.google.com/forms/d/1zOkt73Rhs_cgO522Q_FR_biJJex9E3NFtoiSbjqUb_d0/edit7.

Os contatos dos participantes foram obtidos por meio da Divisão de Gestão de Pessoas da Instituição e Divisão de Enfermagem (formalização das solicitações em ANEXO C) e os dados foram utilizados para contatos futuros.

4.4.3 Instrumentos para a coleta de dados quantitativos

O instrumento para a caracterização dos participantes, que atende ao objetivo específico 1, incluiu variáveis referentes aos dados sociodemográficos, ocupacionais e aos dados religiosos/espirituais. A construção do instrumento, referente às questões de nº 16 ao 20, foi adaptada de Panzini (2004).

As variáveis foram, a saber:

a) **Sociodemográficas:** idade, sexo, estado civil, filhos e principal renda financeira;

b) **Ocupacionais:** cargo de trabalho na instituição, tempo de formação, data de admissão, vínculo empregatício, carga horária de trabalho semanal, turno de trabalho, número de vínculos empregatícios, unidade/setor de trabalho e tempo no setor atual;

c) **Religiosas/espirituais:** crença em Deus, o tempo da crença em Deus, religião/doutrina/seita/crença, mudança de religião, frequência de prática religiosa, presença de sintomas de depressão, ansiedade, estresse autorreferido e necessidade de acompanhamento médico.

Ao buscar atender ao objetivo específico 2, foi utilizada a Escala de Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS-P). As dimensões de espiritualidade e de religiosidade incluídas neste instrumento são destinadas para o uso em estudos que avaliam a relação entre R/E e Saúde. Este instrumento BMMRS, elaborado por *Fetzer Institute* (2003), traduzido e adaptado culturalmente

no Brasil (MIARELLI; SILVA, 2011) e validado na versão brasileira (CURCIO, 2013) (ANEXO D), possui 38 itens e mede 11 dimensões, que são:

a) Experiências Espirituais Diárias (EED): frequência que vivenciam experiências, como a presença de Deus, o conforto na religião ou na espiritualidade, amor aos outros, admiração pela natureza, paz interior e desejo de proximidade com Deus. É uma medida mais direta do impacto da religião e da espiritualidade na vida diária. Este domínio é composto pela somatória dos itens de 1 a 6;

b) Valores/Crenças (VC): premissa de que Deus existe e que afeta, de alguma forma, a vivência humana. Este domínio é composto pela somatória dos itens 7 e 8;

c) Perdão (PERD): é composto por sentindo-se perdoado por Deus, perdoar aos outros e perdoar a si mesmo. Ou seja, o processo de cessar o ressentimento, a mágoa, a vingança em relação a um ofensor, aos próprios erros ou a Deus. Este domínio é composto pela somatória dos itens de 9 a 11;

d) Práticas Religiosas Particulares (PRP): são práticas religiosas privadas, que se referem às atividades realizadas individualmente (oração pessoal, assistir a programas religiosos etc.). Este domínio é composto pela somatória dos itens 12 a 16;

e) Superação Religiosa/Espiritual (SUP R/E): estratégias de religiosidade e espiritualidade utilizadas para lidar com circunstâncias difíceis de vida, ou seja, eventos estressores. Este domínio é composto pela somatória dos itens de 17 a 23;

f) Suporte religioso (SUP REL): está interligado com as relações sociais, como o apoio advindo de Deus, da comunidade religiosa e do seu líder religioso. Este domínio é composto pela somatória dos itens de 24 a 27;

g) História Religiosa/Espiritual: refere-se às experiências que o indivíduo teve, atribuindo motivações religiosas/espirituais. Este domínio é composto pelos itens de 28 a 30;

h) Comprometimento: utilizado para mensurar o nível de envolvimento religioso do indivíduo, bem como o compromisso com a própria crença religiosa. Este domínio é composto pelos itens de 31 a 33;

i) Religiosidade organizacional (REL ORG): é o envolvimento com as atividades religiosas públicas, como a participação religiosa em missas, cultos, grupos de oração e reuniões religiosas. Este domínio é composto pela somatória dos itens 34 e 35;

j) Preferências Religiosas: identificação com um grupo religioso específico. Este domínio é composto pelo item 36;

k) Autoavaliação Global (AUT GL): autorreferência sobre o quão religioso/espiritualizado o indivíduo se considera. Este domínio é composto pela somatória dos itens 37 e 38.

As opções de resposta estão dispostas em escala Likert que em alguns itens variam de um a oito opções e, em outros, de um a seis opções de resposta. A pontuação de cada dimensão é específica e quanto menor a pontuação, maior o grau da dimensão em questão (para facilitar a análise, pode-se inverter a pontuação dos itens no momento da digitação dos dados de forma que os mais religiosos/espiritualizados pontuem mais) (CURCIO, 2013).

Os dados armazenados na planilha do Excel® foram importados para o *software* SPSS em que se inverteu o valor das respostas aos itens da BMMRS, de forma que os mais religiosos/espiritualizados pontuaram mais na BMMRS, exceto nos itens negativos da dimensão SUP R/E (“Sinto que Deus me castiga por meus pecados ou falta de espiritualidade”, “Eu me pergunto se Deus me abandonou”, “Tento entender o problema e resolvê-lo sem confiar em Deus”), na última questão de SUP REL (“Com que frequência as pessoas de sua comunidade religiosa criticam você e as coisas que você faz?”) e na questão sobre a perda de fé da dimensão História Religiosa/Espiritual (“Você já teve alguma perda significativa da sua fé?”) (CURCIO, 2013). Portanto, os escores de cada domínio foram calculados por meio da somatória dos itens de cada dimensão, sendo necessário recodificar os itens reversos presentes nas diferentes dimensões.

Para responder ao objetivo 3, foi utilizada a escala *Professional Quality of Life Scale* (ProQol-BR) - FC (ANEXO E). Lago e Codo (2013) apresentaram a validação semântica e psicométrica para o Brasil do ProQol-BR, tendo como base a quarta versão do ProQol-IV de Stamm (2005), que visa a avaliar aspectos positivos (“SC”) e aspectos negativos (“FC”). No entanto, os autores não publicaram parâmetros de interpretação dos dados do ProQol-BR, por isso, os dados foram analisados a partir das recomendações dispostas por Stamm (2010). Trata-se de um instrumento composto por 28 itens, sendo:

a) **Primeiro fator:** referente à SC, compõe-se de 15 itens (1, 2, 3, 4, 6, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 27 e 30);

b) **Segundo fator:** referente à FC, com dez itens (5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 23 e 25);

c) **Terceiro fator:** referente à Síndrome de *Burnout* (BO), de apenas três itens (19, 21 e 26). Este fator será apresentado, mas não discutido neste trabalho.

A escala de respostas do instrumento é do tipo *Likert*, variando de 1 a 5, em que: 1 = raramente; 2 = poucas vezes; 3 = algumas vezes; 4 = muitas vezes e 5 = quase sempre.

A pontuação final para o domínio FC é obtida pela soma de seus respectivos itens. Assim, o escore poderá variar de dez a 50. Segundo Stamm (2010), a pontuação maior que 17, provavelmente, constitui problemas relativos à FC. Poderá ser considerado como alta FC (quando o escore for igual ou maior que 42), moderada (quando o escore estiver entre 23 e 41) ou baixa (quando o escore for igual ou menor que 22).

A pontuação final para o domínio SC é obtida pela soma de seus respectivos itens. Assim, o escore poderá variar de 15 a 75. De acordo com Stamm (2010), dependendo do escore alcançado, ele poderá ser considerado como alta SC (quando o escore for igual ou maior que 42), moderada (quando o escore estiver entre 23 e 41) ou baixa (quando o escore for igual ou menor que 22). Pontuações mais altas nessa escala representam uma maior satisfação relacionada à sua capacidade de trabalho em saúde.

A pontuação final para o domínio BO é obtida pela soma de seus respectivos itens. Assim, para o domínio BO, o escore poderá variar de três a 15. De acordo com Stamm (2010), dependendo do escore alcançado, ele poderá ser considerado como alto BO (quando o escore for igual ou maior que 42), moderado (quando o escore estiver entre 23 e 41) ou baixo (quando o escore for igual ou menor que 22).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

4.5.1 Abordagem qualitativa

As entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas de forma literal, com destaques para as falas com tom emocional forte [sublinhadas].

O registro escrito do áudio ocorreu em três fases, de acordo com o preconizado por Meihy e Ribeiro (2011):

a) **Transcrição:** converteu-se o conteúdo oral gravado em um texto escrito. Foi estabelecida uma cópia escrita perfeita e fiel à gravação, incluindo referências aos ruídos ou barulhos independentes da entrevista (como latidos de cachorro, risos, telefone, campainhas) e mantendo os erros de linguagem;

b) **Textualização:** as perguntas foram retiradas e fundidas à narrativa. O texto permaneceu em primeira pessoa e foi reorganizado a partir de indicações cronológicas e/ou temáticas, para aproximar temas que foram abordados e retomados em diferentes momentos, com o objetivo de facilitar a leitura e a compreensão dos textos. Também nessa fase foi escolhido o tom vital (uma frase que serve como epígrafe para a leitura) de cada entrevista, tendo sido organizado sobre ela o critério de percepção do leitor, o qual funciona como um guia para a recepção do trabalho (MEIHY; RIBEIRO, 2011);

c) **Transcrição:** nesse momento, os elementos extratexto foram incorporados com vistas a recriar o contexto em que foi feita cada entrevista, sendo de fundamental importância a consulta às anotações do caderno de campo, sendo que a organização final do documento foi tarefa do pesquisador. Procurou-se trazer, ao leitor, as sensações provocadas pelo contato ao recriar-se a entrevista, assumindo uma postura em que é mais importante o compromisso com as ideias e não apenas com as palavras. Assim, foi de vital importância o aval do entrevistado para a recriação do texto em sua plenitude.

Ao final da entrevista, obteve-se um dos mais complexos e importantes recursos oferecidos pela história oral, que foi a validação. Nela, conferiu-se o texto produzido por meio do diálogo, desde o primeiro contato, verificaram-se e corrigiram-se possíveis erros e enganos, houve a legitimação do trabalho de forma não hierarquizada e validou-se a possibilidade de produção de conhecimento a partir do documento gerado (MEIHY; RIBEIRO, 2011).

A análise e a interpretação de dados, em uma perspectiva qualitativa, foram pautadas em Gomes (2009) e têm como finalidade conhecer e explorar o conjunto de opiniões e representações sociais sobre um determinado tema, tanto na direção do homogêneo quanto no que diverge dentro de um mesmo meio social e não simplesmente contar opiniões, obedecendo aos critérios metodológicos de categorização, inferência, descrição e interpretação, não necessariamente nessa ordem sequencial.

Quanto à modalidade de Análise de Conteúdo, elegeu-se a Análise Temática. Considerada como o cerne da pesquisa, comporta um conjunto de relações, podendo ser expressa por intermédio de uma palavra, uma frase ou um resumo. O tema corresponde a uma unidade de significação advinda de um texto analisado comparativamente à teoria que guia a leitura (GOMES, 2009).

Foram realizadas a leitura do material da pesquisa e a decomposição do material analisado em partes; a distribuição das partes em categorias; a descrição do resultado da categorização, expondo os achados encontrados na análise; as inferências dos resultados e a interpretação dos resultados obtidos com o auxílio da fundamentação teórica adotada (GOMES, 2009).

A operacionalização da Análise de Conteúdo Temática iniciou-se com uma leitura compreensiva, requereu um contato direto e intenso com o material de pesquisa de forma exaustiva com o intuito de obter uma visão do conjunto, apreensão das particularidades, elaboração dos pressupostos iniciais com a escolha das formas de classificação possíveis e determinação dos conceitos teóricos que serviram de base para a análise (GOMES, 2009).

Posteriormente, o material foi explorado com a distribuição de trechos, frases ou fragmentos de cada texto que responderam aos objetivos da pesquisa pelo esquema de classificação inicial. Realizou-se uma leitura dialogada com as partes dos textos da análise, em cada classe, sendo identificados e analisados os núcleos de sentido, por intermédio das inferências, articulando os sentidos do texto com o conceito teórico que orientou a análise (GOMES, 2009).

As categorizações seguiram a partir da análise do material de pesquisa (as entrevistas), tendo como foco valores que respeitaram a homogeneidade de sentidos e significados na tentativa de responder aos objetivos da pesquisa. E, por fim, foi utilizado o processo de categorização das unidades de análise, classificando os elementos constitutivos de um conjunto.

4.5.2 Abordagem quantitativa - análise estatística

Um banco de dados foi construído e, após a codificação das variáveis em um dicionário (*codebook*), os dados foram digitados em planilhas eletrônicas, adotando-se a técnica de dupla digitação, com posterior validação. A planilha validada foi

importada, empregando-se o aplicativo SPSS, versão 21.0, utilizado também na análise exploratória e inferencial.

Para atender ao primeiro objetivo específico, as variáveis qualitativas foram resumidas, empregando-se distribuições de frequência absolutas e relativas, ao passo que as variáveis quantitativas foram resumidas, empregando-se medidas resumo de posição (média e mediana) e de variabilidade (amplitudes e desvio-padrão).

Ao buscar atender aos objetivos específicos 2 e 3, os escores foram apresentados empregando-se medidas de posição (média e mediana), variabilidade (amplitudes e desvio-padrão) e consistência interna (*Alpha de Cronbach*).

Já para o quarto objetivo, a análise bivariada incluiu o Teste *T* de *Student* para os preditores definidos por variáveis dicotômicas, bem como correlações de Pearson para preditores quantitativos. A influência simultânea de preditores demográficos, ocupacionais, R/E sobre a Fadiga e a SC incluiu a análise de regressão linear múltipla. Para classificar a força de correlação entre as variáveis por meio dos coeficientes de correlação de *Pearson* e *Spearman*, a convenção sugerida por Cohen (1988) considera a correlação com base em sua magnitude como fraca com valores entre maior que zero e menor que 0,29, moderada entre 0,30 e 0,49 e forte com os valores iguais ou acima de 0,50.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender aos critérios éticos, foram seguidas as recomendações da Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, para a pesquisa envolvendo seres humanos, o que implica em só ser efetivada após análise e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) com seres humanos da UFTM. Vale ressaltar que foram elaborados dois TCLEs (APÊNDICES B e C), que foram assinados pelos participantes após terem sido orientados e esclarecidos sobre os objetivos da pesquisa. O projeto foi aprovado pelo CEP-UFTM sob o número CAAE 34694920.5.0000.5154 e número do Parecer: 4.284.110.

*“Compaixão não é uma relação entre curador e ferido.
É uma relação entre iguais.
Somente quando conhecemos a nossa própria escuridão
poderemos estar presentes na escuridão dos outros.
A compaixão torna-se real quando reconhecemos nossa
humanidade compartilhada”.*

Pema Chodron

5 RESULTADOS

No desenvolvimento desta pesquisa, utilizou-se a estratégia de métodos mistos, assim, antecedendo aos resultados dos métodos qualiquantitativos, será apresentada, previamente, a caracterização dos profissionais. Em seguida, os resultados serão apresentados em duas partes: na primeira, os resultados da pesquisa qualitativa e, na segunda, os da pesquisa quantitativa. Participaram 231 profissionais na etapa quantitativa e, destes, 24 indivíduos na etapa qualitativa.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DOS COLABORADORES

Participaram da pesquisa 231 profissionais, sendo 162 (70,1%) do sexo feminino e 69 (29,9%) do sexo masculino; 120 (51,9%) estavam na faixa etária entre 40 e 59 anos (51,9%); a média de idade foi de 42,37 anos (desvio-padrão de 9,405 anos, idade mínima 24 anos e idade máxima de 68 anos). Quanto ao estado civil, a maioria, 142 (61,5%), era casada/união estável, 59 (25,5%) eram solteiros, cinco (2,2%), separados, 23 (10%), divorciados e dois (0,8%), viúvos; 155 (67,1%) possuíam filhos; 157 (68,0%) eram os principais responsáveis financeiros da família.

Em relação ao cargo de trabalho na instituição, 108 (46,8%) eram técnicos em Enfermagem, 54 (23,4%), enfermeiros e 69 (29,8%), médicos; 121 (52,4%) estavam na faixa de 11 a 20 anos de tempo de formação, com média de 17,23 anos (desvio-padrão de 8,356 anos, tempo mínimo de formação de dois anos e tempo máximo 41 anos). No que concerne ao tempo de admissão, 149 (64,50%) estavam na faixa entre zero e dez anos, com média de 10,91 anos (desvio-padrão 9,009 anos, tempo mínimo de admissão na instituição menor que um mês e tempo máximo de 47 anos). Quanto ao vínculo empregatício, 147 (63,6%) eram contratados por regime celetista da CLT e 84 (36,4%) servidores públicos contratados por RJU. No que se refere à carga horária semanal, seis (2,6%) faziam 20h, 13 (5,6%) faziam 24h, 130 (56,3%) fazem 36h, 64 (27,7%) fazem 40h e 18 (7,8%), cumpriram mais de 40h semanais. Quanto ao turno de trabalho, 112 (48,5%) trabalhavam no período diurno, 58 (25,1%) no noturno e 61 (26,4%) trabalhavam tanto no período diurno quanto noturno.

Referente às unidades/setores onde foram coletados os dados, participaram 20 (8,7%) profissionais da Unidade de Cuidados Intermediários (Berçário), 37

(16,0%) do Bloco, 13 (5,6%) da Oncohematologia, 16 (6,9%) da Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias, 36 (15,6%) da Unidade de Terapia Coronariana, 36 (15,6%) da UTI Adulto, 44 (19,0%) da UTI Neonatal e Pediátrica, e 29 (12,6%) da UTR.

Dos profissionais entrevistados, 222 (96,1%) afirmaram crer em Deus e nove (3,9%) referiram não crer em Deus, sendo que três (1,3%) se denominaram ateus (não acreditam em Deus), 26 (11,3%) não têm religião, mas são espiritualizados (acreditam em Deus, mas não pertenciam a nenhuma religião), 84 (36,4%) são católicos, 31 (13,4%), protestantes/evangélicos, 63 (27,3%), espíritas, dois (0,9%), umbandistas, 16 (6,9%) frequentavam mais de uma religião, cinco (2,2%) são agnósticos (a ideia de que a existência de Deus é impossível de ser conhecida, ideia que também não pode ser demonstrada, provada ou refutada), um (0,3%) é testemunha de Jeová e não há nenhum budista, judeu e muçulmano. Quando questionados se, alguma vez, mudaram de religião/doutrina/crença, 95 (41,1%) responderam que sim e 136 (58,9%) disseram que não. Atinente à frequência da prática religiosa, oito (3,5%) disseram que nunca frequentam, 71 (30,7%) frequentam raramente, dez (4,3%), uma vez por ano, 26 (11,3%), uma vez por mês, 18 (7,8%), duas vezes por mês, 70 (30,3%), uma vez por semana, 23 (10,0%), mais de uma vez por semana e cinco (2,1%), uma vez ao dia.

Dos profissionais participantes do estudo, 175 (75,8%) referiram ter apresentado sintomas de depressão, ansiedade, estresse e, destes, 81 (35,1%) relataram a necessidade de acompanhamento médico. As tabelas 1 e 2 apresentam a descrição sociodemográfica, ocupacional e religiosa/espiritual completa.

Tabela 1 - Caracterização dos profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino, considerando as variáveis sociodemográficas e ocupacionais. Uberaba (MG), Brasil, 2021.

VARIÁVEIS	N	%
Faixa etária		
18 - 39	99	42,9
40 - 59	120	51,9
60 +	12	5,2
Sexo		
Feminino	162	70,1
Masculino	69	29,9
Estado Civil		
Casado(a)/união estável	142	61,5
Solteiro(a)	59	25,5
Separado(a)	5	2,2
Divorciado(a)	23	10,0
Viúvo(a)	2	0,8
Filhos		
Sim	155	67,1
Não	76	32,9
Número de filhos		
0 Filhos	76	32,9
1 Filho	64	27,7
2 Filhos	69	29,9
≥3 Filhos	22	9,5
Principal responsável financeiro da família		
Sim	157	68,0
Não	74	32,0
Cargo de trabalho na instituição		
Técnico(a) em Enfermagem	108	46,8
Enfermeiro(a)	54	23,4
Médico(a)	69	29,8
Tempo de formação (anos)		
0 – 10	48	20,8
11 – 20	121	52,4
21 – 30	44	19,0
≥30	18	7,8
Tempo de admissão (anos)		
0 – 10	149	64,5
11 – 20	46	19,9
21 – 30	25	10,8
≥30	11	4,8
Vínculo empregatício		
CLT	147	63,6
RJU	84	36,4
Carga horária semanal		
20 h	6	2,6
24 h	13	5,6
30 h	0,0	0,0
36 h	130	56,3
40 h	64	27,7
Mais de 40 h	18	7,8
Turno de trabalho		
Diurno	112	48,5
Noturno	58	25,1
Diurno e Noturno	61	26,4
Número de vínculos empregatícios		
1 Vínculo	168	72,7

2 Vínculos	48	20,8
3 Vínculos	13	5,6
4 Vínculos	2	0,9
Unidade/setor de trabalho		
Berçário	20	8,7
Bloco Cirúrgico	37	16,0
Oncohematologia	13	5,6
Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias	16	6,9
Unidade de Terapia Coronariana	36	15,6
UTI Adulto	36	15,6
UTI Neonatal	44	19,0
UTR	29	12,6
Total	231	100%

Tabela 2 - Caracterização dos profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino, considerando as variáveis religiosas/espirituais. Uberaba (MG), Brasil, 2021.

VARIÁVEIS	N	%
Crença em Deus		
Sim	222	96,1
Não	9	3,9
Qual a religião/doutrina/seita/crença		
Ateu (não acredita em Deus)	3	1,3
Sem religião, mas espiritualizado	26	11,3
Católico	84	36,4
Protestante/Evangélico	31	13,4
Espírita	63	27,3
Budista	0	0
Umbandista	2	0,9
Judeu	0	0
Muçulmano	0	0
Frequenta + de uma religião	16	6,9
Agnóstico	5	2,2
Outra	1	0,3
Alguma vez você mudou de religião/doutrina/crença		
Sim	95	41,1
Não	136	58,9
Frequência de prática religiosa		
Nunca	8	3,5
Raramente	71	30,7
Uma vez por ano	10	4,3
Uma vez por mês	26	11,3
Duas vezes por mês	18	7,8
Uma vez por semana	70	30,3
Mais de uma vez por semana	23	10,0
Uma vez ao dia	5	2,1
Apresentou sintomas de depressão, ansiedade, estresse		
Sim	175	75,8
Não	56	24,2
Necessidade de acompanhamento médico		
Sim	81	35,1
Não	150	64,9
Total	231	100%

5.2 RESULTADO DA PESQUISA QUALITATIVA

Para atender ao objetivo quinto deste estudo, foram realizadas 24 entrevistas semiestruturadas com os profissionais técnicos em Enfermagem, enfermeiros e médicos de setores considerados críticos das seguintes unidades do hospital: Unidade de Cuidados Intermediários (Berçário), Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias, UTR, UTI, UTI Neonatal e Pediátrica, UTI Coronariana, Bloco Cirúrgico e Oncohematologia. O objetivo foi descrever a percepção destes profissionais em relação ao papel da R/E e do humanismo secular com a Fadiga e SC.

Nesta pesquisa, a percepção dos profissionais de saúde em relação ao significado e sentido do trabalho em suas vidas é citada nas falas como observado no quadro 1, sendo que especial atenção mereceu também o ‘não dito’ por meio da linguagem não verbal, os silêncios, os suspiros, os gestos, os choros, as emoções, enfim, constituíram-se em importantes fontes de análise, descritas após algumas falas dos profissionais, que serão denominados de Colaboradores “C”. As principais percepções que emergiram sobre a atividade laboral foram que o trabalho poderia ser realizado visando à subsistência, porém, alguns colaboradores o consideram essencial, gratificante, envolve o cuidar de pessoas e proporciona realização pessoal e profissional (amor pela profissão). O contraponto é a necessidade, segundo sua visão, de renunciar a outros aspectos da vida como ao convívio familiar.

Quadro 1 - Percepção dos profissionais de saúde sobre o trabalho

Percepções	Recorte dos relatos
Trabalho essencial	<p><i>“O trabalho, dentro de todas as minhas expectativas, é extremamente importante. Ele é uma figura, uma peça central da minha vida. Não que eu realize tudo em função do trabalho, porém, ele permite que eu realize outras coisas. Eu sempre penso no sentido que o trabalho tem dentro da minha vida. Então, entre priorizar alguma coisa ou realizar alguma outra atividade, eu resolvo primeiro as questões do trabalho. Dentro da minha vida, o meu trabalho é essencial”.</i> (C4-ME)</p> <p><i>“O meu trabalho representa tudo para mim. Todo mundo trabalha porque precisa, mas tem aquelas pessoas que trabalham no que gostam, então, eu nunca saio de casa mal-humorada, nunca saio de casa querendo não estar aqui. Meu trabalho é de suma importância pra mim”.</i> (C11-E)</p> <p><i>“Normalmente, a gente se define como a pessoa que executa tal atividade. Quem eu sou? Eu sou o médico infectologista. O trabalho, na minha vida, é basicamente o centro, meu norte, é o que me faz ser uma pessoa, ser o que eu sou. Eu não vou dizer que o trabalho é tudo, mas eu vou dizer que é quase tudo”.</i> (C21-ME)</p>

<p>Trabalho e subsistência</p>	<p>“Hoje, representa tudo, é meu “ganha-pão”, Além de ser uma atividade que gosto de exercer”. (C7-TE)</p> <p>“O trabalho representa um grande leque de opções. Na minha vida, para ser sincera, o trabalho vem, primeiramente, como aspecto financeiro. [...] assim como é importante para o nosso crescimento profissional, para o paciente, para o crescimento enquanto ser humano, mas se inicia com o aspecto financeiro”. (C9-TE)</p> <p>“O trabalho contribui com a parte financeira, pois estrutura a minha vida e me ajuda também a estar bem emocionalmente. E, conseqüentemente, a cada dia, eu posso contribuir para o cuidado às pessoas”. (C15-E)</p>
<p>Trabalho gratificante</p>	<p>“É gratificante, é muito gostoso você receber o carinho e o sorriso do paciente pediátrico. Às vezes, você chega e a criança já te recebe, te recepciona muito bem. É gratificante receber os neonatos prematuro extremo, naquela luta diária deles e poder ver a evolução deles. [...] mas, na particularidade de cada um, você percebe aquele carinho que eles têm conosco. Você chega cedo, vai até a beira do leito da criança e, às vezes, eles dão sorrisos, às vezes, aqueles que não conseguem já têm um suspiro diferente na hora que a gente conversa. É gratificante, eu gosto do que eu faço”. (C6-TE)</p> <p>“O meu trabalho, com o passar dos anos, foi se tornando muito gratificante. [...] e eu gosto muito, muito. Me sinto muito bem em vir trabalhar, apesar que, com o passar dos anos, o serviço está muito mais difícil, porém, muito melhor, estou gostando muito mais. E me emociono muito por conta das minhas duas filhas, que nasceram prematuras, ficaram na UTI também. Então, foi uma experiência na pele que modificou muito a minha visão e minha atuação como enfermeira”. (C16-E) Ao falar sobre a importância do trabalho e ao citar a experiência vivida após o nascimento prematuro das filhas, a colaboradora chorou.</p>
<p>Trabalho e cuidado em saúde</p>	<p>“Trabalho significa a possibilidade de cuidar de um outro ser humano. É muito gratificante eu poder tentar, pelo menos, dentro do escopo médico, aliviar uma dor, aliviar uma queixa, tratar uma infecção, melhorar a qualidade de vida daquele paciente. Isso é muito gratificante”. (C2-ME)</p>
<p>Trabalho e renúncia do convívio familiar</p>	<p>“Meu trabalho representa quase cinquenta por cento do meu viver, do meu respirar, pois passamos a maior parte do tempo no ambiente hospitalar. Então, convivemos mais no hospital do que com a família. Significa muito para mim, passa muita raiva também, porque nem tudo são flores, mas aprendo muito”. (C3-TE)</p> <p>“Nossa, o trabalho representa tudo. Eu me dedico muito ao trabalho, inclusive, estou até sendo cobrado por isso, por eu dedicar mais ao trabalho do que à família. Acaba me consumindo mais tempo, eu fico mais no meu trabalho do que com a minha família”. (C24-ME)</p>
<p>Trabalho e realização pessoal – amor pela profissão</p>	<p>“Eu sempre valorizei muito o meu trabalho, tanto que eu ouço muitas pessoas dizerem que gostariam de estar em outra profissão e eu realmente não me vejo em outra. Eu não faria nada diferente, eu não faria nenhuma escolha diferente. Mesmo com todas as dificuldades que enfrentamos, mesmo estando num setor hoje que nos traz tantos questionamentos por parte de falha na saúde pública, cuidado dos pais, enfim. Mas o meu emprego representa a coisa mais importante, talvez a segunda coisa mais importante da minha vida, tomando como primeiro lugar apenas a minha família. Saúde e família. Então, eu valorizo demais esse emprego, amo demais essa instituição, com todas as suas lacunas, todas as suas dificuldades”. (C17-E)</p>

A maioria dos profissionais de saúde relatou que a escolha da profissão se deu por opção (14 – 58,3%). Para outros, deu-se como alternativa (três – 12,5%), contingência (seis – 25%) e conforme o mercado de trabalho (um – 4,2%).

Na fala dos colaboradores, a percepção da dor dos pacientes e familiares gera sofrimento neles, como descrito no quadro 2. Alguns manifestaram ser difícil não se envolver com o sofrimento e a dor do outro; outros não conseguem separar a vida profissional da vida pessoal e buscam colocar-se no lugar do outro. Chegam até mesmo a relacionar o sofrimento do outro com experiências vividas com os seus familiares.

Ao lidar com a dor alheia, ao logo dos anos, e com o tempo de experiência na profissão, o sofrimento vai modificando-se, torna-se mais ameno. Referem preferir não se envolver para que, assim, não lhes traga sofrimento, e outros dizem conseguir separar a vida profissional da vida pessoal. O enfrentamento da dor do outro gerou, nos profissionais de saúde, alguns sentimentos como o de culpa, angústia e impotência, sintomas de exaustão, assim como um desejo profundo de intercederem pelo paciente e familiar.

Quadro 2 - Sofrimento e percepção dos profissionais sobre a dor do paciente e familiar.

Percepções	Recorte dos relatos
Difícil não se envolver com o sofrimento e a dor do outro	<p>“Não é possível separar o profissional do ser humano. Lógico que existem alguns sentidos em relação a isso. A pessoa não pode se tornar imune ao sofrimento do outro. O profissional age de acordo com a racionalidade, com o seu conhecimento do ponto de vista técnico. Mas a dedicação vem a partir da emoção que sentimos em relação ao outro. Então, o desejo de ajudar, ele precisa existir. Para isso, o ser humano que é médico, ele precisa continuar sendo ser humano, precisa de sentimento”. (C4-ME)</p> <p><i>“Nós não conseguimos não nos envolver com eles. São pacientes que vêm pra gente, fazem um tratamento durante anos e passamos a conhecer pai, mãe, irmão, o quanto são amados e importantes naquela família. Nós perdemos pacientes que são pais, nós perdemos pacientes que são filhos e, enfim, a gente olha pra aquilo e a gente chora”.</i> (C9-TE) A colaboradora apresentou os olhos marejados ao falar da importância que um paciente tem para o seu familiar.</p> <p>“Eu me sinto mais fragilizada quando eu vejo o sofrer da família, é o que mais me maltrata. [...] assistir o sofrimento da família me machuca muito. Eu acredito que, ao longo desses anos, eu fui ficando mais resistente, mas tem algumas situações que me balançam e eu vou embora chorando, eu fico semanas pensando naquilo e eu não quero ficar daquele lado da UTI para não ter que me deparar com aquela família naquela situação de sofrimento”. (C17-E) A colaboradora expressa o seu sofrimento e fragilidade com o punho em riste em direção ao seu peito, batendo repetidas vezes.</p>

	<p>“A percepção da dor do outro me gera muito sofrimento. Eu não consigo, a gente tenta ser frio, tenta separar as coisas, porque ensinam pra gente a separar, mas eu não consigo”. (C20-ME) Colaborador apresentou movimentos gestuais contidos, mas bateu no peito ao dizer que sofre.</p>
<p>Não conseguem separar a vida profissional da pessoal</p>	<p>“O lidar com o sofrimento é sofrer também. Aí, você acaba se desgastando e leva aquilo, porque não tem como você falar assim: “Ah, eu vou deixar no meu serviço, meu serviço vai ficar no meu serviço, meus problemas de casa na minha casa”. Não tem como. Você acaba misturando. Você sofre junto, você assume a dor junto e, às vezes, você leva aquilo pra casa”. (C11-E)</p> <p>“Não tem como separar o profissional do pessoal. Eu sou a profissional, mas também sou humana”. (C6-TE)</p> <p>“Eles falam que a gente sai da porta do hospital e precisamos esquecer tudo, mas eu levo para casa. Infelizmente, eu levo. O profissional também é um ser humano e tem sentimento”. (C19 – TE)</p>
<p>Buscam colocar-se no lugar do outro</p>	<p>“Com o passar do tempo, eu estou ficando mais mole. Eu acho que, se você não sentir a dor e se colocar no lugar do paciente, você não tem condição de tratá-lo adequadamente. Porque só se colocando no lugar da família e do paciente, você trabalha de uma maneira adequada”. (C2-ME)</p> <p>“Eu me imagino no lugar deles, imagino a minha filha. Uma sonda vesical que está mal posicionada, pegando na coxinha. Fico imaginando a minha filha, algum ente querido meu. [...] então, eu procuro fazer o máximo que eu posso, assim como eu desejo que tratassem, principalmente, minha filha e minha mãe. Esse compartilhar da dor do outro me gerou muito sofrimento. Eu chegava em casa, tinha dia, chorando quando acontecia alguma coisa. [...] uma menininha foi a óbito praticamente no meu colo e nós tentamos de tudo. Na hora, eu permaneci tranquila, mas, quando eu cheguei em casa, eu desesperei. Minha mãe até achou que tivesse acontecido alguma coisa. Então, é difícil demais, a gente sofre junto. A gente não fica calejado igual todo mundo fala. Não fica. Dói. A gente só não demonstra como outra pessoa. Às vezes, o pai vai receber notícia, a mãe vai receber notícia, aquilo me dói, não gosto nem de pensar. Eu fico me imaginando no lugar da outra pessoa”. (C13-TE) A colaboradora apertou a mão direita na garganta ao falar sobre o “sofrer junto”, apresentou arrepios e torceu as mãos.</p> <p>“Eu tenho feito muito o exercício de me colocar no lugar da outra pessoa. Aqui no meu serviço, todos os dias, me coloco no lugar dos pais, de um colega de trabalho que você vê que está mais estressado, no lugar de uma criança que fica 24 horas na incubadora, que precisa simplesmente de um colo, de uma palavra. [...] eu sempre falo ao meu filho: “Quando você começa a ver as coisas de outro ângulo e a se colocar no lugar da pessoa e dividir com ela a sua dor, é muito diferente do que simplesmente condenar”. (C11-E)</p>
<p>Relacionam o sofrimento do outro com experiências vividas com os seus familiares</p>	<p>“Às vezes, eu me pego em casa pensando que eu não consigo ser humana o suficiente como eu deveria ser. Porque eu imagino como se fosse a minha família no lugar do paciente. Será que eu daria mais atenção, calor humano, mais compaixão?” (C8-E)</p> <p>“A gente sempre tenta entender o lado da família, principalmente, falando em neonatal, [...] principalmente depois que eu fui mãe, isso mudou mais ainda a minha percepção de tentar entender a dor do outro e ver o que está passando. É conversar, é aproximar, chegar perto. Às vezes, até aqueles familiares que estão mais na defensiva, que eu acho que são as que mais estão precisando de apoio. E nos bebês, eu tento sempre lembrar que são seres, sentem dor, têm sentimentos. Então, converso antes de procedimento doloroso, embalo, tentamos sempre tentar minimizar o</p>

	<p>sofrimento. Por mais que a gente viva o sofrimento todos os dias, eu acho que, no meu caso, não dá pra falar que isso não me toca e que não me atinge de alguma forma. Que a gente não se solidariza. Então, sim, isso me toca sim”. (C14-ME)</p> <p>“Tem algumas situações, alguns tipos de pacientes que eu sofro mais, mas eu acho que está muito relacionado ao meu filho, pois criança realmente me incomoda. Não é que eu não goste de anestesiá-lo, mas eu sofro um pouco. No paciente oncológico, jovem, [...] me incomodava. Mas não podia também ficar paralisado por aquilo. [...] tem que respirar fundo. Se perguntar se eu já chorei, não, nunca”. (C23-ME)</p>
<p>Com o tempo de experiência na profissão, o sofrimento vai modificando-se</p>	<p>“O sofrimento vai amenizando à medida que vamos trabalhando dentro da atividade. Ao longo do tempo, vamos modificando a maneira de pensar, eventualmente, a maneira de sentir. Alguns casos sentimos mais ou muito mais e alguns outros casos, conseguimos lidar melhor. Porém, em todos eles, uma parcela de sentimento existe. É entendendo isso que conseguimos continuar trabalhando. Porque não podemos colocar esse sofrimento dentro de uma caixa, debaixo de um tapete, [...] sequer penso nisso, é questão de tempo para que todas aquelas coisas que eu guardei nessa caixa corroerem a nossa alma”. (C4-ME)</p> <p>“No começo, eu sofri bastante em compartilhar a dor do outro; se acontecesse alguma situação difícil, eu projetava para mim. Mas eu acredito que criamos mecanismos de defesa com relação a isso”. (C10-E)</p>
<p>Preferem não se envolver para que não lhes traga sofrimento</p>	<p>“Eu trabalho no ambiente de CTI há 15 anos, eu acho que é um setor muito sofrido. A gente vê muita dor de paciente, de familiar, pois o CTI, eu acho que é o último recurso. Nós vemos muito familiar e paciente se despedirem, às vezes, tento até ficar meio alheia a essa dor para não me envolver demais”. (C3-TE)</p> <p>“Se eu passar a absorver o sofrimento da pessoa, vou adoecer e não conseguirei prestar minha assistência. Eu não gosto de misturar muito essa questão sobre o que o outro sente ou viver o que ele está vivendo”. (C15-E)</p> <p>“Não estou falando que eu não sofro. Mas, eu acho que tentamos nos afastar um pouco da questão do sofrimento porque, se você começar a se envolver demais, nós não conseguiremos realizar o nosso trabalho. Eu sofro, mas tento guardar. Tem algumas situações que realmente me incomodam mais. Mas as outras eu tento bloquear, [...] tento me controlar”. (C23-ME)</p>
<p>Esforço na busca pelo equilíbrio pessoal e profissional</p>	<p>“Uma das coisas que eu procuro fazer para me equilibrar é a terapia. Eu procuro separar vida profissional e pessoal porque eu levo para casa, mas fico pensativa, no que está acontecendo aqui, principalmente à noite, porque eu acho que à noite é muito triste. Eles ficam aqui sozinhos, não terem com quem conversar. Então, assim, eu sofro muito com isso, eu levo pra casa as dores deles”. (C18-E)</p> <p>“Isso me afetava e muito, me prejudicava e estava me fazendo mal. Eu consegui, hoje eu consigo estabelecer uma diferença, eu vejo a dor do outro, entendo a dor do outro, mas isso não me afeta como antes. Eu tinha distúrbio de sono, eu não dormia, tinha distúrbio de ansiedade”. (C24-ME)</p>
<p>Sentimento de culpa, angústia, impotência e sintomas de exaustão</p>	<p>“Você sabe que o quanto pode oferecer para o paciente está muito aquém do que ele deveria receber. E isso me angustia muito. Eu saio do Ambulatório na hora das consultas de neuropediatria e vejo como eles são extremamente carentes, com filhos na cadeira de rodas. Você vê que aquelas</p>

	<p>peessoas têm dificuldade de cuidar de si próprias, que dirá de uma criança com aquele grau de comprometimento. Você vê o tamanho da bolha, o quanto ainda necessitam do básico, de estudo, de educação, orientação, alimentação, de remédio. Então, como essas pessoas sobrevivem me angustia muito". (C2-ME) a colaboradora não segurou o choro ao lembrar dos pais carregando seus filhos no colo ou na cadeira de rodas aguardando pela consulta com o neuropediatra.</p> <p>"Às vezes, eu me desespero, sozinho. Quero fazer o que não dá para fazer. [...] você não tem muito o que fazer com os pacientes terminais, mas não deixa de sofrer. Porque sempre nos sentimos impotentes". (C20-ME)</p> <p>"Tenho vinte e dois anos de formado e já vou me acostumando um pouco mais e conseguindo mudar um pouquinho. Mas, mesmo assim, algumas coisas me detonam. Alguns dias, que enfrentamos alguns problemas mais pesados, casos mais complicados, com problemas sociais, envolvendo muitas dificuldades, normalmente, me consomem muito. Tem dias que você sente vontade de seguir, de continuar o que você está fazendo, porque sabe que é o certo a se fazer e pode ajudar alguém. Mas, tem dias que você chega em casa parecendo que passou um trator em cima". (C22-ME)</p>
Desejo profundo de interceder pelo paciente e familiar	<p>"Eu não consigo ser imparcial. [...] quando eu vejo uma criança que está passando por uma dificuldade, eu quero ajudar, eu tenho essa necessidade, eu vou atrás dos médicos". (C6-TE)</p> <p>"Nós vivemos com a pessoa um pouco esse sofrimento, você assume um pouco o lugar de parente. Se a mãe está sozinha, você assume o lugar do pai, às vezes, se os pais estão juntos, de repente, você assume o lugar de alguém da família que quer consolar e não tem consolo. Quando uma criança está grave, em uma situação crítica ou mesmo um óbito, você assume o lugar, às vezes, de um parente, de um psicólogo, você assume um lugar que você nem sabe qual, mas você diz: "Olha, eu estou aqui para chorar com você". Porque tem coisas que não têm consolo". (C11-E)</p> <p>"Tenho vontade de tentar tirar tudo daquilo que está acontecendo com o paciente, com a família, aquela mãe que chora, beira leito, eu fico muito, muito emocionada e, se eu pudesse, eu tiraria todo aquele sofrimento, não deixaria eles sofrerem. [...] fico torcendo muito para que o quadro se reverta e, se pudéssemos fazer além do que já fazemos, de cuidado, de assistência, uma coisa além daquilo, sobrenatural para poder amenizar, eu também o faria". (C16-E) A colaboradora apresentou articulação excessiva das mãos, não conteve as lágrimas, várias vezes, durante a entrevista e essa foi uma delas.</p>

Em suas falas, os colaboradores destacaram certas dificuldades que tiveram em lidar com o quadro clínico de algum paciente. As lembranças de casos específicos, que geraram angústias ou sofrimentos pessoais por causa da dor do outro e do impacto que a perda refletiria nas vidas dos familiares e pacientes, vieram à tona revestidas de emoções. A maioria das dificuldades citadas foi o sofrimento com a dor do outro, dentre outras, tais como: enfrentamento de situações difíceis como a morte; dificuldade de trabalharem com crianças e a relação que alguns criam entre o sofrimento do outro e experiências vividas com os seus familiares. Em

algumas falas, emergiram a temática compaixão e a necessidade da oração para esse lidar com o sofrimento do outro.

*“O quadro **mais difícil foi quando precisei dar a notícia para uma mãe que seu filho havia morrido. Foi um sofrimento íntimo, muito, muito grande, uma dor muito grande, e essa foi a única vez, a única, que eu não tive palavras para buscar, de alguma maneira, fortalecer o coração daquela mãe. E, obviamente, aquilo mexeu comigo, eu fiquei vários dias, várias semanas pensando, sofrendo, eventualmente, chorando, mas entendo que faz parte da vida. E não conseguimos recuperar todos os pacientes ou todos as pessoas que tratamos**”.* (C4-ME). O colaborador baixou a cabeça e os olhos ao lembrar do quadro, os olhos marejaram, mas a lágrima não chegou a cair.

*“Me lembro de um senhorzinho que seu filho caçula morreu em um acidente. Quando ele soube de sua morte, ele me deixou desesperada. **Eu me desesperei com a sua dor e tive que ir com ele ao IML para reconhecer esse filho.** Outro episódio foi a morte de uma criança na qual seu pai se culpava o tempo todo. [...] e você vê a pessoa se culpando e **nada que você falar amenizará a sua dor.** “Mas o erro foi meu”, ele dizia. Isso me tocou muito. O que falar nessa hora? E quando você não tem o que dizer para a pessoa? Quando você não tem o que consolar? Você quer, mas não encontra as palavras necessárias, **a não ser estar ali e chorar junto.** Isso toca a gente. Muito”. (C11-E) A colaboradora não conteve o choro, a voz enterneceu-se e apresentou arrepios ao lembrar-se dos casos.*

“Me lembro de um menininho daqui da UTI, [...] ele ficou sequelado. E eu não tinha minha filha na época. Inclusive, ele foi um dos primeiros meninos que eu cuidei. Então, eu me apaixonei por ele. Toda vez que eu ia mexer com ele ou

alguém fosse mexer com ele, **eu desejava que fizessem em mim**, não nele, porque, Nossa Senhora”. (C13-TE)

“Em todos os casos que estão no extremo, dor extrema, ou risco iminente de morte, a gente se solidariza, **sofre junto**, sofre junto com família. No meu caso, **sempre que estou conduzindo, eu rezo, eu peço para iluminar o caminho, para tomarmos as decisões certas, para a criança responder bem**, se for o melhor para ela, para amenizar a dor e fazer o melhor para o paciente. Eu acredito que temos a missão de auxiliar, e eu entendo que não tenho poder de tudo, porém, **se não for possível curar, pelo menos, tentar amenizar o sofrimento, confortar**”. (C14-ME)

“**Foi um sofrimento muito grande pra mim**. Eu fiquei uns três dias com essa criança, passei um plantão de fim de semana de doze horas, e aquela angústia, toda vez que você entrava no quarto, aquela família engasgada, aquela mãe engasgada, que você não tem o que falar para essa família. Você, enquanto profissional, sabendo de tudo que está acontecendo, a mãe totalmente orientada e ciente da situação grave do menino. E esse dia, eu saí daqui muito engasgada. [...] **a atitude que eu tive, na época, foi o de combinar com todas as minhas colegas de não mais acompanhar aquela criança** porque eu não consigo entrar lá e não encher os olhos d’água. Esse menino está me fazendo sofrer demais. Tanto que eu **sofri a semana inteira, eu fui embora para casa e chorava**. E eu chorava copiosamente porque a dor e o silêncio daquela mãe me impactou, e eu pensava: “Tem um irmão gêmeo em casa, todo dia ela vai lembrar disso”. **Isso destruiu a minha vida**. Essa foi, de todas as situações que eu passei aqui, a que mais me marcou. Foi uma rasteira pra mim e **olha que eu sou durona**”. (C17-E)

“Quando perdemos uma criança que estávamos cuidando já há muito tempo, eu tive **dificuldade em lidar com a sua morte**. Na época, eu estava grávida do meu segundo filho, então, eu acho que juntou as duas coisas, então, eu associei e tive dificuldade em lidar com o sofrimento e a morte, foi uma noite muito difícil. Nossa. [...] eu chorei muito. Essa noite eu chorei. [...] era uma criança que **eu tinha prometido até um carrinho**. Mas, **não deu tempo**”. (C19-TE)

“Algumas vezes, eu tive experiências mais maduras, que eu consegui **me manter sem desesperar**. E tive **outras que eu já desesperei**. Meu pai ficou no CTI trinta dias. [...] já **pedi para a dor ser minha**: “Transfere essa dor para mim. Se eu tiver mérito, pega meu mérito e doa para a pessoa”. (C20-ME)

“Às vezes, **começo a rezar**, porque eu sou muito católica. Venho de uma família muito católica. Começo a rezar “Ave Maria”, “Pai Nosso”, peço para Deus me abençoar, me iluminar, para tudo correr bem. E vou mentalizando e fazendo as coisas”. (C22-ME) Ao referir-se à oração, a colaboradora manteve as mãos unidas, como em sinal de oração, elevou os olhos e o dedo indicador ao alto.

“Eu tive muito bloqueio pra tratar de crianças, é meu ponto fraco. Eu tratei de crianças com muitas complicações, muito operadas, com deficiência física. Nossa, isso mexeu muito comigo. Então, eu já tive bloqueio. **Eu não consigo ver o sofrimento delas**”. (C24-ME)

No relato dos colaboradores, apenas um profissional reconhece que a R/E não influencia o modo como enxerga a vida e a visão de mundo. Já para os demais, identificam a espiritualidade como essencial à vida e à vida no trabalho, referindo que a crença lhes fortalece. Assumem que tocam no assunto sobre religião e espiritualidade quando o paciente diz ser religioso.

*“Eu, **pessoalmente, acredito que minha espiritualidade não influencia o modo como enxergo a vida.** É difícil falar, porque eu não aprofundo na minha crença, que, no caso, é a religião católica, que vem da minha família. Eu não sei exatamente o que diz na Bíblia. Mas, penso que os pacientes podem sim ter chances de melhora do quadro clínico, por Deus, por milagres”. (C8-E)*

*“Eu acho que, se não fosse a minha doutrina, a minha religião, eu não enxergaria o ser humano como um todo, não teria a capacidade de me colocar no lugar do outro. **Minha religião me ensinou isso, me trouxe um compromisso com meu semelhante.** Me fez entender a fraternidade universal e, com isso, sinto que estamos todos no mesmo barco”. (C2-ME)*

*“Eu sou católica, vou à Igreja, mas, às vezes, eu quero ir ao centro e tomo um passe, vou à Igreja evangélica. [...] **eu não sigo nenhuma religião em específico.** Sigo o que eu acho que é certo, que vai fazer o bem, se o paciente é evangélico, **eu vou falar com ele sobre, se ele não acredita em Deus, eu também não toco no assunto**”. (C3-TE)*

*“A minha espiritualidade fortalece o meu âmago, fortalece a minha vontade, me ajuda a entender de um prisma diferente do que simplesmente um prisma técnico e quando eu digo que “não há como separar o profissional do ser humano”, quando eu digo isso, é a partir do que a gente acredita dentro da religião. Então, **o fato de acreditar em Deus,** o fato de ter uma*

religião, que existem alguns postulados, **me ajuda a compreender o sentido da vida**, ajuda a compreender que essa vida é finita, que nós somos seres que somos mortais. Assim, acreditar em Deus e acreditar que existe continuidade dessa vida facilita, em determinado ponto, a entendermos as coisas que acontecem e a **entender as minhas limitações em relação ao que posso fazer pelo outro**". (C4-ME)

"Quando você tem fé, você acredita em Deus, você consegue ter mais empatia pelo outro. Acho que se você deixar de acreditar que existe algo maior, você perde a esperança e deixa de acreditar que desfechos melhores podem acontecer [...]. Nós presenciamos tantos casos de crianças que apresentam melhora, superando todas as expectativas". (C6-TE)

*"Minha crença me fortalece. Credo que Deus existe [...] conseguimos fortalecer nosso paciente com relação a isso também. Deus muda o diagnóstico, acalenta o coraçãozinho, a notícia que você recebeu agora, que não era boa, amanhã ou depois, ela pode mudar. E eu acho que **fortalecer em Deus é gostoso. É bom, me faz bem**". (C9-TE)*

*"Eu acho que a **minha fé, a minha religião** estão diretamente ligadas ao dia a dia da minha **profissão**, de como eu vejo, do que eu enxergo a vida". (C11- E)*

*"Tenho total crença de que nada é por acaso. Presenciamos situações que você pensa: "Nossa, a criança não vai sobreviver" [...]. **Eu faço constantes relações para tentar a aceitação do porquê que aquilo está acontecendo com aquela criança** que estava saudável em casa até ontem. Eu acho que é o que me fortalece". (C17-E)*

*“Me gera conflitos, pois, em determinadas situações, **não é fácil você ser espiritualizado** dentro da ciência de hoje. Ainda mais em um hospital brasileiro. Não é fácil. Eu acho que **é conflitante** porque, às vezes, a Medicina, a Ciência tem suas **limitações** e eu sei que posso fazer alguma coisa. Vou citar um exemplo: eu não posso ir lá, dentro do meu trabalho, do meu plantão, falar que vou aplicar **passes nesse paciente**. Eu tenho certeza de que **vai gerar um burburinho**”. (C20-ME)*

*“Eu acabei parando de seguir algumas religiões e fiquei só na espiritualidade. Eu acho que a **espiritualidade me auxilia a exercer bem a medicina**, eu vejo pelo feedback dos pacientes”. (C24-ME)*

Quanto ao recorrer às suas crenças e/ou à espiritualidade para conseguir lidar com o problema em alguma situação estressante relacionada ao trabalho, de todos os colaboradores, apenas um não referiu utilizar esta prática. Porém, este mesmo colaborador, em sua fala ao final da entrevista, relatou como a espiritualidade está mais presente em sua vida e na vida de trabalho do que imaginava. Segundo ele, este pensamento foi reflexo dessa entrevista.

A grande maioria reconhece e admite empregar a sua espiritualidade e fé para lidar com os desafios da profissão, alguns entre lágrimas, regados de muitas emoções e de intensa linguagem não verbal. Para o exercício da prática do trabalho em saúde, muitos recorrem à oração e à sua crença na busca pelo equilíbrio; oram antes, durante e depois do trabalho; conversam com Deus, chegando a diálogos intensos com Ele e até mesmo oram com e pelo paciente.

*“Todos os dias, eu **rezo pelo meu trabalho e, quando eu saio, eu coloco os pacientes em minhas orações**. Teve um paciente, em específico, que **me fez rezar vários e vários dias pra ele**. Infelizmente ou felizmente, ele foi a óbito. Mas esse, em especial, me doeu tanto que eu quase **entrei num quadro depressivo por conta da perda dele**. Mas eu recorri à Igreja, eu fazia a novena por conta desse paciente”. (C1-TE)*

*“Eu tive que dar a notícia para um paciente de 21 anos que ele tinha perdido o rim transplantado e que ele voltaria para a hemodiálise. Nesse momento, **eu pedi toda a espiritualidade para me iluminar, iluminar ele, para eu passar essa notícia e alguma esperança. Para transmitir algo de bom nessa perda imensa. Então, eu senti que os dois estavam sendo amparados. Nesse momento frágil, de dor, constantemente, a espiritualidade me ampara**”.* (C2-ME) A colaboradora chorou ao lembrar do fato, cobriu os olhos com uma mão, respirou fundo, e continuou. Ao falar sobre sua espiritualidade, direcionou os olhos ao alto como em sinal ou referência a algo maior.

*“Pela experiência de vida e de vida no trabalho, hoje em dia, não tenho muitas situações estressantes que não consiga lidar. **Porque acabamos desenvolvendo certos mecanismos no sentido de buscar o equilíbrio e a calma durante o trabalho,** mesmo nas situações que são de um estresse e que geram um caos. [...] eventualmente, o que ocorre é que, após a situação estressante, se ela foi extremamente angustiante, existe o momento de meditação para poder diminuir um pouco do nível de adrenalina. O equilíbrio ocorre quando se resolve a situação do ponto de vista racional, do ponto de vista técnico, porém, aquilo afeta de determinada maneira. Trabalhamos com uma velocidade, com uma ansiedade relativamente grande, mas, depois que passa aquela situação, a gente sempre tira um momento em que meditamos e, inclusive, se utilizando daquilo que a gente entende como a doutrina, como filosofia e como religião e isso nos ajuda a retornar ao ponto de partida e continuar dentro da atividade”.* (C4-ME)

*“Às vezes, você fala: ‘Nossa, me dá força, **meu Deus, pois eu não vou aguentar**’”.* (C5-E)

*“Temos uma criança que foi para o bloco cirúrgico hoje. E ontem, eu perguntava se ele estava com dor. Ele me respondia, através de sinais, que sim. Aí, **eu perguntei pra ele: ‘Você quer rezar?’** Porque ele sabia que iria para o bloco, pois o médico falou à mãe durante a visita. Ele balançou a cabeça que queria rezar. Então, **eu e uma colega chegamos próximo e rezamos o ‘Pai Nosso’ com ele.** Ele fechou os olhinhos, muito lindo, e rezou”. (C6-TE) A linguagem verbal seria insuficiente para relatar a emoção da cena, os olhos marejaram, a voz enterneceu-se, apresentou gestos excessivos das mãos e se abraçou.*

*“A minha **crença me dá forças para lidar com a situação, independente de qual seja**”. (C10-E)*

*“O quadro clínico de uma criança mexeu tanto comigo, que eu fico pensando, assim, só Deus. Porque se eu sofro com essa situação, eu imagino o que os pais devem sofrer. **Eu ficava sofrendo porque eu os via naquele sofrimento.** [...] isso me tocou demais, eu ficava questionando: ‘Meu Deus, porque que isso acontece?’ Eu não gosto de perguntar isso para Deus porque **acho que é pecado questionar a Deus.** Mas a gente não deixa, é humano. Então, eu peço: ‘Meu Deus, ajuda, consola, dá discernimento para aquela família. Dá discernimento para aquele pai, para aquela mãe. Eu não sei se tem uma saída, mas se eles, pelo menos, sentirem sua presença, já vai ser menos difícil’”. (C11-E) A colaboradora repetiu os mesmos gestos anteriores ao destacar o lidar com a dor e o sofrimento do outro. Não conteve o choro, a voz enterneceu-se, apresentou arrepios, mas, desta vez colocou as mãos na garganta como em sinal de um incômodo, desconforto e uma emoção incontida.*

*“Eu **recorri à minha crença e à minha espiritualidade várias vezes.** Lembro de um episódio com um menino. Ele afogou e a dor daquela mãe de pedir o filho dela de volta, mesmo que em*

cima de uma cama, nossa, aquilo me fez pedir muito a Deus. Para Deus trazer de volta. [...] mas, naquela hora, o jeito que aquela mãe pediu, eu falei: ‘Não, Deus, traz ele de volta, do jeito que ela quer’. Mas, infelizmente, não veio”. (C13-TE)

*“A **espiritualidade influencia o modo como enxergo a vida.** Tanto para enfrentar as dificuldades quanto para tentar entender o processo do paciente. Comigo, está sempre junto. Eu sempre, na minha cabeça, **eu fico orando**, mas não que eu tenha que parar. Assim, a gente vai conduzindo, de acordo com a dificuldade, mas está sempre na minha cabeça, sempre o pensamento está voltado, pedindo, orando. **Deus ilumina as minhas mãos, Deus ilumina a minha mente.** Isso aí é uma constante pra mim. Cada um tem o jeito de agir, de pensar. Eu trabalho assim”. (C14-ME)*

*“**Antes de chegar ao trabalho, sempre oro e peço**, para nós, profissionais, para os pacientes, na esperança de que seja um plantão tranquilo e que tenhamos **uma proteção maior.** Em alguma situação em específico, às vezes, eu **costumo rezar, sozinha**, quando em caso de alguma situação crítica, e sabemos que vai ter um óbito aquele dia, uma criança mais grave, eu rezo, peço a Deus para me ajudar a resolver. Pelo fato de pedir a Deus antes de vir ao trabalho, eu já tenho esse auxílio”. (C16-E)* A colaboradora, novamente, não conteve as lágrimas e apresentou gesticulação excessiva das mãos.

*“O menino estava muito grave, chocado e eu não tenho esse **hábito de misturar as coisas, de levar a minha religiosidade, a minha crença à beira do leito.** E nesse dia, eu vendo a situação da criança e da família que não aceitava, de jeito nenhum, a condição do filho. [...] eu me recordo de ter chegado perto desse menino, que não respondia a absolutamente nenhum estímulo, e conversado com ele: ‘Fulano, você cumpriu*

a sua missão. Se você cumpriu, se você acha que já é hora, se você já recebeu todo amor que você precisava dos seus pais, pode ter certeza de que eles vão ficar bem sem você aqui. Confia em todos aqueles que estão do seu lado que eu não consigo ver, mas você, certamente, consegue. E acompanha esses anjos que vão conseguir tratar você de uma forma que, do lado de cá, a gente não consegue'. Então, **eu tive essa conversa e foi a única vez, aqui na UTI, que eu tive essa conversa em voz alta e não em pensamento**. Porque, por vez, a gente faz isso em pensamento, é uma prece. **Mas, nesse dia, sem ninguém perceber, eu falava muito baixo no ouvido dele**, eu tive sim essa atitude de recorrer à minha crença pra que eu conseguisse, ou tentasse, dar algum conforto para aquele espírito que sofria daquele jeito". (C17-E) A colaboradora emocionou-se e não conseguiu conter as lágrimas ao retratar as experiências que a afetaram muito.

"A UTI estava com o clima muito pesado. Eu não lembro qual que era o caso. Eu parei, respirei e **fui para a capela, para tentar me acalmar**, dar uma energizada e voltar ao trabalho". (C18-E)

"**Em situações de urgência e emergência, a primeira coisa que faço é uma prece para eu sentir segurança ao realizar algum procedimento que seja necessário**. Já teve algumas situações que me marcaram muito. Eu não esqueço de uma senhorinha com um quadro grave [...], que eu falei: 'Não, fica calma, você vai ficar bem, vai ficar bem', conversei com ela: 'Confia em Deus'. Mas, ao mesmo tempo, eu acreditava que ela poderia desencarnar, o que, de fato, aconteceu após algumas horas. E essa experiência eu nunca vou esquecer". (C20-ME)

"**A religiosidade é muito presente em minha vida**. Eu costumo me concentrar todo dia antes de começar a trabalhar.

*Independente do caso. Eu **costumo sempre pedir proteção a Deus**, pedindo para eu ter bastante paciência com os pacientes, para saber ouvir, eu sempre venho pedindo, todos os dias. Em alguns casos, específicos, que, às vezes, eu sei que eu vou ter que enfrentar algumas situações, eu me concentro mais em pedir para meu anjo da guarda, se ele puder me iluminar, me despir do que seja. **Que ele possa me ajudar para eu poder auxiliar o outro**". (C21-ME)*

*"No começo, quando eu tinha o problema de **ansiedade**, ao chegar em casa, rezava, quando estava sozinho, rezava e, às vezes, questionava por que que não está dando certo, por que não está resolvendo a situação. Mas, isso é uma coisa inerente da cirurgia. Eu demorei um tempo a entender isso, e **eu ficava me culpando e recorria à espiritualidade** pra me ajudar nesse processo". (C24-ME)*

Os colaboradores, quando lhes perguntado se acreditam que a religião e/ou a espiritualidade podem ajudar um profissional da área de saúde a lidar com os problemas e desconfortos de sua profissão, todos, sem exceção, afirmaram que sim. Por meio das falas, novamente emergiram a importância da aliança entre trabalho em saúde e espiritualidade, a oração e a conversa com Deus. É possível identificar, na fala dos profissionais, que a espiritualidade pode ser percebida como processo de aceitação de suas limitações, sustentáculo e apoio espiritual, sendo citado também o interesse por treinamento em abordagem da espiritualidade no cuidado com o paciente.

*"Desejo que, de alguma forma, a questão da **espiritualidade possa ser abordada e vivenciada no dia a dia do trabalho em saúde**. Não estou falando de religião, mas de pensamentos positivos, compaixão, empatia, paciência, dentre outros. [...] eu acho que é muito importante abordar a **aliança entre saúde e espiritualidade** para o nosso trabalho". (C1-TE)*

“Por escolhermos essa profissão, subentende-se que precisamos ser muito espiritualizados, caso contrário, não permanecemos na Enfermagem, nem por amor, nem por dinheiro, nem por nada. Então, eu acho que nos preparamos para isso, às vezes, sem saber, nos preparamos espiritualmente”. (C3-TE)

“É recompensador falarmos com o coração de um outro ser humano. E para ser humano, precisamos acreditar que existe uma ligação entre os seres, muito maior do que a ligação, simplesmente, da convivência. Se nós não acreditarmos na transcendência, as relações passam a ser extremamente estéreis. É através da espiritualização, ou da nossa espiritualidade que carregamos dentro dos nossos corações, fazem com que a gente viva, ou raciocine, ou pense dentro da eternidade. Pensando dessa maneira, pensando que existe um Criador para todas as criaturas, a relação que existe entre elas pode ser uma relação muito mais próxima. E isso, com certeza, sem sombra de dúvidas, raciocinar com espiritualidade facilita demais a profissão”. (C4-ME)

“A espiritualidade traz calma, fé, esperança, ajuda você a enxergar com mais clareza”. (C8-E)

“A espiritualidade não só é importante para o profissional como ela é importante para o paciente. E quando você sente que aquele paciente está desligado de Deus ou de alguma coisa, você pede para ele crer: “Você crê em Deus? Então, vamos orar? Pai, mãe, vocês creem em Deus?” Porque nós temos um questionário que aborda a religião dos pais, pois não queremos ofender, nem sermos invasivos. Mas, quando você vê, você já perguntou: ‘Pai, você crê em Deus? Então, vamos orar? Vamos pedir a Deus pra nos dar discernimento, nos confortar, vamos pedir a Deus para acalantar nosso

coração e enxergar uma luz no fim do túnel.’ **Já orei várias vezes**”. (C11-E) No instante em que a colaboradora fala de como conversa com Deus e do apoio que a espiritualidade proporciona, ela sobrepõe as mãos em direção ao peito e balança como a ninar uma criança, com a voz doce e terna.

“Nós vivenciamos isso quase todos os dias. Você vê um bebê que nasce morto e **nós temos, como se diz, que aceitar**. Pensar que, daquela forma, pelo menos, não está mais sofrendo. A forma como eu lido é através de uma oração para família e para esse bebezinho. No sentido de **me auxiliar no processo de aceitação das coisas**”. (C12-TE)

“A **espiritualidade é um sustentáculo para nós, profissionais**. Então, precisamos ter um amparo espiritual **para conseguir aceitar**, em certas situações de gravidade, de acidente, de afogamento, de atropelamento. Até mesmo para conseguir entender o porquê essas coisas acontecem com alguns e não com outros. Questionamos qual é a justiça divina nisso. Senão você se torna totalmente mecânico e sem nenhum sentimento, nenhuma empatia e nenhum vínculo com essa família. Então, eu acredito que é o grande sustentáculo e uma fortaleza para o profissional”. (C17-E)

“Eu já cuidei de paciente que estava indo a óbito, fui lá, [...] **arrumei o paciente, deixei ele bonitinho, limpei, fiz uma oração** do lado dele e, na hora que eu virei as costas, ele partiu. Então, às vezes, eu acho que eles precisam de oração. Porque **estão longe da família e só têm a gente para orar**, nós somos a família que ele tem presente”. (C19-TE)

“A espiritualidade pode nos auxiliar em algo que se chama: **aceitação. Aceitação dos nossos limites**, porque nós somos limitados. Muito limitados. E quando, às vezes, não temos esse

*pilar, que é Deus, nos sentimos sem limite. A gente faz coisa que não devia fazer ou deixa de fazer o que era para ser feito. Num outro sentido, acreditamos só naquilo, e a gente não humaniza. Porque a ciência é maravilhosa, mas ela precisa ser humanizada e evangelizada. **A ciência também ter que ser humanizada com a espiritualidade para não ficar cambeta**". (C20-ME)*

*"A minha **espiritualidade me auxilia a pensar no meu papel enquanto profissional de saúde e o meu potencial de ajuda ao outro**. Então, eu me sinto privilegiado. Eu tenho essa visão por conta da minha fé, da minha espiritualidade, eu acho que eu tento ser uma pessoa melhor, [...] pois, apesar de errar muito, a espiritualidade me auxilia a enxergar estes erros e corrigi-los". (C21-ME)*

Quando questionados se atitudes positivas de amor, bondade e compaixão estão vinculadas à R/E ou se existe a prática do bem pelo bem, a maioria manifestou que, independentemente de vínculo religioso, acredita na importância da prática do bem pelo bem, que é um atributo do indivíduo humanista. Para os demais, as atitudes humanistas e a espiritualidade caminham juntas, pois, em sua percepção, os ensinamentos religiosos facilitam a compreensão do sofrimento do outro e contribuem para o desenvolvimento dos sentimentos edificantes citados acima. É importante ressaltar que nenhum colaborador associou os sentimentos de compaixão, bondade e amor unicamente à R/E. O quadro 3 traz alguns recortes das percepções referentes à pergunta em questão.

Quadro 3 - Percepções dos profissionais sobre as atitudes humanistas e sua relação com a religiosidade

Percepções	Recorte dos relatos
Humanismo secular – prática do bem pelo bem	<p>“A consciência geral tem que ser o bem pelo bem. A religiosidade, talvez, possa ser o primeiro passo, a primeira conexão que você faz. Mas, daí pra frente, é implantar o bem pelo bem”. (C2-ME)</p> <p>“À medida que envelhecemos, e essa é uma das belezas da experiência de vida, nós conseguimos perceber que as atitudes de prática do bem são intrínsecas de cada ser humano e isso independe de religião. Eu digo isso baseado naquilo que eu já vivenciei. Eu já vi pessoas boníssimas, que agem com bondade, com compaixão, acolhem todas as pessoas, realizam coisas que têm um alcance muito importante na vida do outro e que não acreditam em espiritualidade, não acreditam em espírito, não acreditam em espiritualização, não acreditam em Deus”. (C4-ME)</p> <p>“Acho que existe a prática do bem pelo bem porque tem muita gente que é religiosa e não pratica nada disso”. (C7-TE)</p> <p>“Independente de religiosidade, existe a prática do bem. É o que eu vejo no meu dia a dia. Eu vejo pessoas que fazem o bem pelo bem, nas quais desconheço se possuem ou não religião. [...] mas eu sinto que são boníssimas, coração enorme, ternas, de saber colocar-se no lugar do outro. Que praticam a compaixão, independente de uma religiosidade, de ter um dia certo de ir à missa, ou à escola dominical, ou ao centro espírita. Independente disso, a pessoa pratica o bem. Eu não sei te falar no que a pessoa acredita, mas eu conheço pessoas que, independentemente de religiosidade, praticam o bem pelo bem”. (C11-E)</p> <p>“Não acredito que está vinculado só à religiosidade. Eu acho que existem perfis de pessoas que têm esse desprendimento, sem nenhum vínculo religioso, da mesma forma que existem pessoas embrenhadas numa religião e que estão ouvindo, falando, profetizando, mas não estão efetuando o que precisa ser realizado, o que pode ser feito conforme está ao seu alcance. Eu não vejo relação, estreita e única relação, entre fazer o bem só porque existe uma prática espiritual associada. Existem pessoas que são boas e que se desprendem para fazer o bem, independente de religião ou não”. (C17-E)</p> <p>“Eu acredito que a religião seja só um caminho, uma instrução, um gatilho. Porque bom de verdade é aquele que faz o bem pelo bem, sem nenhuma recompensa, nem do céu, ou, sem nenhuma ameaça do inferno. É aquele que acredita no bem, pois está dentro de cada um de nós. Nós somos luz, uma centelha de luz. O código do bem está todo dentro da gente. E eu acho que existem pessoas que, sem religião nenhuma, isso está provado, elas são muito mais espiritualizadas, às vezes, do que as que têm uma religião”. (C20-ME)</p> <p>“Acredito na prática do bem pelo bem. Os sentimentos de amor, compaixão independem de religião. [...] e eu acredito que a gente faz por um bem maior, alguma coisa inexplicável, que você quer fazer, porque você acha que é o certo, algo que transcende a religiosidade. Não por medo de punição, e sim por uma questão de transformação íntima. Sentir que eu estou compartilhando coisas boas que eu tive, que eu recebi dos meus pais e dos meus avós. Sempre tive esse intuito de querer passar pra frente coisa boa. E eu sempre tive o retorno muito bom também”. (C21-ME)</p>
Associação entre atitude	“ Eu não dissocio os dois porque, quando se tem uma religião, você

humanista e a espiritualidade	<p><i>segue alguns preceitos, subentende-se que compreende melhor o que é a bondade, a compaixão e o amor”. (C5-E)</i></p> <p><i>“Eu acho que existe a prática do bem pelo bem, mas a espiritualidade influencia também, elas caminham juntas. Conheço também pessoas que se dizem espiritualizadas e que, nas atitudes do dia a dia, não se comportam dessa maneira. Então, eu acho que são rótulos”. (C14-ME)</i></p> <p><i>“Eu acredito na união dos dois, tem gente que pratica o bem pelo bem, mas a religião também ensina isso”. (C19-TE)</i></p>
-------------------------------	--

Ao final das entrevistas, foi perguntado, aos colaboradores, se desejariam acrescentar mais algo. Alguns manifestaram que a entrevista lhes trouxe muitas lembranças de situações e sentimentos que foram revisitados, como se estivessem revivendo algumas das experiências vividas. Outros relataram a importância da temática, da inserção da abordagem espiritualidade no cotidiano da profissão e como a espiritualidade está mais presente no cotidiano da profissão do que haviam imaginado. Expressaram ainda a dificuldade em abordar a espiritualidade.

*“Eu desejo acrescentar que **é preciso, cada vez mais, espiritualizar o tratamento médico,** não só médico, quanto da Enfermagem, quanto dos demais profissionais de saúde. [...] a ciência já avançou muito sem a espiritualização e agora chegou a hora de espiritualizar. O caminho é esse”. (C2-ME)*

*“São algumas situações que acabam sendo difíceis de descrever, mexem um pouquinho com a gente e acabamos relembando, trazendo de volta alguns sentimentos, mas eu acredito que seja extremamente importante as reflexões que acabamos de fazer. **A partir desta conversa, consigo perceber o quanto a espiritualidade está presente na minha vida pessoal e, principalmente, na minha vida profissional.** Ainda não havia me deparado com a abordagem dessa temática de maneira científica, mas acredito que é um tema que deva ser mais pesquisado”. (C4-ME)*

“Nós temos dificuldade de falar sobre espiritualidade, de expressar: “Eu vou à missa todo domingo”. Mas qual foi o ensinamento? Ou você vai só por ir? **Então, é muito difícil você falar sobre isso. Sentimento é difícil de você expressar.** Nós, homens, temos uma certa dificuldade. Mas hoje eu reflito como isso é importante, como a espiritualidade é presente. Até mesmo em situações difíceis no trabalho, onde agimos muito por intuição e não sabemos o porquê tomamos tais decisões e você olha e fala: “Por que que eu tomei essa decisão e foi tão certa assim?”. (C23-ME)

Alguns comentaram que sofrem sim ao compartilhar a dor do outro.

*“Quando temos intercorrências mais sérias e você quer resolver, tem aquele desgaste físico e emocional. No outro dia, você sente muito mais desgastado. Isso já aconteceu várias vezes. E eu tenho o **diagnóstico de fadiga crônica**. E eu acho que muito tem a ver com o emocional. Hoje, eu estou **tomando antidepressivo e um remédio para dormir melhor**. Para dormir melhor, eu parei de tomar. E eu tenho muita dor física. Mas muita. Cada vez, piora um pouco mais. Achei que piorou com os anos e acho que tem mais a ver com o que eu faço aqui. Eu acho que é mais aqui. Com o que eu faço aqui no CTI”. (C20-ME)*

*“Eu já tive muito sofrimento, **fadiguei muito**, isso já afetou muito a minha vida, até no aspecto pessoal, hoje em dia, não afeta mais. **No começo da vida profissional**, acontecia muito comigo e, hoje em dia, já não acontece mais. Eu consigo lidar melhor com isso. Eu já tive muito sofrimento em compartilhar a dor do outro e me atrapalhar, de ficar muito cansando, até psicologicamente abalado. Mas, agora, eu consigo separar as coisas”. (C24-ME)*

Porém, este compartilhar da dor do outro lhes traz satisfação:

*Eu sofro, mas eu consigo superar bem e, dentro do possível, viver bem, apesar de conviver com tantas situações difíceis. Eu posso sofrer, mas é um sofrimento que eu consigo manejar, não me atrapalha a viver. [...] **me causa uma satisfação eu saber que consegui sofrer junto com a outra pessoa e apoiar, auxiliar e dividir um pouco esse sofrimento.** O profissional de saúde parece que tem um **treinamento para aguentar o sofrimento um pouco maior**, a gente sublima, pois, normalmente, nos tornamos um para raio e esperam que estejamos sempre prontos para ajudar a resolver os problemas. Sofri com a dor, tive um pouco de dor também, mas acho que foi amenizado pela satisfação de ter podido auxiliar alguém. (C21-ME)*

5.3 RESULTADO DA PESQUISA QUANTITATIVA

5.3.1 Escala de Medida Multidimensional Breve de R/E

Na escala de avaliação da R/E, no que se refere às dimensões da Escala BMMRS, destaca-se que, entre todos os 231 profissionais de saúde, a média de R/E apresentada na dimensão de Experiências Espirituais Diárias foi de 28,69 em uma pontuação mínima de 8 pontos e máxima de 36. Este domínio demonstra a frequência em que os trabalhadores vivenciam experiências como a presença de Deus, o conforto na religião ou na espiritualidade, o amor aos outros, a admiração pela natureza, a paz interior e o desejo de proximidade com Deus. A consistência interna do instrumento foi considerada de baixa a alta e verificada pelo Alfa de Cronbach, conforme sugerido por Freitas e Rodrigues (2005), com valores variando entre 0,44 e 0,90, conforme apresentado na tabela 3.

A média constatada na dimensão de Superação Religiosa/Espiritual foi 25,06 (mínimo de 13 pontos e máximo de 28), na tabela 3, que demonstra as estratégias de religiosidade e espiritualidade utilizadas pelos profissionais para lidar com circunstâncias difíceis de vida.

A média encontrada na dimensão de REL ORG, que significa a participação religiosa em missas, cultos, grupos de oração e reuniões religiosas, foi de 5,59, sendo o mínimo de 2 pontos e o máximo de 12, também demonstrada na tabela 3.

Tabela 3 - Medidas de tendência central, de variabilidade e consistência interna das dimensões de R/E entre profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino. Uberaba (MG), Brasil, 2021.

Dimensões BMMRS	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Alfa de Cronbach
Experiências Espirituais Diárias	8,00	36,00	28,69	30,00	6,20	0,90
Valores/Crenças	2,00	8,00	6,95	7,00	1,04	0,44
Perdão	6,00	12,00	9,80	10,00	1,35	0,54
Práticas Religiosas Particulares	5,00	37,00	22,75	24,00	7,44	0,79
Superação Religiosa Espiritual	13,00	28,00	25,06	26,00	3,27	0,73
Suporte Religioso	4,00	16,00	9,28	9,00	3,03	0,82
Religiosidade Organizacional	2,00	12,00	5,59	6,00	2,60	0,66
Autoavaliação Global de R/E	2,00	8,00	5,96	6,00	1,37	0,66

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Quanto à dimensão História Religiosa/Espiritual, 67,1% dos profissionais referiram ter vivenciado uma experiência religiosa ou espiritual que mudou a sua vida, enquanto 78,8% conseguiram alguma recompensa com sua fé e 80,5% relataram que não tiveram alguma perda significativa da sua fé, conforme a tabela 4.

Tabela 4 - Distribuição da frequência da dimensão História Religiosa/Espiritual entre profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino. Uberaba (MG), Brasil, 2021.

Dimensões BMMRS	SIM	%	NÃO	%
Alguma experiência religiosa ou espiritual que mudou sua vida	155	67,1	76	32,9
Alguma recompensa com sua fé	182	78,8	49	21,2
Alguma perda significativa da sua fé	45	19,5	186	80,5

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Ainda relacionado à dimensão História Religiosa/Espiritual, a média de idade no que se refere à experiência religiosa ou espiritual que mudou a vida foi de 25,21 anos (desvio-padrão de 9,69 anos, idade mínima de três anos e idade máxima de 58 anos). A média de idade relativa à experiência da recompensa com sua fé foi de 26,85 anos (desvio-padrão de 11,05 anos, idade mínima de três anos e idade máxima de 62 anos). A média de idade quando a experiência da perda significativa

da sua fé aconteceu foi de 28,13 anos (desvio-padrão de 9,29 anos, idade mínima 13 anos e idade máxima de 48 anos).

Referente à dimensão Comprometimento, a maioria dos profissionais da equipe médica e de Enfermagem (121 - 52,4%) relatou que concorda, totalmente, em levar as crenças religiosas ao longo da vida, conforme a tabela 5. Quanto à contribuição financeira, da dimensão Comprometimento, o maior percentual dos profissionais (120 - 51,9%) informou que contribui financeiramente para a comunidade religiosa ou com algumas causas religiosas (Tabela 5). Relacionado às horas semanais dedicadas às atividades religiosas, a maioria (88 – 38,1%) referiu que dedica entre uma e duas horas semanais em atividades da sua igreja ou atividades por razões religiosas ou espirituais (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição da frequência da dimensão Comprometimento entre profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino. Uberaba (MG), Brasil, 2021.

Dimensão BMMRS	Comprometimento				
	Concordo totalmente	Concordo	Discordo	Discordo totalmente	-
Levar fortemente as crenças religiosas ao longo da vida	121 (52,4%)	89 (38,5%)	15 (6,5%)	6 (2,6%)	-
	Contribuição semanal	Contribuição mensal	Contribuição anual	Não contribuem financeiramente	Contribuem, mas preferiram não dizer o quanto
Contribuição financeira	21 (9,1%)	56 (24,2%)	20 (8,7%)	111 (48,1%)	23 (9,9%)
	0 horas	1 e 2 horas	3 e 4 horas	5 horas ou mais	-
Horas/semana	82 (35,5%)	88 (38,1%)	28 (12,1%)	33 (14,3%)	-

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Quanto à dimensão da Preferência Religiosa, e conforme já descrito na caracterização dos profissionais, três (1,3%) denominam-se ateus (não acreditam em Deus), 26 (11,3%) não têm religião, mas são espiritualizados (acreditam em Deus, mas não pertencem a nenhuma religião), 84 (36,4%) são católicos, 31 (13,4%), protestantes/evangélicos, 63 (27,3%), espíritas, dois (0,9%), umbandistas, 16 (6,9%) frequentam mais de uma religião, cinco (2,2%) são agnósticos (a ideia de que a existência de Deus é impossível de ser conhecida, ideia que também não

pode ser demonstrada, provada ou refutada), um (0,3%), Testemunha de Jeová e não há nenhum budista, judeu e muçulmano, conforme a tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição dos profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino, considerando a frequência da dimensão Preferência Religiosa. Uberaba (MG), Brasil, 2021.

Religiões	Preferência religiosa	
	N	%
Ateu (não acredita em Deus)	3	1,3%
Sem religião, mas espiritualizado	26	11,3%
Católico	84	36,4%
Protestante/Evangélico	31	13,4%
Espírita	63	27,3%
Budista	0	0%
Umbandista	2	0,9%
Judeu	0	0%
Muçulmano	0	0%
Frequenta + de uma religião	16	6,9%
Agnóstico	5	2,2%
Outra	1	0,3%

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

5.3.2 Escala ProQol IV

A quarta versão do ProQol são perguntas direcionadas para os profissionais de saúde, cuja escolha da opção reflete como se sentiu nos últimos 30 dias, e sua interpretação não pode ser considerada um teste diagnóstico. A avaliação individual ocorre por meio da somatória de cada subescala (SC, BO e FC), porém, a validação apresentou uma disposição diferente dos itens. O primeiro fator compôs-se de 15 itens (SC); o segundo, de dez itens (FC) e o terceiro, de apenas três itens (BO), totalizando 28 itens. Dos dois itens foram excluídos, o item 28 pertencia ao fator FC e o item 29, ao fator BO (LAGO; CODO, 2013).

O ProQOL pode ser um guia em relação ao equilíbrio de um indivíduo ou organização de experiências positivas e negativas relacionadas com a realização de trabalho, pois pontuações altas em Satisfação e FC podem ser um reflexo do envolvimento com o trabalho (STAMM, 2010).

Tabela 7 - Apresentação das medidas de tendência central, variabilidade e consistência interna dos domínios de Fadiga e SC entre profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino. Uberaba (MG), Brasil, 2021.

Domínios	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Alfa de Cronbach
Fadiga por Compaixão	10,00	46,00	21,96	21,00	8,31	0,87
Satisfação por Compaixão	25,00	75,00	63,67	65,00	8,18	0,89
Síndrome de <i>Burnout</i>	3,00	15,00	8,16	8,00	3,19	0,84

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Conforme a tabela 7, o escore médio de SC foi de 63,67 pontos (desvio-padrão de 8,18 pontos, o mínimo de 25,00 pontos e o máximo de 75,00). A consistência interna do instrumento foi considerada alta e verificada pelo *Alfa de Cronbach* com valor de 0,89.

O escore médio de BO foi de 8,16 pontos (desvio-padrão de 3,19 pontos, o mínimo de 3,00 pontos e o máximo de 15,00). A consistência interna do instrumento foi considerada alta e verificada pelo *Alfa de Cronbach* com valor de 0,84.

O escore médio de FC foi de 21,96 pontos (desvio-padrão de 8,31 pontos, o mínimo de 10,00 pontos e o máximo de 46,00). A consistência interna do instrumento foi considerada alta e verificada pelo *Alfa de Cronbach* com valor de 0,87.

Ao considerar os pontos de corte propostos por Stamm (2010), 227 (98,3%) apresentaram alta SC, quatro (1,7%), moderada SC e nenhum reportou baixa SC. Já para FC, 134 (58%) apresentaram baixa FC, 91 (39,4%), moderada e seis (2,6%), alta. Quanto aos pontos de corte para BO, 231 (100%) apresentaram baixo BO.

5.3.3 Influência de variáveis sociodemográficas, ocupacionais e religiosas/espirituais sobre a Fadiga e a SC

Para verificar a influência de variáveis sociodemográficas, ocupacionais e espirituais sobre a Fadiga e SC dos profissionais da equipe médica e de Enfermagem, foi realizada – inicialmente – a análise bivariada por meio de comparações com o teste t de *Student* de amostras independentes e da correlação de Pearson; posteriormente, regressão linear múltipla.

Realizou-se comparação, por meio do teste t de *Student*, para as amostras independentes entre a Fadiga e a SC com as seguintes variáveis: sexo; categoria

profissional; crença em Deus; unidade/setor de trabalho e sintomas de depressão, ansiedade e estresse autorreferidos (Tabela 8).

Tabela 8 - Análise bivariada entre a Fadiga e a SC e as variáveis sociodemográficas, ocupacionais e religiosas/espirituais dos profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino. Uberaba (MG), Brasil, 2021.

Variáveis	n	FC			p	n	SC		
		\bar{x}	s				\bar{x}	s	p
Sexo									
Feminino	162	22,61	8,50	0,06	162	63,75	7,78	0,82	
Masculino	69	20,43	7,69		69	63,49	9,11		
Categoria profissional									
Profissionais de Enfermagem	162	21,88	8,50	0,81	162	63,27	8,29	0,25	
Profissionais médicos	69	22,16	7,89		69	64,61	7,89		
Crê em Deus									
Sim	222	21,97	8,31	0,91	222	63,85	8,07	0,10	
Não	9	21,67	8,77		9	59,33	10,18		
Unidade/setor de trabalho									
Demais setores	115	23,00	8,73	0,05	115	64,44	7,60	0,15	
UTIs	116	20,93	7,78		116	62,91	8,68		
Sintomas de depressão, ansiedade e estresse									
Possui	175	23,34	8,28	<0,001	175	63,13	7,71	0,07	
Não possui	56	17,66	6,68		56	65,38	9,37		

Fonte: Elaborada pela autora (2021). n = número da amostra - \bar{x} = média - s = desvio-padrão - p = probabilidade - nível de significância $\leq 0,05$

No que se refere à variável sexo, a partir da análise com a FC, os resultados evidenciaram uma diferença marginalmente significativa ($p=0,06$), demonstrando que, apesar dos escores entre as mulheres apresentarem mais FC quando comparadas aos homens, esta diferença não foi estatisticamente significativa.

No referente às unidades de trabalho, os profissionais de saúde que trabalham nas UTIs apresentam menor FC quando comparados aos dos demais setores, com diferença estatisticamente significativa ($p=0,05$).

Houve uma diferença estatisticamente significativa entre os profissionais que apresentam sintomas de depressão, ansiedade e estresse autorreferidos e os que não os apresentam, com incidência maior de FC ($p<0,001$). Observou-se que os participantes que relataram manifestar estes sintomas apresentaram escores mais elevados de FC e escores médios menos elevados para SC.

Na correlação de Pearson realizada entre a Fadiga e a SC e a idade, observou-se uma correlação negativa, quanto maior a idade, menor a FC, porém, não foi estatisticamente significativa. Já para o fator SC, observou-se uma

correlação positiva, quanto maior a idade, maior a SC, com correlação fraca, mas estatisticamente significativa ($p=0,015$, $r=0,16^*$).

Quanto ao tempo de formação em anos, observou-se que houve correlação estatisticamente significativa entre a SC e o tempo de formação ($r=0,14^*$ $p=0,037$) e não foi estatisticamente significativa em relação à FC ($r=-0,01$ $p=0,805$), conforme a tabela 9. Para o fator SC, observou-se uma correlação positiva, indicando que quanto maior o tempo de formação, maior a SC.

Tabela 9 - Análise bivariada entre a Fadiga e a SC e a idade, tempo de formação e carga horária de trabalho dos profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino. Uberaba (MG), Brasil, 2021.

Variáveis	FC		SC	
	r	p	r	p
Idade	-0,08	0,236	0,16*	0,015
Tempo de formação	-0,01	0,805	0,14*	0,037

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Realizou-se análise bivariada entre a Fadiga e a SC com as dimensões de R/E, conforme a tabela 10. Na correlação entre a dimensão que corresponde ao PERD e a FC, notou-se uma correlação negativa, quanto menor o PERD, maior a FC, sendo uma correlação fraca, mas estatisticamente significativa. Ou seja, quanto menor o processo de cessar o ressentimento, a mágoa, a vingança, em relação a um ofensor, aos próprios erros ou a Deus, maior será a FC.

Tabela 10 – Resultado da análise de correlações entre os escores de R/E e os escores de Fadiga e SC entre profissionais da equipe médica e de Enfermagem de um hospital de ensino. Uberaba (MG), Brasil, 2021.

Dimensões Variáveis	FC		SC	
	r	p	r	p
Experiências Espirituais Diárias	-0,11	0,101	0,30*	<0,001
Valores/Crenças	0,08	0,244	0,25*	<0,001
Perdão	-0,15*	0,021	0,27*	<0,001
Práticas Religiosas	-0,02	0,783	0,12	0,079
Superação Religiosa/Espiritual	-0,11	0,103	0,30*	<0,001
Suporte Religioso	0,06	0,378	0,17*	0,009
Religiosidade Organizacional	0,01	0,826	0,06	0,400
Autoavaliação Global de R/E	0,01	0,851	0,25*	<0,001

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

Ainda referente à análise bivariada, no tocante à SC, os domínios EED ($p<0,001$), V/C ($p<0,001$), PERD ($p<0,001$), SUP R/E RS($p<0,001$), SUP REL

($p=0,009$) e AUT GL ($p<0,001$) apresentaram correlação positiva, ou seja, quanto maior a R/E, maior a SC, apresentando correlação fraca, mas estatisticamente significativa (Tabela 10).

5.3.4 Análise de Regressão Linear Múltipla

A tabela 11 apresenta o resultado da análise de regressão linear múltipla entre a Fadiga e a SC e as variáveis, a saber: idade, tempo de formação, sexo, categoria profissional, crença em Deus, unidade/setor de trabalho, sintomas de depressão, ansiedade e estresse autorreferidos.

Tabela 11 - Resultado da análise de regressão linear tendo como desfecho a Fadiga e a SC e os preditores investigados. Uberaba (MG), Brasil, 2021.

Variáveis	FC		SC	
	β	p	β	p
Idade	-0,18	0,049	0,24	0,01
Tempo de formação	0,14	0,13	-0,14	0,16
Sexo	0,12	0,12	0,89	0,27
Categoria Profissional	-0,10	0,20	-0,10	0,21
Crê em Deus	0,05	0,46	-0,11	0,09
Unidade/Setor de trabalho	0,11	0,09	0,08	0,24
Sintomas de depressão, ansiedade e estresse	0,29	<0,001	-0,14	0,04

Fonte: Elaborada pela autora (2021). β - Coeficiente de regressão linear. p – probabilidade - nível de significância $\leq 0,05$

Com a finalidade de analisar a contribuição independente de cada preditor, construíram-se modelos de regressão linear múltipla, tendo como desfecho a Fadiga e a SC. Os preditores que mais fortemente contribuíram foram a variável depressão, ansiedade e estresse autorreferidos, indicando que as pessoas que afirmaram possuir estes sintomas apresentam escores mais elevados de FC ($\beta=0,29$; $p<0,001$) e tiveram médias menores no domínio SC ($\beta= -0,14$; $p=0,04$). A variável idade também foi estatisticamente significativa para o domínio FC ($\beta= -0,18$; $p=0,049$) e para o domínio SC ($\beta=0,24$; $p=0,01$), demonstrando que quanto maior a idade, menor a FC e maior a SC. Estes achados corroboram a análise bivariada apresentada anteriormente.

“Basta apenas um cisne negro para provar que todos os cisnes não são brancos”.

Karl Popper

6 DISCUSSÃO

A proposta desta pesquisa foi compreender a relação entre a R/E e o humanismo secular sobre a Fadiga e a SC segundo a percepção dos profissionais de saúde. O estudo envolveu 231 profissionais de saúde, sendo representativos do universo do hospital pesquisado, tendo como características: sexo feminino (70,1%); casados/união estável (61,5%); possuíam filhos (67,1%); eram os principais responsáveis financeiros da família (68%).

A média de idade foi de 42,37 anos, o tempo de formação teve a média de 17,23 anos, sendo que a maioria (64,5%) tinha um tempo de admissão na instituição menor que dez anos, o que se justifica pelo fato de prevalecer como vínculo empregatício o regime de CLT (63,6%). Em relação aos dados ocupacionais, a maioria (56,3%) cumpria 36 horas semanais e possuía apenas um vínculo empregatício (72,7%).

Estes resultados corroboram com o estudo sobre FC em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar no qual 57 (65,5%) enfermeiros eram do sexo feminino, com média de idade de 37,1 (DP=6,3) anos, sendo a mediana de 36, a mínima de 25 e a máxima de 52 anos, e 50 (57,5%) não tinham parceiro (BORGES *et al.*, 2019). Outro estudo, que buscou determinar a prevalência de SC, FC e esgotamento em enfermeiros de um departamento de emergência nos Estados Unidos, identificou que 87,4% são profissionais de saúde do sexo feminino, cuja média de idade foi de 44 anos e o tempo de trabalho na atividade foi de 17 anos (HUNSAKER *et al.*, 2015).

Concernente à crença em Deus, a maioria crê em Deus (96,1%); 136 (58,9%) referiram não ter mudado de religião/doutrina/crença; o maior percentual dos profissionais informou ser católico (36,4%), seguido dos espíritas (27,3%), em terceiro lugar, os evangélicos (13,4%) e somente 1,3% relataram ser ateus. A frequência de prática religiosa está entre raramente (30,7%), e uma vez por semana (30,3%).

O estudo que teve como objetivo verificar a R/E dos profissionais de saúde que prestam cuidado em setor crítico, apontou que todos os entrevistados possuíam uma afiliação religiosa, sendo a religião evangélica/protestante a mais frequente (35,9%), seguida das religiões católica (34%) e espírita (13,2%) (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018) o que difere deste estudo, assim como dos dados nacionais,

em que a maior parte da população brasileira pertence à religião católica (BRASIL, 2010).

A maioria (75,8%) dos entrevistados disse ter apresentado sintomas de depressão, ansiedade, estresse relacionados à atividade laboral ou ao convívio do sofrimento dos pacientes, sendo que a maioria (64,9%) referiu não necessitar de acompanhamento médico.

Por meio da pesquisa quali-quantitativa, foi possível definir as categorias que nuclearam discussões e permitiram avançar para conclusões sobre pontos de vista coincidentes e divergentes. O propósito foi sistematizar, detalhar e evidenciar, nos conteúdos, os aspectos centrais relacionados ao problema investigado, na tentativa de apresentar uma visão geral, para possibilitar a estruturação do conhecimento sobre o tema.

A partir da análise do material coletado e durante o tratamento das entrevistas e dos resultados quantitativos, foram elencadas três categorias, que emergiram para possibilitar a estruturação do conhecimento sobre o tema, enumeradas a seguir: a) Trabalho dos profissionais de saúde: sentidos e significados; b) Trabalho em saúde: entre a satisfação e a FC; c) Espiritualidade e humanismo secular: interfaces do comportamento do profissional de saúde, como exposto no quadro 4.

Quadro 4 – Plano de análise das categorias

QUESTÕES	CATEGORIAS
Fale-me sobre o seu trabalho e o que ele representa na sua vida? Como se deu a escolha da profissão?	Trabalho dos profissionais de saúde: sentidos e significados
Como percebe a dor e o sofrimento dos pacientes e familiares? Isso gera algum sofrimento para você como profissional e como pessoa?	Trabalho em saúde: entre a satisfação e a FC
Você já teve dificuldades para lidar com o quadro clínico de algum paciente? Como reagiu frente a isso?	
Caso tenha/siga alguma religião/espiritualidade, considera que suas crenças influenciam o modo como você enxerga a vida ou sua visão de mundo?	Espiritualidade e humanismo secular: interfaces do trabalho dos profissionais de saúde
Em alguma situação estressante no trabalho, você recorreu às crenças de sua religião/espiritualidade para conseguir lidar com o problema? Em caso afirmativo, conte-me o fato.	
Você acredita que a religião/espiritualidade pode ajudar um profissional da área de saúde a lidar com os problemas e desconfortos de sua profissão?	
Na sua opinião, atitudes positivas de amor, bondade e compaixão estão vinculadas à religiosidade ou você acha que existe a prática do bem pelo bem? Conte-me sobre isso com base na sua prática e vivência.	

Fonte: Elaborada pela autora (2021).

6.1 TRABALHO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: SENTIDOS E SIGNIFICADOS

As possibilidades de definir trabalho são inúmeras. Para uns, é concebido como um esforço humano que os motiva e age em seu ambiente com a finalidade de transformação. Para outros, é visto como atividade remunerada na qual se busca atender às suas necessidades. Além do aspecto financeiro, estabilidade, oportunidades de crescimento e aprendizagens, a convivência e o reconhecimento são fatores relevantes (ZANELLI, 2010).

O trabalhar é, com certeza, uma das formas de honrar a vida. Enquanto jornada na sociedade, proporciona, a cada indivíduo, a oportunidade de contribuir para a construção da obra humana e cultural (PEYON, 2019).

O trabalho pode ser:

[...] um elemento organizador da vida, seja no plano social, seja no nível mais singular das identidades, oferecendo ao animal-humano, ao lado dos laços amorosos, a possibilidade mais importante de inserção social e de investimento libidinal. Precisamos resistir ao modelo de organização do trabalho que conduz ao trabalhar abstrato e sem sentido, realizado pelo trabalhador “apenas” em troca de um salário, de modo a poder se inserir socialmente pela via do consumo. [...] Honrar a vida pelo trabalho, isto é, desenvolver uma relação com o trabalhar que implique o sujeito de uma forma singular, por meio da qual ele se sinta contribuindo para a construção de sua comunidade, de sua cidade, de seu país e do mundo, depende de um grau mínimo de emancipação e de liberdade na relação com os pares e com o objeto produzido. De outro modo, o que mais teremos serão pessoas deprimidas, ou no nosso entender, trabalhadores desanimados, no sentido mais pleno de estar sem alma, sem desejo, sem entusiasmo no trabalhar. Se a alma não está presente no que se faz, nenhum trabalho vale a pena (PEYON, 2019, p. 311).

O trabalho exerce um papel fundamental e significativo na vida do ser humano. É por meio dele que o indivíduo constrói sua própria identidade. Neste processo de estruturação da identidade, o trabalho adquire sentido fundamental ao possibilitar a realização, a expressão de competências e a integração social (ANDRADE; CARDOSO, 2012).

No modo de produção capitalista, as novas exigências do sistema produtivo para que as pessoas se engajassem no trabalho tornam-se de grande interesse, quando questões como sobrevivência, necessidades compulsivas e instabilidade empregatícia surgem e começam a impor novas exigências (BENDASSOLLI, 2012). Contudo, o trabalho não atenderá apenas às necessidades humanas básicas, mas também tentará atender à satisfação pessoal do indivíduo.

A centralidade do trabalho na vida dos colaboradores está presente em suas falas e as principais percepções e significados da atividade laboral foram que, para alguns, além da subsistência, é uma peça fundamental, envolve a possibilidade de cuidar de pessoas, proporciona realização pessoal e profissional, julgando-o como gratificante. Apesar do cansaço, sofrimento e dos desafios constantes, os colaboradores referem sentir amor pela profissão e realização naquilo que desempenham e referem que a experiência e maturidade adquiridas refletem em uma progressão evolutiva enquanto ser humano.

Embora a profissão em saúde seja considerada por eles gratificante, ficou evidente que a disposição para a vida fora do trabalho pode ser fortemente limitada pela renúncia ao convívio familiar e pela visão de trabalho enquanto meio de subsistência.

A importância do trabalho sobrepõe-se às experiências do cotidiano familiar e individual, algo que norteia e rege o tempo e diversas condicionantes da convivência familiar (SELIGMANN-SILVA, 2011).

Algumas pesquisas acrescentam ainda que o exercício do trabalho não pode ser encarado como simples processo de execução, pois “a todo instante, somos convocados a gerir, fazer escolhas, ressignificar e trabalhar as normas”. Consiste em um reposicionar diante de preceitos e condutas com o objetivo de repensar a qualidade, promoção e prevenção da saúde de forma mais efetiva. O trabalho, qualquer que seja ele, exige muito mais que apenas uma ação de execução por si só. Deste modo, ele exige o envolvimento “intelectual” de quem o exerce no sentido de pensar, gerir, tomar decisões, dentre outros (RUIZ; ARAÚJO, 2012, p. 178).

O trabalhar não pode ser totalmente discutido apenas pelas metodologias quantitativas sob uma ótica matemática. A subjetividade do mundo do trabalho não se limita completamente por essa única abordagem, uma vez que trabalhar implica o trabalhador, quando este se “depara e enfrenta o real do trabalho e suas dificuldades, a partir de seu saber técnico e de suas possibilidades subjetivas e expressivas” (PEYON, 2019, p. 309). A vida de relação dentro da atividade do trabalho em saúde envolve suas habilidades, conhecimentos, criatividade e inteligência, dentre outras características peculiares da profissão. Desse modo, o contato com o sofrimento alheio pode modificar o indivíduo durante a sua trajetória e influenciar a sua consciência subjetiva.

Nessa perspectiva, apesar das profundas mudanças no mundo do trabalho, o tema trabalho em saúde torna-se de grande importância e, por sua vez, é um trabalho indispensável para a vida humana (PIRES, 2000). Para os colaboradores, o trabalho é visto como categoria essencial do universo humano, sendo essa a sua melhor definição.

As regras de trabalho envolvem, ao mesmo tempo, aspecto técnico e uma postura moral-prática ou social. Em outras palavras, trabalhar é também viver junto. São esses espaços de vivência e convivência, nos quais se renovam e se transformam as regras, que contribuem para fazer evoluir a organização do trabalho (DEJOURS, 2008).

Nesta pesquisa, a maioria dos profissionais relatou que a escolha da profissão se deu por opção. As escolhas de vida podem ser decisivas na existência do indivíduo. A importância de se escolher uma carreira pode estar ligada à busca por um propósito de vida.

Ter um propósito de vida é uma das necessidades humanas mais fundamentais. Uma vez que aumenta a longevidade e a felicidade e melhora o sistema imunológico, se tem um maior envolvimento naquilo que se presta a fazer e melhor desempenho (SCHIPPERS; ZIEGLER, 2019). Afinal, a capacidade e o modo como o profissional de saúde desempenha o seu trabalho serve de diferenciadores do ser humano e prestam-se à sua humanização e sociabilidade.

Quando se reflete sobre o propósito de vida, é importante que o profissional em saúde avalie o que o move, repense o grau de satisfação e insatisfação no trabalho, uma vez que estes profissionais têm a capacidade de interferir, negativa e positivamente, na vida de milhares de pessoas, porém, possuem um potencial transformador e um grande impacto sobre o coletivo social e humano.

Para os profissionais de saúde, o cuidado está além do que é simplesmente perceptível aos olhos. “Decodificar; desempenhar o cuidado com amor e atenção, sendo capaz de identificar naqueles (as) que são cuidados (as), não apenas alterações físicas, emocionais, entre outras”, mas estar pronto para atender às suas necessidades, demandas e, até quem sabe, seus desejos em termos de integridade de saúde (SALVIANO *et al.*, 2016, p. 1241).

Para alguns colaboradores, há um misto de sentimentos relacionados ao trabalho, pois reconhecem a sua importância, que vai além da profissão, gerando orgulho e prazer e até mesmo a sensação de um trabalho heroico. Além disso,

envolve a essência do desenvolvimento humano, possibilitando uma evolução de suas habilidades, potencialidades e mudança da percepção do mundo.

A palavra trabalho, no período medieval, tinha uma significação de feito heroico, exigindo grande força e coragem, sendo realizado com espírito de luta e persistência (ARENDR, 2000). É justamente o imaginário heroico que revela um limiar muito tênue entre sofrimento e prazer, justificado pelo fato de precisarem ser resolutivos em diversas frentes do trabalho em saúde.

Ao longo de seus discursos, esses colaboradores são confrontados com a contradição de suas falas, que oscilam entre o sentimento de trabalho heroico e o de impotência, que, para eles, é motivo de sofrimento. Como observado por Lago e Codo (2010), os profissionais de saúde experimentam uma sensação velada de onipotência, que consiste na aceitação de um dever e, ao mesmo tempo, a sensação de impotência por não conseguirem salvar todas as vidas.

O significado de herói abrange aquela pessoa de grande coragem, autora de grandes feitos, capaz de suportar, exemplarmente, infortúnios e sofrimentos ou ainda que arrisca sua vida pelo dever. Esse processo de heroificação dos profissionais de saúde, amplamente divulgado pela mídia, influencia a formação da subjetividade dos profissionais da saúde e as relações de trabalho, o que possibilita um comprometimento no cuidado e na assistência à saúde, possibilidade de autoinoculação e absenteísmo por doença (FERREIRA, 2020).

No entanto, a heroificação dos profissionais da saúde tem a sua dualidade. Por um lado, traz sentimentos de amparo, cuidado e assistência, por outro lado, o papel de super-herói tem como consequência a desumanização desse profissional e lhe retira direitos humanos básicos como segurança, saúde e proteção (FERREIRA, 2020).

A visão de labor dos profissionais de saúde também abarca o trabalho não material, que consiste no “conjunto de atividades corporais, intelectuais, criativas, afetivas e comunicativas inerentes ao trabalhador, atualmente valorizadas e demandadas como condição indispensável à produção” (GRISCI, 2008, p. 4). Além disso, a organização hospitalar encontra-se face a face com o trabalho imaterial, os cuidados ao paciente transformam-se em bens imateriais, em que há manipulação de afetos, interação e contato humano (MERLO; TRAESEL; BAIERLE, 2011). No trabalho imaterial, valoriza-se a ação humana e não apenas uma mercadoria e/ou produto.

A dualidade de sentimentos, presente nas falas dos colaboradores, que oscilam entre a esperança e a frustração, pode trazer consequências de fortalecimento da personalidade ou adoecimento físico e psíquico dos profissionais em saúde quando a carga de trabalho ou a carga emocional interferir, de maneira negativa, neste contexto.

É de suma importância compreender que o trabalho em saúde possui características positivas e negativas, portanto, identificar e transformar as experiências vividas dentro da atividade laboral, fortalecendo os aspectos positivos, poderá acarretar aumento dos níveis de satisfação e qualidade de vida.

6.2 TRABALHO EM SAÚDE: ENTRE A SATISFAÇÃO E A FC

O trabalho, do ponto de vista humano, implica:

“Gestos, saber-fazer, um engajamento do corpo, a mobilização da inteligência, a capacidade de refletir, de interpretar e de reagir às situações; é o poder de sentir, de pensar e de inventar, entre outros” (DEJOURS, 2004, p. 28).

Por sua vez, o trabalho em saúde representa o trabalho vivo em ato, que consiste em produção na saúde, por meio da relação interpessoal profissional/usuário, ou seja, o trabalho humano quando é exercido e que determina a produção do cuidado (MERHY, 2002).

Diante da importância do trabalho em saúde, seu conceito revela-se complexo e apresenta ambivalência em seus múltiplos significados. De um lado, o prazer e a satisfação, por outro, o sofrimento, o mal-estar e a dor física e psíquica.

O mal-estar, quando relacionado ao trabalho e revelado no sofrimento, emerge de um desequilíbrio entre exigências e pressões do mundo do trabalho com a escassez de recursos do sujeito em face dele. Portanto, o sofrimento pode ser entendido como uma das faces subjetivas do trabalho (BENDASSOLLI, 2011).

Nas experiências de mal-estar, sejam distúrbios físicos e/ou psíquicos, é importante reconhecer um sentimento de inadequação e desconforto em relação ao trabalho. “O sofrimento no trabalho torna-se evidente quando não é mais possível transformá-lo em prazer através das realizações do sujeito, reconhecidas pelos outros como úteis e belas” (SZNELWAR; UCHIDA; LANCMAN, 2011, p. 15).

Na fala dos colaboradores, o trabalho é central na vida do ser humano. Mas também expressa a ambivalência entre prazer e sofrimento, satisfação e fadiga e, segundo Dejours (1992, p. 52):

O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho está bloqueada; quando o trabalhador usou o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem, e de adaptação [...]. A certeza de que o nível atingido de insatisfação não pode mais diminuir marca o começo do sofrimento.

A palavra sofrimento emergiu nas entrevistas quando relacionadas ao sentimento de debilidade, fraqueza, assim como quando concernente à aceitação das limitações profissionais. Percebe-se uma sensação de impotência diante dos quadros clínicos experienciados de pacientes com evolução inesperada ou negativa. No discurso dos colaboradores, os sentimentos oscilam entre a onipotência e a impotência, demonstrando os limites da profissão e, até mesmo, do conhecimento humano.

Dentre as várias circunstâncias geradoras de mal-estar, as vivências de sofrimento atribuídas ao sentimento de impotência podem trazer graves consequências físicas, emocionais e, até mesmo, na qualidade do cuidar (SALOMÉ; MARTINS; ESPÓSITO, 2009).

Com a secularização do cuidado à saúde, transferiu-se, para os profissionais de saúde, o suposto poder sobre a vida e a morte, antes atribuído à divindade que, muitas vezes, lhes impõe deveres impossíveis de serem cumpridos (LAGO; CODO, 2010).

A depender de situações no dia a dia de trabalho, para não lhe trazer mais sofrimento, estes profissionais “acabam se esforçando para manter a fantasia de que no geral são vitoriosos”, frequentemente oscilando de uma posição de onipotência para impotência, tendo em vista a inevitabilidade da morte (LAGO; CODO, 2010, p. 193).

A dificuldade em lidar com a morte foi manifestada nas falas dos colaboradores, a qual pode provocar certa carga de sofrimento, conforme elucidou uma pesquisa fundamentada nos estudos de natureza descritiva ao dizer que, em consequência da vivência com os processos de morte e do morrer, o labor pode ocasionar desgaste emocional, sentimentos de fracasso e frustração. Esses sentimentos possibilitam a vivência de seus processos internos, sua sensibilidade,

vulnerabilidade, medos e incertezas que, na maioria das vezes, são omitidos (FARIA; FIGUEREIDO, 2017).

Um estudo, que teve como objetivo conhecer as vivências e os sentimentos de profissionais da Enfermagem em relação ao paciente sem vida, observou este mesmo dualismo entre impotência e onipotência em relação à situação de morte do paciente, bem como culpa e frustração por não alcançar a melhora do indivíduo ou evitar sua morte (KUHN; LAZZARI; JUNG, 2012).

O sofrimento pode ser atribuído ao choque entre uma história individual, que inclui projetos, esperanças e desejos, e uma organização do trabalho que os ignora, podendo, assim, haver um bloqueio na relação homem/trabalho. As exigências na vida e na vida no trabalho são uma ameaça à saúde do trabalhador, podendo gerar sofrimento (DEJOURS, 1992).

Outra forma de apresentação do sofrimento, tematizada pelos colaboradores, foi ao relacionarem um certo estado de aflição e angústia com experiências vividas com os seus próprios familiares, imaginando a possibilidade de ser um parente na posição do próprio paciente. Mais uma vez, percebem-se o sentimento de impotência, os anseios e o desconforto, quase insuportáveis, que se traduzem pelo próprio confronto com a finitude humana, que pode gerar um nível elevado de sofrimento intensificado pelo sentimento de medo e insegurança.

O posicionamento dos colaboradores, evidenciado por suas falas, denota a oscilação entre a satisfação pelo trabalho e o sofrimento por ele gerado. Percebe-se que existe uma ambivalência de sentimentos.

A natureza humana, assim como a compaixão, que resulta da capacidade que o indivíduo possui de perceber e sentir as emoções de outrem, também se caracteriza por sua dualidade (LAGO; CODO, 2010).

A compaixão é definida como sendo um sentimento de pesar que advém da percepção e da compreensão do sofrimento alheio. Quando se percebe que alguém sofre, aspira-se, profundamente, interceder por uma situação por meio de um processo empático (LAGO; CODO, 2010).

Nesse momento, é importante conceituar empatia e compaixão. A primeira é uma identificação emocional que se tem uns com os outros, isto é, sentir o que os outros estão sentindo. A segunda pode ser entendida como o último estágio do processo empático, pois busca eliminar a dor alheia. Se não há compaixão, o

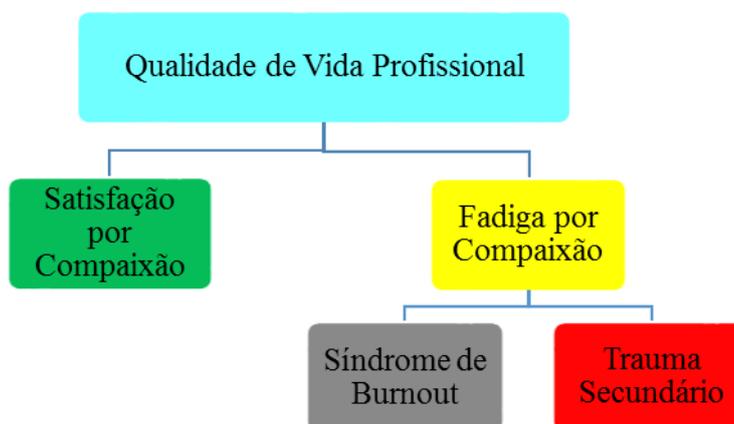
indivíduo pode sentir-se comovido por uma determinada situação, ou seja, sentir empatia, mas não tem o impulso de intervir (LAGO; CODO, 2010).

Em outras palavras, “a compaixão é o ímpeto de intervir numa situação quando por meio do processo empático tomamos o conhecimento de que alguém sofre” (LAGO; CODO, 2010, p. 73).

Como dito anteriormente, os aspectos positivos (SC) e negativos (FC) relacionados ao trabalho influem na Qualidade de Vida Profissional (QVP) (Figura 3). A SC tem sido o nome utilizado para caracterizar o prazer decorrente do trabalho junto a uma clientela que está em sofrimento e tem, como demanda, a remissão da sua dor. Já a FC caracteriza-se pelo sofrimento decorrente do trabalho junto a uma clientela que sofre e que tem, como demanda, a remissão da sua dor (LAGO; CODO, 2013).

A FC divide-se em duas partes: a) diz respeito a condições como exaustão, frustração, raiva e depressão típicas do BO; b) trata-se de estresse traumático secundário, que é um sentimento negativo causado pelo medo e pelo trauma relacionados ao trabalho, seja algum trauma direto (primário), seja uma combinação de trauma primário e secundário, sendo que, para este autor, BO e estresse traumático secundário não são sinônimos de FC.

Figura 3 - Diagrama da QVP



Fonte: Stamm (2010).

Há diferenças entre FC e BO, apesar de apresentarem alguns elementos comuns. O primeiro abarca o processo empático e possui a compaixão em sua essência, e o segundo trata da dinâmica do trabalho em si, que, seguindo esta linha

de pensamento, pode ocorrer em qualquer profissão. Portanto, a FC acontece nos profissionais cuidadores que lidam com a dor e o sofrimento alheios (LAGO; CODO, 2010).

Nessa direção, a FC é caracterizada por uma fadiga física e/ou mental resultante da compaixão que pode ser vivenciada pelos profissionais de saúde (LAGO; CODO, 2013). Estes autores acrescentaram ainda, quanto à importância do estudo da Fadiga e SC, por meio da seguinte reflexão:

Acreditamos que antes de ser um problema de Saúde Mental no Trabalho, o estudo da FC é um problema que nos coloca diante de uma série de questões essenciais relativas aos nossos comportamentos, sentimentos, emoções e valores. Isso porque a compaixão, antes de ser uma atitude desejável profissionalmente, é um valor moral e um comportamento desejável socialmente. E antes de ser um valor moral ou um comportamento desejável socialmente, é resultado de uma resposta fisiológica natural de todos os seres vivos gregários (LAGO; CODO, 2013, p. 9).

A interpretação dos escores da escala ProQol-BR, que avalia aspectos positivos e negativos relacionados ao trabalho, ocorre por meio das combinações entre seus valores, sendo que as combinações propostas pelo manual (STAMM, 2010) trazem, como resultados mais positivos, as combinações de alto nível para SC, com baixo a médio níveis de BO, com baixo a médio níveis de FC, sendo que, nesta pesquisa, foi encontrado este padrão. Estas combinações demonstram uma QVP dos participantes e, conseqüentemente, uma assistência de qualidade ao paciente, o que possibilita um ambiente de trabalho equilibrado, reduzindo a vulnerabilidade ao desenvolvimento da FC e de outras patologias de ordem psicológica.

Os seres humanos são estimulados, em vários momentos da vida, à busca pelo equilíbrio e bem-estar, entre as demandas das relações interpessoais e o meio no qual estão inseridos, seja em sua vida pessoal ou profissional, tentando estabelecer limites entre essas duas dimensões.

Alguns colaboradores relatam separar o aspecto profissional do pessoal ao referirem-se à dor alheia e à dificuldade em lidar com o sofrimento do outro, não se envolvendo muito com esta dor. Apesar de dizerem que sofrem, tentam filtrar, bloquear as situações que lhes trazem sofrimento e não as levam para casa.

As suas falas e seus recortes não correspondem exatamente à expressão corporal e facial que ocorreram durante a entrevista, assim, percebe-se uma dificuldade de expressarem fragilidades e sentimentos referentes à dor alheia.

Supõe-se um mecanismo de defesa para protegerem as próprias emoções, ao se eximirem, consciente ou inconscientemente, de analisar o próprio sentimento em relação ao sofrimento do outro.

Na percepção dos colaboradores, o sofrimento ao lidar com a dor alheia vai modificando-se, torna-se mais ameno ao longo dos anos, por meio da experiência na profissão, o que corrobora os achados da pesquisa quantitativa, pois quanto maior o tempo de profissão, menor a FC e maior a SC. O resultado de um estudo, realizado com uma amostra de 1.174 enfermeiras, também encontrou uma maior prevalência de SC entre profissionais com maior tempo de formação (KAWAR *et al.*, 2019). Por outro lado, um outro estudo, que buscou descrever a prevalência de FC, SC e BO, obteve maior FC e esgotamento entre enfermeiros clínicos que atuam em unidades oncológicas com maior tempo de experiência na profissão (YU; JIANG; SHEN, 2016).

Nesta pesquisa, foi verificado, por meio da análise bivariada e regressão linear, que os profissionais com maior média de idade apresentam menor escore de FC e maior escore de SC, achado que ratifica a amenização do sofrimento por meio do tempo de experiência na profissão verificado na pesquisa qualitativa. Pode-se inferir que os profissionais com maior experiência profissional e de vida estão mais bem preparados para enfrentar os desafios da profissão. Existe, assim, um misto de atitudes adaptativas e defensivas do profissional de saúde como forma de superar este mal-estar do trabalho.

Em relação aos fatores sociodemográficos, verificou-se que a idade tem um grande impacto na QVP, sendo os mais jovens a apresentarem maior risco de desenvolvimento da FC (TORRES *et al.*, 2018). Além disso, diferenças estatisticamente significativas ($p=0,04$) foram encontradas em enfermeiros com 50 anos ou mais, que alcançaram maior pontuação na escala de SC e menor para BO e FC do que enfermeiros de outras faixas etárias, estando estes em maior risco de desenvolver a FC (BERGER *et al.*, 2015; SACCO *et al.*, 2015).

Quando estes profissionais não conseguem lidar com esse turbilhão de sentimentos negativos, que vem assomar do sofrimento do paciente, podem vir a apresentar respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao trabalho (LAGO; CODO, 2010). Afinal, cada indivíduo age e responde ao contexto de trabalho no qual está inserido por meio de variadas ações e conteúdos, sejam eles de negação, de

defesa ou de enfrentamento, na tentativa de desenvolver mecanismos eficientes para enfrentar tal sofrimento.

As estratégias defensivas “podem ser utilizadas pela organização do trabalho para aumentar a produtividade. A questão é saber se a exploração do sofrimento pode ter repercussões sobre a saúde dos trabalhadores do mesmo modo que podemos observar com a exploração da força física” (DEJOURS; 1992, p. 119).

Há várias faces do sofrimento humano, que tendem a se refletir no desempenho deles, sob a forma de baixa autoestima, presenteísmo, absenteísmo, falta de motivação e desistência profissional, dentre outros aspectos na ordem da precarização subjetiva. Todo esse conflito na vida cotidiana dos profissionais de saúde e a necessidade de lidar com o sofrimento alheio, associados às questões de cunho pessoal, podem ocasionar sintomas depressivos.

A FC pode estar relacionada com o desenvolvimento de ansiedade e depressão, como relatado em algumas pesquisas (CRAIGIE *et al.*, 2016; DRURY *et al.*, 2014; HEGNEY *et al.*, 2014). Esses achados são compatíveis com os deste estudo, pois cerca de 76% dos colaboradores relataram sintomas de ansiedade, estresse e depressão, indicando uma correlação estatisticamente significativa da FC com esses sintomas ($p < 0,0001$). A depressão também esteve presente nas falas dos colaboradores.

Um contraponto a ser considerado, por meio dos relatos dos colaboradores, é que a frustração sentida pelo profissional, quando se vê diante de desfechos clínicos negativos, pode ser de grandes proporções, assim como no sentido inverso, a satisfação pode ser imensurável quando se alcançam resultados positivos, mesmo em situações críticas.

Ao considerar a atuação dos profissionais de saúde nas Unidades de Terapia Intensiva (UTIs) e nos demais setores, considerados críticos, o trabalho nas UTIs envolve algumas características específicas desse ambiente de trabalho tais como: a convivência diária com situações de risco; a ênfase no conhecimento técnico-científico e na tecnologia para o atendimento biológico; a constante presença da morte; a ansiedade tanto dos sujeitos hospitalizados quanto dos familiares e trabalhadores de saúde; as rotinas, muitas vezes, rígidas e inflexíveis e a necessidade de rapidez de ação no atendimento (NASCIMENTO; TRENTINI, 2004; SOUZA *et al.*, 2019).

Apesar de as UTIs serem consideradas como ambientes mais tensos, agressivos e insalubres, este estudo demonstrou que os profissionais que atuam nestas unidades apresentaram menor FC ($p=0,05$) e maior SC do que os dos demais setores críticos. Este fato pode ter relação com a estrutura tecnológica e de recursos humanos, mas também devido à tecnologia leve, com protocolos e processos de trabalho bem definidos, que são características importantes dessas unidades.

Os avanços tecnológicos e científicos aplicados à área da saúde têm proporcionado, inegavelmente, uma melhoria de qualidade, eficácia, efetividade e segurança do cuidado dos pacientes ao longo das últimas décadas, porém, o processo de cuidado tem se tornado cada vez mais complexo e a sua automação tem influenciado o comportamento dos profissionais. Estes profissionais, por vezes, acabam distanciando-se demasiadamente do seu “objeto” de trabalho diário: o ser humano.

Muitos colaboradores mencionaram a capacidade de colocar-se no lugar do outro. A compaixão, a empatia, o amor e outros sentimentos edificantes são importantes pilares para se construir, dentro de cada um, a capacidade de ser verdadeiramente humano. Desta forma, colocar-se no lugar do outro poderá resultar na satisfação do paciente, assim como em uma melhor assistência à saúde.

O avanço no estudo e na compreensão da FC, como vem sendo observado por alguns estudos científicos, pode resultar no progresso das estratégias de promoção da saúde mental dos profissionais em saúde, pois essa se constitui em ameaça à sua saúde física e mental.

Isto se torna ainda mais importante, uma vez que o cuidado com este profissional se configura como uma dupla promoção de saúde, uma vez que a promovendo, promove-se não só a saúde deste trabalhador, como de todos aqueles que ele atende (LAGO; CODO; 2013, p. 220).

Há, certamente, muitos desafios para se recuperar a natureza positiva do trabalho, visto que o êxito no labor não pode ser visto como casualidade, e sim como trabalho árduo, mas gratificante, que sobrepuja suas habilidades técnicas, encontrando o equilíbrio que lhes permite compartilhar da dor e do sofrimento dos pacientes de forma que não possam levar ao esgotamento e à FC.

6.3 ESPIRITUALIDADE E HUMANISMO SECULAR: INTERFACES DO TRABALHO DO PROFISSIONAL DE SAÚDE

O estudo sobre saúde e espiritualidade permeia o ambiente de saúde e tem crescido de forma exponencial nas últimas décadas, fomentado por inúmeras pesquisas que desafiam os profissionais de saúde a lidar com esse assunto. O interesse pela espiritualidade, como ciência prática da humanidade, tem estabelecido novos paradigmas à arte de cuidar, pois não há como se esquivar dessa discussão posto que a ciência do homem é a natureza humana.

Em todo o mundo, muitas pesquisas têm sido realizadas sobre espiritualidade e saúde, constituindo um campo temático bastante rico acerca da influência da fé, oração, meditação, mentalização, imposição de mãos, estados alterados de consciência e perdão, no diagnóstico e tratamento das doenças, dentre outros (TEIXEIRA; MÜLLER; SILVA, 2004).

Cabe aqui destacar a importância de definir o que seria religiosidade e espiritualidade, visto que se percebe, nas falas dos colaboradores, uma grande divergência em relação às suas definições.

Religião envolve crenças, práticas e rituais relacionados com o transcendente (Deus, Ala, Força maior, entre outros). Em geral, são crenças específicas sobre a vida após a morte e regras sobre conduta dentro de um grupo social. Inclui crenças, comportamentos, rituais e cerimônias que podem ser realizadas ou praticadas em privado ou em ambientes públicos (KOENIG, 2012b).

A religiosidade é a prática da religião, que pode ser pública (organizacional) ou privada (não organizacional), subjetiva (religiosidade intrínseca) ou extrínseca (prática que visa a benefício exterior) (ALMINHANA; MOREIRA-ALMEIDA, 2009; KOENIG, 2012b).

O Grupo de Estudos em Espiritualidade e Medicina Cardiovascular (GEMCA) da Sociedade Brasileira de Cardiologia estabeleceu que:

“Espiritualidade é um conjunto de valores morais, mentais e emocionais que norteiam pensamentos, comportamentos e atitudes nas circunstâncias da vida de relacionamento intra e interpessoal” (PRÉCOMA *et al.*, 2019, p. 837).

Uma espiritualidade sem Deus, na visão dos ateus, é a vida do espírito, com toda a sua potencialidade de pensar, duvidar, conceber, contemplar, ter acesso ao verdadeiro. Não é sinônimo de castrar a alma e nem amputar uma parte da sua

humanidade, nega que o absoluto seja Deus, mas sem negar a existência do absoluto. “Não ter religião não é um motivo para renunciar a toda vida espiritual” (COMTE-SPONVILLE, 2016, p. 127).

A religião ou a irreligião são um direito do homem. Portanto, devem-se respeitar ambas para que não se imponham pela força. É justamente a liberdade do espírito que se deveria almejar. A divergência pode ser sadia e estimulante. A tolerância é transigente e o desprezo, não (COMTE-SPONVILLE, 2016).

Da mesma forma que se prescrevem e se indicam atividade física, educação alimentar e outros cuidados importantes ao bem-estar físico, a espiritualidade também precisará ser abordada, sendo considerada uma prática da humanidade.

Já é provado que a espiritualidade influencia resultados clínicos da saúde das pessoas. Em um estudo envolvendo a relação entre R/E e marcadores fisiológicos de saúde, apresentou-se associação estatisticamente significativa com marcadores de saúde cardiovascular, pressão arterial e proteína C reativa. Sugere-se que, por meio desta relação, há um benefício à saúde física do indivíduo (SHATTUCK; MUEHLENBEIN, 2018).

Na Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia, está descrito o papel relevante da espiritualidade e religiosidade nas prevenções primária e secundária de doenças cardiovasculares (PRÉCOMA *et al.*, 2019). Ela acrescenta, ainda, no capítulo que trata sobre Espiritualidade e Fatores Psicossociais em Medicina Cardiovascular:

[...] espiritualidade pode incluir religião e outras visões universais, mas engloba formas muito mais gerais pelas quais essas experiências são expressas, inclusive por meio das artes, relações com a natureza e outros e, para alguns, através do conceito de “humanismo secular”, este enfatizando a razão, a investigação científica, a liberdade e responsabilidade individuais, valores humanos, compaixão e as necessidades de tolerância e cooperação (PRÉCOMA *et al.*, 2019, p. 837).

A esses conceitos, soma-se um aspecto sobre o trabalho em saúde que precisa ser abordado, advindo do fato de esse serviço realizar-se sobre pessoas e não sobre coisas e objetos. O cuidado em saúde é um processo de intensa inter-relação entre o usuário e o trabalhador. Envolve uma aliança entre o aspecto do trabalho intelectual e manual (AMÂNCIO FILHO; MOREIRA, 1997).

O trabalho em saúde não é obra apenas da inteligência, do tecnicismo, do pensamento, é também da afetividade, do sentimento. E é esta combinação que precisa estar presente no cotidiano dos profissionais, sustentados pela compaixão,

ética e respeito. Dentro dessa perspectiva, da mesma maneira que a R/E afeta a saúde dos indivíduos, também pode afetar a saúde dos profissionais.

No enfrentamento diário, vivenciam-se momentos repletos de sentimentos que fazem parte das vidas de relação. Alguns lançam mão da espiritualidade, outros, do humanismo secular, da ética, da filosofia; cada um busca o recurso necessário para superar os desafios. A espiritualidade pode ou não ter relação com os demais enfrentamentos, ela é um aspecto da humanidade, sendo inerente ao ser humano.

O grande desafio é buscar a relação entre a Fadiga e SC, espiritualidade e humanismo secular, e sua interface com o trabalho dos profissionais de saúde, pois ampliar e aprimorar tais conceitos poderiam auxiliar a estruturar os serviços de saúde, com treinamento específico sobre o tema e sua abordagem na prática clínica, para que, assim, os profissionais de saúde possam compreender as demandas dos pacientes e proporcionar uma atenção à saúde de qualidade e humanizada. E, ao mesmo tempo, vislumbrar os benefícios da espiritualidade para a saúde do próprio profissional que presta o cuidado.

Para melhor discutir sobre estes temas, optou-se por dividir a discussão de forma temática em quatro subcategorias: 1) Comportamento dos profissionais de saúde perante a espiritualidade, 2) Treinamento em cuidados espirituais, 3) Relação entre Fadiga e SC e a espiritualidade, 4) Bem-estar espiritual e Consciência Humanista. O propósito foi sistematizar, detalhar e evidenciar os aspectos centrais, para facilitar a construção da linha de raciocínio, devido à amplitude do tema pesquisado.

6.3.1 Comportamento dos profissionais de saúde perante a espiritualidade

O tema saúde e espiritualidade, na atenção à saúde, tem sido abordado de maneira recorrente em inúmeras pesquisas, tanto no cenário nacional quanto internacional. A integração saúde e espiritualidade está sendo muito difundida na educação médica e de Enfermagem. Uma pesquisa realizada em 122 escolas médicas dos Estados Unidos, credenciadas pela *Association of American Medical Colleges* (AAMC), indicou que 90% (115 escolas) possuem conteúdos curriculares sobre saúde e espiritualidade (KOENIG *et al.*, 2010). No Brasil, a maioria das escolas médicas ainda não incorporou a temática na grade curricular, apesar de um

levantamento recente mostrar a existência de quarenta e cinco ligas acadêmicas de saúde e espiritualidade pelo Brasil (DAMIANO; LUCCHETTI; LUCCHETTI, 2019).

Na fala dos colaboradores, durante o exercício do trabalho em saúde, muitos recorrem à espiritualidade por meio da oração para lidar com o sofrimento, seja na busca pelo próprio equilíbrio, como também em benefício do paciente. Valem-se da oração em alguns momentos, tais como: antes de chegar ao trabalho; durante a realização de procedimentos para pedir proteção; à beira-leito pelo paciente e familiares e após o término do trabalho como forma de gratidão pelo dia e para o restabelecimento do equilíbrio. Em determinados momentos, alguns profissionais relataram que mantêm diálogos intensos com Deus para abreviar o sofrimento do outro. Infere-se que a prática da espiritualidade no trabalho em saúde, para alguns profissionais, ocorre de maneira mais natural do que perceptível aos olhos.

Em um estudo realizado com médicos e enfermeiros, vários destes profissionais referiram utilizar da espiritualidade durante o exercício da profissão, como, por exemplo, um cirurgião que, para fornecer um atendimento compassivo, ora antes, durante e após um procedimento complexo (MUEHLHAUSEN, 2021).

No tocante ao comportamento dos profissionais de saúde perante a espiritualidade, a pesquisa de Vujanić, Prlić e Lovrić (2020) evidenciou que enfermeiros com menos experiência profissional praticam, entre outros cuidados, a espiritualidade, porém, priorizam o cuidado assistencial no sentido de atender às necessidades de saúde por meio de ações e práticas clínicas. Os comportamentos de compaixão, ternura, emoção e empatia são postergados.

Observou-se que, por parte dos profissionais de saúde do nível médio, comparados aos profissionais do Ensino Superior, a aplicação da fé, confiança e otimismo é fortemente mais exercida (VUJANIĆ; PRLIĆ; LOVRIĆ, 2020).

A abordagem da espiritualidade pelos profissionais em saúde pode atender às necessidades espirituais dos pacientes, pois alguns gostariam que esses profissionais tivessem conhecimentos dessas necessidades e os assistissem espiritualmente. A assistência espiritual diz respeito a cuidados prestados pelos profissionais de saúde, que envolvem algumas dimensões físicas, emocionais/psicológicas, sociais e espirituais (KOENIG, 2013).

Além disso, cabe ressaltar o comportamento do paciente perante a espiritualidade. Em uma pesquisa sobre a espiritualidade de pessoas com esquizofrenia que a consideram uma parte inerente do bem-estar, de reabilitação

dos clientes e de suas vidas em geral, ficou evidente que a espiritualidade faz parte do indivíduo e o paciente acredita que o cuidado espiritual promove uma mente saudável, tranquila, em conexão com o seu interior e em sua relação com os outros (HO *et al.*, 2016).

Em outro estudo, realizado com 525 pacientes e 525 profissionais, cujo objetivo foi o de avaliar os níveis de qualidade de vida espiritual de pacientes oncológicos e dos profissionais de saúde que cuidam destes, 99,2% dos pacientes entrevistados utilizaram a espiritualidade durante o seu tratamento, afirmando ser importante no enfrentamento da doença, possibilitando uma experiência transformadora. Da mesma forma, 98,3% dos profissionais de saúde concordaram que o apoio espiritual e religioso era necessário para pacientes oncológicos (CAMARGOS *et al.*, 2015).

Para o paciente, receber atenção e falar sobre suas necessidades espirituais os fazem sentir-se importantes e valorizados (NASCIMENTO *et al.*, 2016). Necessidades espirituais para os pacientes, percebidas pelos enfermeiros, consistem em amor, esperança, fé, perdão e apoio familiar. Na promoção do bem-estar do paciente, a espiritualidade os ajuda a um melhor entendimento e aceitação da doença, proporcionando conforto e esperança (EVANGELISTA *et al.*, 2016).

Os colaboradores referem utilizar da espiritualidade ao lidar com os problemas e desconfortos de sua profissão; também contam com a oração e a conversa com Deus, o que vem ao encontro dos resultados da pesquisa quantitativa que, por meio da avaliação da R/E, por meio da Escala BMMRS, destacam-se as dimensões de EED (conforto na religião ou na espiritualidade) e a de SUP R/E (estratégias de R/E utilizadas para lidar com circunstâncias difíceis de vida), cujas médias estão mais próximas do limite superior de pontuação. É possível identificar, na fala dos profissionais, que a espiritualidade pode ser percebida como o processo de aceitação de suas limitações; sustentáculo e apoio espiritual.

O ato de orar ocasiona um alívio das tensões, suprimindo os pensamentos aflitivos cotidianos. A prática da fé, da meditação, da oração e da mentalização gera um estado de harmonia do mundo interno, proporciona uma sensação de bem-estar e relaxamento, além de propiciar uma diferente interpretação da realidade interna e externa do indivíduo devido a uma modificação do seu estado de consciência (TEIXEIRA; MÜLLER; SILVA, 2004).

Foi mencionado, também, que os colaboradores oram em silêncio ou sem que sejam vistos por ninguém. É como se a oração fosse desaprovada aos olhos dos homens. Todos o fazem, ou a maioria, porém, de forma velada. Koenig (2013) elucidou acerca de como incluir a espiritualidade no trabalho dos profissionais de saúde:

Suprir as necessidades espirituais dos pacientes significa que os profissionais de saúde devem aprender a obter uma história espiritual de maneira centrada no paciente e respeitando as suas crenças. A história espiritual fornece informações relevantes para o cuidado e comunica o paciente que o profissional de saúde está aberto à comunicação sobre as necessidades nessa área. [...] em circunstâncias especiais, pode orar com um paciente, embora essa atividade seja mais arriscada do que qualquer avaliação das necessidades espirituais ou apoio às crenças do paciente (KOENIG, 2013, p. 81-82).

Os profissionais de saúde acreditam que a espiritualidade auxilia a recuperação e a melhoria da saúde dos pacientes (HO *et al.*, 2016). A R/E tem o potencial de impactar a saúde física, a maneira de prevenir ou a evolução de doenças. Estimula a prática de hábitos saudáveis, diminuindo o estresse e a depressão, transformando emoções negativas em positivas (GUIMARÃES; AVEZUM, 2007).

A espiritualidade pode beneficiar o indivíduo encorajando-o, dando ferramentas necessárias para o enfrentamento de doenças crônicas, para uma melhor aceitação e maximizando à disposição ao tratamento. Em outras palavras, fortalece, estimula e conforta o indivíduo perante as adversidades (MARQUES, 2003).

A esfera de ação do cuidado espiritual está expandindo seus horizontes para além dos pacientes e familiares, passando a abranger os profissionais responsáveis pelo cuidado (MUEHLHAUSEN, 2021). Pensar na aliança entre saúde e espiritualidade, do ponto de vista da saúde do profissional, é vislumbrar os benefícios que ela o pode proporcionar.

O cuidado em saúde, dentre as dimensões essenciais da assistência espiritual, inclui qualidades como a bondade e compaixão (KOENIG, 2013). A R/E pode modificar o comportamento dos indivíduos perante as situações cotidianas. O perdão, a gratidão e outros sentimentos seculares têm o seu alcance ampliado de acordo com as virtudes individuais. As atitudes íntimas podem contribuir para a modulação das reações fisiológicas. Em outras palavras, a preservação da saúde ou

o adoecimento podem estar ligados a um conjunto de fatores, tais como: genéticos, epigenéticos, comportamentais e, possivelmente, espirituais.

Um estudo identificou relação entre R/E, indicadores de saúde mental e parâmetros hematológicos em profissionais de Enfermagem. Os profissionais mais religiosos e espiritualistas apresentam melhor saúde mental, maior imunidade, baseada nos escores de leucócitos, neutrófilos e IgA, além de melhor percepção de saúde.

“Portanto, torna-se evidente a necessidade de valorizá-los como fatores de saúde e inserir a disciplina de espiritualidade e saúde nas formações profissionais de enfermagem para as práticas de saúde” (CARNEIRO, 2020, p. 76).

Abordar questões espirituais na prática clínica pode beneficiar tanto os profissionais de saúde como os pacientes a redescobrirem a esperança e a encontrarem significado à vida e cura, pois, “no passado, ser um profissional de saúde envolvia muito mais do que apenas aspectos técnicos, e caso queira evitar um descrédito futuro, é necessário ser muito mais do que apenas técnico” (KOENIG, 2013, p. 280). O que está em jogo é a saúde e a qualidade da assistência aos pacientes, assim como a satisfação no trabalho e a própria promoção da saúde do trabalhador.

6.3.2 Treinamento em cuidados espirituais

O campo de saúde e espiritualidade tem crescido notavelmente nas últimas décadas, o que reafirma a importância de os profissionais de saúde estarem treinados para lidar com o assunto, assim como suprir suas necessidades espirituais de maneira centrada no paciente e respeitando suas crenças (KOENIG, 2013).

Faz-se mais nítida a importância da inserção da espiritualidade no cuidado como, também, a compreensão das limitações dos profissionais de saúde sobre quando e de que maneira abordar as questões espirituais, visto que, nesta pesquisa, muitos profissionais recorrem à espiritualidade para se fortalecer enquanto profissional, para interceder pelo outro na tentativa de amenizar a sua dor e por acreditar que ela é essencial para a vida e para a vida no trabalho. Percebe-se não apenas o desejo em abordar a espiritualidade com o paciente, porém, expressaram a dificuldade em falar sobre a espiritualidade.

A assistência espiritual, prestada pelos profissionais de saúde, envolve: extrair a história espiritual; reconhecer as necessidades espirituais, assegurando que estas necessidades sejam atendidas; fornecer um cuidado em saúde de forma espiritual, ou seja, a prestação de cuidado ao paciente enquanto sujeito único. Esta prestação de cuidados espirituais pode dar vida para o paciente e para o profissional em saúde (KOENIG, 2013).

No estudo de Van de Geer *et al.* (2018), constatou-se a relevância no treinamento em cuidados espirituais para enfermeiros, que, após realizá-lo, os aproximou de seus pacientes, familiares e também da equipe. O treinamento também foi positivo em relação aos médicos, diminuindo as barreiras à prestação de cuidados espirituais, porém, com o decorrer do tempo, houve perda das competências para esta atividade. Talvez, os diferentes resultados para enfermeiros e médicos possam ser explicados pelo fato de os enfermeiros passarem mais tempo com os pacientes. O treinamento específico para cada grupo, médicos e enfermeiros, de modo a enfatizar seu aprendizado, é um caminho considerável a se seguir (VAN DE GEER *et al.*, 2018).

Ao corroborar o estudo de Van de Geer *et al.* (2018), observou-se, também, a importância de treinamentos em cuidados espirituais dos profissionais de saúde para um melhor entendimento da relação do paciente perante os seus valores espirituais. O profissional de saúde, entendendo a integralidade e as necessidades do paciente, facilita a comunicação entre eles em busca melhores resultados no decorrer do tratamento (MARQUES, 2003; MONTEIRO *et al.*, 2020).

Nesse sentido, na pesquisa de Guilherme (2016), a maioria dos profissionais de saúde concordou que a R/E dos pacientes possui efeitos positivos no tratamento, fornecendo ferramentas necessárias para o enfrentamento da doença. Porém, são imprescindíveis programas de treinamento, por meio de palestras e discussões, aumentando o conhecimento, capacitando esses profissionais para que os cuidados espirituais sejam incorporados aos cuidados com os pacientes (GUILHERME, 2016; JORDAN; BARBOSA, 2019).

Outro estudo buscou explorar as percepções dos profissionais da saúde acerca do tema R/E em suas práticas de trabalho, relatando como a espiritualidade está presente em conversas informais e como facilitadora do processo de saúde. Todavia, os profissionais ainda não se sentiram aptos para abordá-la em sua prática (RADDATZ; MOTTA; ALMINHANA, 2019).

Muitos profissionais de saúde alegam dificuldade em falar sobre o assunto por falta de conhecimento, receio ao falar de convicções diferentes ou até mesmo por falta de tempo. Diante desses obstáculos, o treinamento para uma melhor abordagem sobre as necessidades espirituais do paciente torna-se de grande valor (JORDAN; BARBOSA, 2019; NASCIMENTO *et al.*, 2016).

Um instrumento que pode ser utilizado pelos profissionais para a coleta da história espiritual, que auxilia a abordagem de questões espirituais dos pacientes, é a ferramenta conhecida como FICA (Fé, Importância/Influência, Comunidade, Atitude/Ação no cuidado), sendo viável para a avaliação clínica da espiritualidade, contribuindo para investigar o quanto a fé é importante para o paciente e o quanto as suas crenças influenciam a sua vida (BORNEMAN; FERRELL; PUCHALSKI, 2010).

Falar sobre espiritualidade leva a um atendimento humanizado no qual o paciente precisa ser ouvido com respeito, compaixão, empatia e amor. Uma conversa, um toque, uma escuta, uma música, um olhar transmitindo compreensão e apoio à dor do paciente permitem uma troca, um vínculo importante na assistência. Dessa forma, na construção do relacionamento entre profissional de saúde e o paciente, a abordagem da espiritualidade significa entender o sentimento do outro, transmitindo confiança e apoio (JORDAN; BARBOSA, 2019; NASCIMENTO *et al.*, 2016).

Embora a inclusão da espiritualidade seja de grande valia para tratar os pacientes de maneira integral, assegurando bem-estar e qualidade na assistência, os profissionais de saúde podem ser beneficiados intencionais e/ou não intencionais desta ação (KOENIG, 2013).

Os profissionais em saúde, que abordam as necessidades espirituais dos pacientes, podem experimentar satisfação naquilo que se propõem a realizar. A espiritualidade passa a ser considerada um fator positivo na redução do estresse e do esgotamento relacionados ao trabalho. Os profissionais mais religiosos relataram menor exaustão emocional e mais empatia. Talvez, o altruísmo de inspiração religiosa desempenhe um papel relevante na escolha profissional (KASH *et al.*, 2000).

6.3.3 Relação entre Fadiga e SC e a espiritualidade

É indiscutível a importância do trabalho para a organização e o progresso da sociedade, assim como para a vida e o desenvolvimento do trabalhador. No entanto, pode ser um fator que ocasiona desgaste físico, psíquico e favorece o adoecimento dos indivíduos (FELLI; BAPTISTA, 2015). O trabalho pode inspirar o melhor, mas pode ocasionar o pior (DEJOURS, 2008).

A relevância do conhecimento sobre satisfação e FC, entre os trabalhadores de saúde, faz-se importante para a prevenção de dificuldades emocionais, buscando identificar possíveis intervenções que os ajudarão a se tornar profissionais mais empáticos e compassivos (HUNSAKER *et al.*, 2015).

Em uma pesquisa qualitativa, que explorou as opiniões dos médicos sobre a compaixão e espiritualidade, todos os participantes, independentemente da crença religiosa, discutiram a sua importância na prática médica. Ao relacionarem a espiritualidade com a compaixão, alguns referiram que a crença religiosa/espiritual era a base para um impulso compassivo. Outros, no entanto, apontaram que ser compassivo, embora parte integrante da prática profissional, não requer uma identidade espiritual, mas uma prática humana (ANANDARAJAH; ROSEMAN, 2013).

O estudo da FC nos profissionais de saúde possibilita trazer à atenção da sociedade e dos próprios trabalhadores qual o impacto desse fenômeno e auxiliar na compreensão de sua influência deletéria. Muitos enfermeiros escolhem essa profissão pela satisfação em auxiliar o próximo, portanto, conhecer os fatores que contribuem e influenciam o desenvolvimento da FC poderá auxiliá-los a permanecer com a capacidade de vivenciar a realização profissional e contribuir para a satisfação do paciente (HUNSAKER *et al.*, 2015).

Em vista disso, as estratégias de enfrentamento deste mal-estar, como medidas de prevenção e/ou tratamento, tornam-se um desafio e um diferencial nas organizações de saúde e podem minimizar o impacto da FC em seu trabalho e vidas pessoais.

A busca pelo equilíbrio invoca uma grande fonte de significado social, pessoal e humana. Neste contexto, talvez, uma das transformações mais importantes do século XXI seja a inserção da dimensão espiritual na vida humana (BOFF, 2000).

Nesta pesquisa, a maioria dos colaboradores reconhece que a R/E influencia o modo como enxerga a vida e a visão de mundo. Identifica a espiritualidade como

essencial à vida e a vida no trabalho, pois lhe fortalece, auxilia a compreender as suas limitações e compromissos diante do semelhante e a exercer melhor a profissão. Em uma pesquisa, cujo objetivo foi verificar se a R/E dos profissionais de saúde influencia o cuidado prestado ao paciente crítico, a maioria dos participantes relatou a sua intensa influência em aspectos relevantes do trabalho, tais como a compreensão do processo saúde/doença no seu vínculo com o paciente e na maneira de cuidar (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018).

Independentemente do vínculo religioso, os profissionais de saúde relataram a importância da espiritualidade na execução das atividades laborais, a singularidade do ser humano e o desejo sincero de fazer a diferença na vida de outras pessoas (MUEHLHAUSEN, 2021).

A espiritualidade, quando devidamente incorporada ao cotidiano do indivíduo, contribui, de forma positiva, para a sua saúde mental (OLIVEIRA; JUNGES, 2012), reafirmando a necessidade de sua inclusão no trabalho em saúde, sendo considerada um componente harmonizador das relações dos profissionais neste processo (ARRIEIRA *et al.*, 2011).

Cerca de 80% das pesquisas sobre saúde e espiritualidade envolvem estudos sobre saúde mental, pois abrangem aspectos psicológicos, sociais e comportamentais. Espera-se, assim, que a R/E, tida como uma estratégia de enfrentamento, aumente os sentimentos positivos e minore as emoções negativas, possibilitando a melhoria da qualidade de vida e auxiliando a lidar melhor com as adversidades (KOENIG, 2012b).

Torna-se de grande relevância avaliar a R/E, buscar entender e conhecer as crenças do paciente e reconhecer aspectos que podem interferir no cuidados à saúde. Nessa avaliação, faz-se primordial identificar sentimentos negativos ou não edificantes que possam contribuir com o adoecimento ou o agravamento deste tais como mágoa, ressentimento, falta de perdão, ingratidão, entre outros (PRÉCOMA *et al.*, 2019).

Dentre os sentimentos positivos, Koenig (2012b) examinou alguns estudos os quais relacionou à espiritualidade, com associações estatisticamente significativas, tais como: bem-estar, felicidade, esperança, otimismo, propósito de vida, autoestima e uma sensação de controle sobre as intempéries. Emergiram também, por meio desta relação, os sentimentos edificantes como altruísmo, compaixão, perdão e gratidão.

Neste estudo, quanto à dimensão História Religiosa/Espiritual, o maior percentual dos profissionais referiu ter vivenciado uma experiência religiosa ou espiritual que mudou a sua vida, como também relatou alguma recompensa com a fé.

Estes resultados condizem com os encontrados em um estudo realizado com profissionais de Enfermagem, o qual destacou que 57,4% dos entrevistados informaram ter tido uma experiência religiosa/espiritual que contribuiu para mudar a sua vida, enquanto 76,1% destacaram alguma recompensa com a fé (CARNEIRO *et al.*, 2020).

Quanto à dimensão Comprometimento, a maioria dos profissionais informou que concorda, totalmente, em levar as crenças religiosas ao longo da vida, o que corrobora os achados qualitativos, no referente ao nível de envolvimento religioso do indivíduo, bem como ao compromisso com a própria crença religiosa no cotidiano.

Os resultados do estudo de Carneiro *et al.* (2020), cujo objetivo foi analisar a relação entre Religiosidade e Espiritualidade, indicadores de saúde mental, parâmetros hematológicos e percepção da saúde de profissionais de Enfermagem, demonstraram que a dimensão Comprometimento tem relação moderada negativa com o estresse e a depressão e positiva com o afeto positivo.

Referente à escala de R/E, no domínio que corresponde ao PERD, identificou-se uma correlação negativa entre a capacidade em conceder o perdão e a FC, ou seja, quanto maior a mágoa, o ressentimento, a vingança, em relação a um ofensor, aos próprios erros ou a Deus, maior a FC. Por outro lado, vários domínios de R/E, inclusive o PERD, apresentaram uma correlação positiva com a SC, isto é, a maior vivência dentro das dimensões de R/E pode estar relacionada a uma maior SC.

A amplitude do tema relacionado ao perdão é passível de estudo científico. Tem ele duas características peculiares a serem abordadas: uma comum, que se expressa no mundo material; e outra transcendente, referindo-se ao espiritual, imaterial. O estudo do perdão possibilita a promoção da saúde e uma consequente sensação de bem-estar (MCCULLOUGH; WORTHINGTON JUNIOR, 1999).

Uma pesquisa, que avaliou a associação do perdão e o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM), identificou que os indivíduos com IAM apresentam menor disposição ao perdão, menores índices de espiritualidade e maiores de REL ORG quando comparados aos sem doença cardiovascular. Na prática, os indivíduos sem

doença cardiovascular apresentaram maior vivência de sua espiritualidade, praticando meditação, oração, leituras edificantes de obras religiosas, buscando paz e harmonia interior e que trabalham em união com Deus (AVEZUM, 2018).

A esses fatos, soma-se a consideração de que, para os profissionais de Enfermagem, quanto maior a capacidade de perdão, menor o índice de depressão, maiores afetos positivos e satisfação com a vida (CARNEIRO *et al.*, 2020).

Dessa forma, subentende-se que a falta do perdão recai sobre o indivíduo em forma de sofrimento físico e psíquico. E se há impacto à saúde, então, é preciso melhor compreender os fatores que podem estar associados à FC para que, assim, possa ser atenuada ou reduzida a chance de adoecimento por meio de estratégias de enfrentamento.

A condição humana envolve um conjunto de sentimentos positivos e negativos. As emoções negativas, tais como mágoa, medo, raiva, depressão e ansiedade, direcionados a si, a Deus, ao outro ou ao universo, podem desencadear doenças tanto físicas quanto psíquicas (WEBB; TOUSSAINT; CONWAY-WILLIAMS, 2012).

No que se refere à depressão, dos profissionais participantes do estudo, houve uma diferença estatisticamente significativa entre os profissionais que apresentam sintomas de depressão, ansiedade e estresse autorreferidos com uma maior incidência de FC. Observou-se que os colaboradores que relataram apresentar estes sintomas apresentaram escores mais elevados de FC e escores médios menos elevados para SC.

Uma pesquisa realizada com enfermeiras destacou que o esgotamento e a FC foram relacionados a maiores índices de ansiedade e depressão. Níveis mais altos de ansiedade foram correlacionados com enfermeiras mais jovens e podem contribuir para o desenvolvimento de FC (HEGNEY *et al.*, 2014).

Nesse sentido, entende-se que, por meio da dimensão espiritual, estabelecer a fé e a esperança como mecanismos para uma compreensão multidimensional do ser humano vem a ser fundamental no processo de enfrentamento dos desafios da profissão (PENHA; SILVA, 2012). O afeto positivo, uma característica humana composta por sentimentos e emoções positivos, precisa ser estimulado, pois promove a sociabilidade e a SC (ZHANG *et al.*, 2018).

Torna-se necessário fazer uma avaliação do trabalho quanto ao esforço entre o prazer e o sofrimento, entre a fadiga e a satisfação, analisar o trabalho, auscultar,

observar, estudar, introduzir-se na vivência do indivíduo que trabalha. Esta avaliação contém nuances que podem escapar à observação direta, pois envolve a dimensão subjetiva do trabalho que tem potencial de repercutir na saúde dos profissionais (DEJOURS, 2008). No entanto, tão importante quanto buscar as possíveis causas de FC, é imperativo que se investiguem os fatores que contribuem para a SC dos profissionais de saúde (HUNSAKER *et al.*, 2015), assim como a influência da espiritualidade neste contexto.

6.3.4 Bem-estar espiritual e Consciência Humanista

O bem-estar espiritual possibilita a integração da espiritualidade com as outras dimensões da vida, implica valores e crenças pessoais, propósitos de vida e significado da existência humana. Há uma relação positiva significativa entre saúde e bem-estar espiritual, pois quanto melhor a avaliação subjetiva da própria saúde, maior o bem-estar espiritual (MARQUES, 2003).

Em um estudo realizado com enfermeiros de um hospital de médio porte, 96,2% destes afirmaram que a prática da religião tem influência no seu próprio bem-estar espiritual e 96,2% acreditaram na contribuição da espiritualidade no cuidado prestado ao paciente (RODRIGUES *et al.*, 2020).

De acordo com a pesquisa de Evangelista *et al.* (2016), os enfermeiros consideraram a espiritualidade como uma dimensão importante para o cuidado, sendo fonte de força, aconchego, fé e serenidade, proporcionando benefícios à saúde do indivíduo, assim como funcionando como estratégia de enfrentamento no processo de adoecimento, destacando a importância de atender à dimensão espiritual do paciente. Ao corroborar as pesquisas citadas acima, o estudo de Ho *et al.* (2016) considerou a espiritualidade importante na reabilitação do paciente, também sendo associada ao seu bem-estar.

O estudo de Soleimani *et al.* (2019) examinou a relação entre bem-estar espiritual e sofrimento moral em enfermeiras iranianas, no contexto islâmico, religião oficial do país, e constatou que o sofrimento moral não apresentou relação significativa com o bem-estar espiritual. No entanto, identificou-se que o aumento do bem-estar espiritual está atrelado à satisfação no trabalho, isto é, quanto mais altos os níveis de satisfação no trabalho, maior o bem-estar espiritual.

O sofrimento moral pode ser entendido como dor ou angústia que pode causar sofrimento físico, psíquico e afetar as relações interpessoais no ambiente de trabalho, em resposta a situações conflitantes e recorrentes do cotidiano dos profissionais de saúde (BARLEM, 2012). Vale lembrar que, no sofrimento moral, o profissional em saúde sente-se incapaz de reagir a determinadas situações, de tomar decisões adequadas quando as questões rotineiras do seu labor o levam a vivenciar uma prática que está em dissonância com seus preceitos éticos capazes de comprometer a qualidade do trabalho (CARDOSO *et al.*, 2016).

No mesmo sentido, a maior satisfação no trabalho promove relacionamentos laborais mais amistosos e cordiais. A influência da espiritualidade impacta o cuidado, assim como pode resultar no bem-estar do profissional de saúde, melhorando sua qualidade de vida e sua relação entre as pessoas, proporcionando melhor enfrentamento dos obstáculos e minimizando o estresse relacionado ao trabalho (LONGUINIÈRE; YARID; SILVA, 2018). A espiritualidade auxilia a conservar a tranquilidade e a calma para superar situações difíceis e enfrentar momentos que podem ocasionar esgotamento físico e emocional (SOLEIMANI *et al.*, 2019).

Quando se reflete que o trabalho em saúde está fundamentado nos ideais de serviço à humanidade, percebe-se que sentimentos e atitudes humanistas consistem em atos altruístas, que podem fornecer a base do cuidado humano e promovem o melhor cuidado profissional, uma vez que cuidar é um processo básico entre as pessoas. Valores humanistas incluem gentileza, empatia, preocupação e amor por si e pelos outros. Em uma perspectiva humanista, o que traz significado para a vida do indivíduo é a satisfação de receber por meio do doar (WATSON, 2007). Se um dos marcos civilizatórios da vida em sociedade é o indivíduo preocupar-se com o outro, o comportamento de cuidar também o é para os profissionais de saúde.

A maioria dos participantes desta pesquisa acredita que atitudes positivas de amor, bondade e compaixão independem de vínculo religioso; acredita na importância da prática do bem pelo bem, que é um atributo do indivíduo humanista.

O trabalho do profissional de saúde pode ser percebido, além de uma profissão, como essência do desenvolvimento humano. Por ser um trabalho relevante, gratificante e, por que não dizer, heroico, supõe uma evolução profissional, social e humana, seja individual ou coletiva (FROMM, 1966).

O pensamento ético humanista serve-se de alicerces de sistemas de valores apoiados na autoridade e na razão do homem. Para tanto, baseia-se no

conhecimento da natureza e compreensão dele, seus conflitos morais e valores. “O objetivo do homem é ser ele mesmo e de que a condição para atingir isso é o bastar-se a si mesmo” (FROMM, 1966, p. 16).

Pensamentos, atitudes e sentimentos, que são apropriados ao funcionamento e à expansão da personalidade e geram uma sensação de aprovação íntima, de retidão, são atributos da consciência tranquila humanista. Em contrapartida, ações, pensamentos e sentimentos nocivos podem provocar ansiedade e mal-estar, característica da consciência culpada (FROMM, 1966). A consciência é, pois:

[...] uma reação de nós face a nós mesmos. É a voz do verdadeiro eu que nos convoca para nós mesmos, para viver produtivamente, para desenvolvermo-nos ampla e harmoniosamente – isto é, para tornarmo-nos aquilo que somos potencialmente. [...] se o amor pode ser definido como a afirmação das potencialidades e o desvelo e respeito pela singularidade da pessoa amada, a consciência humanista pode ser com justiça denominada a voz de nosso desvelo amoroso por nós mesmos (FROMM, 1966, p. 145).

Além disso, ressaltou Fromm (1986, p. 24), “o amor é uma arte, assim como viver é uma arte”, e é preciso esforçar-se para aprender a amar, pois não existe fracasso neste processo. Aqui, interessa compreender e faz-se uma opção de destacar que poderá existir o amor na prática do trabalho em saúde, pois é possível compartilhar a dor do outro, como também o amor, posto que poderá proporcionar uma experiência positiva de vida e de vida no trabalho.

O religioso monoteísta ama o outro porque o outro é seu irmão (isso pressupõe paternidade em comum). O humanista materialista (que não crê nos aspectos transcendentais) ama o outro porque o outro é seu semelhante (a dor de um é igual à dor de todos). A questão é a motivação por trás do sentimento que desperta o ímpeto humanista.

O propósito humanista é a expressão e a manifestação da integridade e da produtividade (FROMM, 1966). Portanto, os profissionais de saúde têm a possibilidade de vida produtiva pautada na ética e na consciência humanista e a satisfação é uma consequência de um dever cumprido.

A evolução e a trajetória humana têm sua origem em sua capacidade em adaptar-se, da forma como reage às adversidades e em certas qualidades indelévels de sua natureza, que o impulsionam a nunca cessar pela procura de condições que melhor atendam às suas necessidades básicas. No entanto, essa trajetória supõe luta, propósito e idealização, caso contrário, tampouco teria história (FROMM, 1966).

Enfim, os “profissionais de saúde são todos aqueles trabalhadores que têm como ofício a missão e o trabalho de reduzir a dor de outrem, não se restringindo apenas a médicos e enfermeiros” (LAGO, 2013, p. 12). A excelência da profissão de saúde está em administrar cuidados a outro ser humano de maneira integral, respeitando-se suas crenças, descrenças e seus valores. O bem-estar espiritual do profissional também pode estar relacionado ao seu equilíbrio íntimo em relação a essas questões.

A ciência não só é compatível com a espiritualidade, mas também é uma fonte de espiritualidade profunda. Quando reconhecemos nosso lugar em uma imensidão de anos luz e no passo das foi, quando captamos a complicação, beleza e sutileza da vida, a elevação deste sentimento, a sensação combinada de regozijo e humildade, é sem dúvida espiritual. Assim são nossas emoções em presença da grande arte, a música ou a literatura, ou ante os atos de altruísmo e valentia exemplar [...]. A ideia de que a ciência e a espiritualidade se excluem mutuamente de algum modo disposta um fraco serviço a ambas.

Carl Sagan

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve como proposta compreender a relação entre a R/E e o humanismo secular sobre a Fadiga e a SC segundo a percepção dos profissionais de saúde que atuam em setores considerados críticos em um hospital de ensino. Além disso, preenche uma lacuna na literatura científica por ser uma pesquisa inovadora ao relacionar R/E, humanismo secular e Fadiga e SC em profissionais de saúde.

Os resultados da abordagem quantitativa permitiram mensurar aspectos mais positivos referentes à QVP dos participantes, com combinações de alto nível para SC, com baixo nível de BO, com baixo a médio nível de FC.

A análise das variáveis sociodemográficas, ocupacionais e espirituais sobre a Fadiga e SC demonstrou que os profissionais que trabalham nas UTIs apresentam menor FC quando comparados aos dos demais setores. Quanto ao tempo de formação em anos, observou-se que quanto maior o tempo de formação, maior a SC. Na correlação realizada entre a SC e a idade, observou-se uma correlação positiva, pois quanto maior a idade, maior a SC. Estes resultados permitem inferir que os indivíduos com maior experiência profissional e de vida conseguem enfrentar melhor os desafios da profissão ao lidar com a dor alheia, desenvolvendo, em uma tentativa adaptativa e/ou defensiva, maiores recursos para superar o mal-estar relacionado ao trabalho ou podendo ser a representação social de diferenças entre gerações.

Os profissionais que apresentam sintomas de depressão, ansiedade e estresse autorreferidos tiveram maior incidência de FC quando comparados aos que não os referiram. Observou-se que os participantes que relataram estes sintomas apresentaram escores mais elevados de FC e escores médios menos elevados para SC.

Na correlação entre os escores de R/E e os escores de Fadiga e SC, no domínio correspondente ao PERD, notou-se uma correlação negativa com a FC, ou seja, quanto menor o PERD, maior a FC. Entende-se que a pessoa com vivência de maior espiritualidade possui prontidão ao PERD, apresenta maior SC e tem menor chance de desenvolver a FC. Os sentimentos, emoções e pensamentos são passíveis de ser mensurados pela ciência e podem repercutir na saúde dos indivíduos.

Referente à SC, os domínios dos escores de R/E: EED, V/C, PERD, SUP R/E, SUP REL e AUT GL apresentaram correlação positiva, ou seja, quanto maior a R/E, maior a SC.

Desse modo, destaca-se a importância de compreender a relação entre saúde e espiritualidade como uma condição pertinente para melhorar a satisfação no trabalho, diminuindo as possibilidades de desenvolvimento de FC, para que, assim, se possa prevenir os problemas relacionados à saúde física e mental, reduzir os seus respectivos impactos e pensar na promoção em saúde dentro da perspectiva de R/E tanto para o profissional em saúde quanto para os pacientes.

Por meio da abordagem qualitativa, foi possível identificar, nos discursos dos colaboradores, a centralidade do trabalho em suas vidas e a importância para a subsistência. O enfrentamento da dor do outro gerou, nos profissionais de saúde, alguns sentimentos como o de sofrimento, culpa, angústia, impotência, sintomas de exaustão, assim como um desejo profundo de intercederem pelo paciente e familiar. Diante disso, foi possível reconhecer o desenvolvimento de uma dualidade de sentimentos em relação ao trabalho em saúde marcado pela ambivalência em seus discursos, oscilando entre prazer e sofrimento, Fadiga e SC.

O desafio dos profissionais de saúde pode estar na redescoberta do prazer no trabalho, ampliando as possibilidades de sua atuação cotidiana. Em outras palavras, torna-se interessante descobrir o que os motiva, o que lhes traz satisfação e que lhes traz incômodo, descobrir qual o significado do trabalho em suas vidas para que, assim, se possa despertar em si o desejo de fazer o que gosta e/ou o que se propôs fazer. É exatamente essa capacidade de despertar mudanças que faz do trabalho uma atividade tipicamente humana.

Em suas falas, a maioria destacou dificuldades em lidar com o quadro clínico de algum paciente. As lembranças de casos específicos geraram angústias e sofrimentos pessoais por causa da dor do outro e do impacto que a perda refletiria nas vidas dos familiares e pacientes. Algumas falas vieram à tona revestidas de emoções, lágrimas, articulação excessiva das mãos e intensa linguagem não verbal.

No que se refere à aliança entre trabalho em saúde e espiritualidade, houve uma predominância sobre a afirmação de que a espiritualidade os auxilia a lidar com os problemas e desconfortos de sua profissão, reconhecendo que a R/E influencia o modo como enxergam a vida e a visão de mundo, sendo essencial à vida no trabalho. Assumem que recorrem às suas crenças e/ou à espiritualidade para

conseguir lidar com os problemas em alguma situação estressante relacionada ao trabalho.

A grande maioria reconhece e admite empregar a sua espiritualidade e fé para lidar com os desafios da profissão. Para o exercício da prática do trabalho em saúde, muitos recorrem à oração e à sua crença na busca pelo equilíbrio; oram antes, durante e depois do trabalho; conversam com Deus, chegando a diálogos intensos com Ele e até mesmo oram com e pelo paciente.

Através da realização desta pesquisa foi possível perceber a necessidade de inserir a dimensão da espiritualidade na prática do profissional em saúde e principalmente nos currículos das escolas, pois além de refletir uma atualização científica, implica em dizer em melhoria do cuidado integral, assim como preencherá grandes lacunas na formação dos profissionais.

Outro aspecto abordado refere-se às atitudes positivas de amor, bondade e compaixão. Para eles, tais comportamentos e ações estão desvinculados de R/E e independem de vínculo religioso, pois acreditam na importância da prática do bem pelo bem, característica de um indivíduo com consciência humanista. Afinal, ter compaixão é não aprovar e/ou desaprovar a razão do sofrimento do outro, pois isso seria julgamento, e sim abrandar o sofrimento, mesmo que as convicções de vida não sejam as mesmas.

Diante desse cenário, o trabalho dos profissionais de saúde transcende os limites da materialidade das enfermarias e das instituições hospitalares, estando vinculado ao compromisso de cuidar de outro ser humano em todas as suas dimensões. O desenvolvimento de sua potencialidade e capacidade de cuidar somente ocorrerá se os seus sentimentos estiverem alinhados com a prática de amar, não havendo possibilidade de cuidado integral sem envolvimento emocional. Diante disso, poderá haver uma troca mutuamente favorável, criando uma espiral ascendente da educação dos sentimentos e da arte de amar ao outro.

Ressalta-se que esta pesquisa apresenta, como limitação, o estudo transversal, em que a coleta de dados é realizada em um único momento, não permitindo estabelecer uma relação com as inferências causais. A coleta de dados foi realizada durante a pandemia, trazendo limitações ao contato pessoal durante as entrevistas e, além disso, há que considerar que toda a humanidade, inclusive os profissionais de saúde, foi afetada por sua inserção neste contexto, o que pode ter provocado alguma dissonância cognitiva pela necessidade de se negar o sofrimento.

Não obstante, não foram encontrados estudos que avaliassem a relação entre espiritualidade, humanismo secular sobre a Fadiga e SC em profissionais de saúde, fato este que o torna mais relevante e evidencia a necessidade de pesquisas sobre a aliança entre espiritualidade e saúde, com a busca de estratégias no enfrentamento de situações de sofrimento físico e psíquico que propiciem melhores condições de saúde aos profissionais.

A trajetória humana faz-se de erros e acertos. Que não falte espaço para a reflexão que vise à sua mudança ou sua superação, pois o trabalho em saúde é feito com pessoas que, por serem perfectíveis, estão a caminho de aperfeiçoamento contínuo.

Afinal, tão importante quanto a compreensão da relação entre a R/E e o humanismo secular sobre a Fadiga e a SC é a devolutiva dos resultados de pesquisa. O compromisso social e ético da pesquisa poderá ser compartilhado por meio de divulgação com a participação dos próprios gestores das unidades para que, assim, possibilite a troca de conhecimento sobre os achados e a produção de novos saberes. Uma pesquisa vale não só pelas respostas ao que não se sabe, mas também pelo que coloca de possibilidades ao que não se sabe o suficiente.

REFERÊNCIAS

- ALMINHANA, L. O.; MOREIRA-ALMEIDA, A. Personalidade e religiosidade/espiritualidade. **Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)**, São Paulo, v. 36, n. 4, p. 153-161, jan. 2009. DOI: 10.1590/S0101-60832009000400005
- ALVES, M. C. S. O. A importância da história oral como metodologia de pesquisa. In: SEMANA DE HISTÓRIA DO PONTAL, 4., ENCONTRO DE ENSINO DE HISTÓRIA, 3., 2016, Ituiutaba. **Anais...** Ituiutaba: UFU, 2016. Disponível em: <http://www.eventos.ufu.br/sites/eventos.ufu.br/files/documentos/mariacristinasantoseoliveiraalves.pdf>. Acesso em: 25 jan. 2019.
- AMÂNCIO FILHO, A.; MOREIRA, M. C. G. B. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997.
- ANANDARAJAH, G.; ROSEMAN, J. L. A qualitative study of physicians' views on compassionate patient care and spirituality: medicine as a spiritual practice? **Rhode Island Medical Journal**, Providence, v. 97, n. 3, p. 17-22, mar. 2014. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24596925/>. Acesso em: 19 fev. 2021
- ANDRADE, P. S.; CARDOSO, T. A. O. Prazer e dor na docência: revisão bibliográfica sobre a Síndrome de Burnout. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 21, n. 1, p. 129-140, mar. 2012. DOI: 10.1590/S0104-12902012000100013
- ARENDT, H. **A condição humana**. 11. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. Disponível em: <http://pergamum.ifsp.edu.br/pergamumweb/vinculos/000068/000068f5.pdf> Acesso em: 13 set. 2021.
- ARRIEIRA, I. C. O. *et al.* Espiritualidade na equipe interdisciplinar que atua em cuidados Paliativos às pessoas com câncer. **Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 314-321, jan. 2012. DOI: 10.4025/ciencuccuidsaude.v10i2.15689
- AVEZUM, S. G. P. **Avaliação da disposição para o perdão em pacientes com infarto agudo do miocárdio**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade de Santo Amaro, Santo Amaro, 2018. Disponível em: <http://dspace.unisa.br/handle/123456789/337> Acesso em: 19 fev. 2021
Disponível em: <https://static.scielo.org/scielobooks/9tc7r/pdf/amancio-9788575412787.pdf>. Acesso em: 28 out. 2021.
- BARBOSA, D. R.; SOUZA, M. P. R. História da Psicologia: contribuições da etnografia e da história oral. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 1, p. 81-91, abr. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v17n1/v17n1a08.pdf>. Acesso em: 12 set. 2018.
- BARBOZA, M. C. N. *et al.* Estresse ocupacional em enfermeiros atuantes em setores fechados de um Hospital de Pelotas/RS. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Santa Maria, v. 3, n. 3, p. 374-382, set./dez. 2013. DOI: 10.5902/217976927624

BARLEM, E. L. D. **Reconfigurando o sofrimento moral na enfermagem: uma visão foucaultiana**. 2012. 202f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012. Disponível em: <http://repositorio.furg.br/handle/1/2943>. Acesso em: 21 fev. 2021.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. **Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático**. 6. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

BAUMAN, Z. **Amor líquido: sobre a fragilidade dos laços humanos**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 2004.

BELLATO, R. *et al.* A história de vida focal e suas potencialidades na pesquisa em saúde e em enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 10, n. 3, p. 849-856, maio 2017. DOI: 10.5216/ree.v10.46717

BENDASSOLLI, P. F. B. **Psicologia e trabalho: apropriações e significados**. São Paulo: Cengage Learning Brasil, 2012.

BENDASSOLLI, P. F. Mal-estar no trabalho: do sofrimento ao poder de agir. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 10, n. 1, p. 63-98, mar. 2011. Disponível em: <http://www.pedrobendassolli.com/textos/mal-estar.pdf> Acesso em: 13 set. 2021.

BERGER, J. *et al.* Compassion fatigue in pediatric nurses. **Journal of Pediatric Nursing**, Orlando, v. 30, n. 6, p. e11-e7, nov./dec. 2015. DOI: 10.1016/j.pedn.2015.02.005

BOFF, L. **Tempo de transcendência: o ser humano como um projeto infinito**. Rio de Janeiro: Sextante, 2000.

BORGES, E. M. N. *et al.* Compassion fatigue among nurses working on an adult emergency and urgent care unit. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3175, oct. 2019. DOI: 10.1590/1518-8345.2973.3175

BORNEMAN, T.; FERRELL, B.; PUCHALSKI, C. M. Evaluation of the fica tool for spiritual assessment. **Journal of Pain and Symptom Management**, Madison, v. 40, n. 2, p. 163-173, aug. 2010. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2009.12.019

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Consulta Pública Nº 104, de 23 de dezembro de 2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP\[3631-1-0\].PDF](http://www4.anvisa.gov.br/base/visadoc/CP/CP[3631-1-0].PDF). Acesso em: 20 dez. 2018.

BRASIL. Ministério do Orçamento, Planejamento e Gestão. Instituto Brasileiro De Geografia e Estatística. **Censo Demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010. Disponível em: <https://censo2010.ibge.gov.br/resultados.html>. Acesso em: 15 set. 2021.

CARDOSO, C. M. L. *et al.* Sofrimento moral na estratégia de saúde da família: vivências desveladas no cotidiano. **Revista de Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 50, n. esp, p. 89-95, jun. 2016. DOI: 10.1590/S0080-623420160000300013.

CARNEIRO, E. M. *et al.* Religiosidade/espiritualidade, indicadores de saúde mental e parâmetros hematológicos de profissionais de enfermagem. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, Uberaba, v. 9, n. 1, p. 64-77, jan./jul. 2020. DOI: 10.18554/reas.v9i1.3796

CARVALHO, D. V. *et al.* Enfermagem em setor fechado: estresse ocupacional. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 8, n. 2, p. 290-294, abr./jun. 2004. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/v8n2a06.pdf>. Acesso em: 26 abr. 2019.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais**. 10. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

COHEN, J. The analysis of variance. In: COHEN, J. **Statistical power analysis for the behavioral sciences**. 2. ed. New Jersey: LEAP, 1988.

COMTE-SPONVILLE, A. **O espírito do ateísmo**: introdução a uma espiritualidade sem Deus. 2. ed. São Paulo: WMF Martins Fontes, 2016.

CRAIGIE, M. *et al.* The influence of trait-negative affect and compassion satisfaction on compassion fatigue in Australian nurses. **Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy**, Washington, v. 8, n. 1, p. 88-97, jan. 2016. DOI: 10.1037/tra0000050

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa**: métodos qualitativo, quantitativo e misto. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

CRESWELL, J. W.; CLARK, V. L. P. **Pesquisa de métodos mistos**. 2. ed. Porto Alegre: Grupo A, 2014.

CURCIO, C. S. S. **Validação da versão em português da “Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality” ou “Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade” (BMMRS-P)**. Juiz de Fora: Universidade Federal de Juiz de Fora, 2013.

DAMIANO, R. F.; LUCCHETTI, A. L. G.; LUCCHETTI, G. Ensino de “saúde e espiritualidade” na graduação em medicina e outros cursos da área de saúde: aplicações práticas. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 44, n. 4, p. 515-525, fev. 2020. DOI: 10.34019/1982-8047.2018.v44.25928

DEJOURS, C. **A loucura do trabalho**: estudo da psicopatologia do trabalho. 5. ed. São Paulo: Cortez, 1992.

DEJOURS, C. Subjetividade, trabalho e ação. **Revista Produção**, São Paulo, v. 14, n. 3, p. 27-34, set./dez. 2004. DOI: 10.1590/S0103-65132004000300004

DEJOURS, C. **Trabalho, tecnologia e organização**. São Paulo: Blucher, 2008.

DRURY, V. *et al.* Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: phase 2 results. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 22, n. 4, p. 519-531, may 2014. DOI: 10.1111/jonm.12168

EVANGELISTA, C. B. *et al.* Espiritualidade no cuidado ao paciente em cuidados paliativos: um estudo com enfermeiras. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 176-182, jan./mar. 2016. DOI: 10.5935/1414-8145.20160023.

FARIA, S. S.; FIGUEREIDO, J. S. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. **Psicologia Hospitalar (São Paulo)**, São Paulo, v. 15, n. 1, p. 44-66, jan. 2017. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092017000100005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 28 set. 2021.

FELLI, V. E. A.; BAPTISTA, P. C. P. **Saúde do trabalhador de enfermagem**. Barueri: Manole, 2015.

FERREIRA, S. C. Do perigo em se criar heróis: a desumanização dos profissionais da Saúde em meio à pandemia. **Debates em Educação**, Maceió, v. 12, n. 28, p. 63-76, ago. 2020. DOI: 10.28998/2175-6600.2020v12n28p63-76. DOI: 10.28998/2175-6600.2020v12n28p63-76

FETZER INSTITUTE. **Multidimensional Measurement of Religiousness/Spirituality for Use in Health Research**: a reporto of the Fetzer Institute/ National Institute on Aging Working Group. Kalamazoo: Fetzer Institute, 2003.

FREITAS, A. L. P.; RODRIGUES, S. G. A. Avaliação da confiabilidade de questionário: uma análise utilizando o coeficiente alfa de Cronbach. In: SIMPÓSIO DE ENGENHARIA DE PRODUÇÃO, 12., 2005, Bauru. **Anais...** Bauru: UNESP, 2005. DOI: 10.13140/2.1.3075.6808

FROMM, E. **A arte de amar**. Belo Horizonte: Itatiaia, 1986.

FROMM, E. **Análise do Homem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Zahar, 1966.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

GUILHERME, L. T. G. A religiosidade/espiritualidade na prática do cuidado entre profissionais da saúde. **Interações - Cultura e Comunidade**, Belo Horizonte, v. 11, n. 20, p. 129-151, jul./dez. 2016. Doi: <http://periodicos.pucminas.br/index.php/interacoes/article/view/P.1983-2478.2016v11n20p129/10898>

GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. supl. 1, p. 88-94, out. 2007. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700012

HEGNEY, D. G. *et al.* Compassion satisfaction, compassion fatigue, anxiety, depression and stress in registered nurses in Australia: study 1 results. **Journal of Nursing Management**, Oxford, v. 22, n. 4, p. 506-518, 2014. DOI: 10.1111/jonm.12160

HO, R. T. *et al.* Understandings of spirituality and its role in illness recovery in persons with schizophrenia and mental-health professionals: a qualitative study. **BMC Psychiatry**, London, v. 16, p. 86, apr. 2016. Doi: 10.1186/s12888-016-0796-7. PMID: 27038910

HUFFORD, D. J. Visionary spiritual experiences in an enchanted world. **Agricultural History**, New York, v. 35, n. 2, p. 142-158, nov. 2010. DOI: 10.1111/J.1548-1409.2010.01063.X

HUNSAKER, S. *et al.* Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. **Journal of Nursing Scholarship**, Indianapolis, v. 47, n. 2, p. 186-194, mar. 2015. DOI: 10.1111/jnu.12122

JORDAN, A. P. W.; BARBOSA, L. N. F. Espiritualidade e formação nos programas de residência em saúde de uma cidade no nordeste brasileiro. **Revista Brasileira de Educação Médica**, Brasília, v. 43, n. 3, p. 82-90, jul./set. 2019. DOI: 10.1590/1981-52712015v43n3rb20180221

KASH, K. M. *et al.* Stress and burnout in oncology. **Oncology (Williston Park)**, Williston Park, v. 14, n. 11, p. 1621-1633, nov. 2000. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11125944/>. Acesso em: 19 fev. 2021

KAWAR, L. N. *et al.* Compassion fatigue and compassion satisfaction among multisite multisystem nurses. **Nursing Administration Quarterly**, Germantown, v. 43, n. 4, p. 358-369, oct./dec. 2019. DOI: 10.1097/NAQ.0000000000000370

KOENIG, H. G. **Espiritualidade no cuidado com o paciente**. Por que, como, quando e o que. 3. ed. São Paulo: AME-SP, 2013.

KOENIG, H. G. *et al.* Spirituality in medical school curricula: findings from a national survey. **The International Journal of Psychiatry in Medicine**, Farmingdale, v. 40, n. 4, p. 391-398, 2010. DOI: 10.2190/PM.40.4.c

KOENIG, H. G. **Medicina, religião e saúde**: o encontro da ciência e da espiritualidade. Porto Alegre: L&PM, 2012a.

KOENIG, H. G. Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications. **ISRN Psychiatry**, Cairo, v. 2012, 278730, dec. 2012b. DOI: 10.5402%2F2012%2F278730

KUHN, T.; LAZZARI, D. D.; JUNG, W. Vivências e sentimentos de profissionais de enfermagem nos cuidados ao paciente sem vida. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1075-1081, nov./dez 2011. DOI: 10.1590/S0034-71672011000600013.

LAGO, K. **Compaixão e Trabalho: como sofrem os profissionais de saúde**. 2013. 188f. Tese (Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília, 2013. Disponível em: <https://repositorio.unb.br/handle/10482/14514>. Acesso em: 26 abr. 2019.

LAGO, K.; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 18, n. 2, p. 213-221, jun. 2013. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/vyz5Lg35SHqNZc83ZM39BPz/abstract/?lang=pt>. Acesso em: 28 set. 2021

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

LEFEVRE, F; LEFEVRE, A. M. C. **Pesquisa de representação social: um enfoque qualiquantitativo: a metodologia do discurso do sujeito coletivo**. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2012.

LIMA-COSTA, M. F.; BARRETO, S. M. Tipos de estudos epidemiológicos: conceitos básicos e aplicações na área do envelhecimento. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, Brasília, v. 12, n. 4, p. 189-201, dez. 2003. DOI: 10.5123/S1679-49742003000400003

LONGUINIÈRE, A. C. F.; YARID, S. D.; SILVA, E. C. S. Influência da religiosidade/espiritualidade do profissional de saúde no cuidado ao paciente crítico. **Revista Cuidarte**, Bucaramanga, v. 9, n. 1, p. 1961-1972, jan./abr. 2018. DOI: 10.15649/cuidarte.v9i1.413

MARQUES, L. F. A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto-alegrenses. **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 23, n. 2, p. 56-65, jun. 2003. DOI: 10.1590/S1414-98932003000200009.

MCCULLOUGH, M. E.; WORTHINGTON JUNIOR, E. L. Religion and the forgiving personality. **Journal of Personality**, Durham, v. 67, n. 6, p. 1141-1164, dec. 1999. DOI: 10.1111/1467-6494.00085

MEIHY, J. C. S. B. Os novos rumos da história oral: o caso brasileiro. **Revista de História**, São Paulo, n. 155, p. 191-203, dez. 2006. DOI: 10.11606/issn.2316-9141.v0i155p191-203

MEIHY, J. C. S. B.; RIBEIRO, S. L. **Guia prático de história oral: para empresas, universidades, comunidades, famílias**. São Paulo: Contexto, 2011.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MERLO, A. R. C.; TRAESEL, E. S.; BAIERLE, T. C. Trabalho imaterial e contemporaneidade: um estudo na perspectiva da Psicodinâmica do Trabalho. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, Rio de Janeiro, v. 63, n. esp, p. 94-104, jun. 2011. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/arb/v63nspe/10.pdf> Acesso em: 13 set. 2021.

MIARELLI, A. V. T. C.; SILVA, J. V. **Adaptação cultural da Brief Multidimensional Measure of Religiousness/Spirituality**: 1999. 2011. 162f. Dissertação (e Mestrado em Bioética) - Universidade do Vale do Sapucaí, Pouso Alegre (MG), 2011. Disponível em: <http://bdtd.uftm.edu.br/bitstream/tede/213/5/Dissert%20Ana%20T%20M%20Silva.pdf> . Acesso em: 15 out. 2021.

MONTEIRO, D. D. *et al.* Espiritualidade/religiosidade e saúde mental no brasil: uma revisão. **Boletim - Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. 40, n. 98, p. 129-139, jan./jun. 2020. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-711X2020000100014&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 27 fev. 2021.

MUEHLHAUSEN, B. L. Spirituality and vicarious trauma among trauma clinicians: a qualitative study. **Journal of Trauma Nursing**, Philadelphia, v. 28, n. 6, p. 367-377, nov./dec. 2021. DOI: 10.1097/JTN.0000000000000616

NASCIMENTO, E. R. P.; TRENTINI, M. O cuidado de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI): teoria humanística de Paterson e Zderad. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 250-257, abr. 2014. DOI: 10.1590/S0104-11692004000200015

NASCIMENTO, L. C. *et al.* Atenção às necessidades espirituais na prática clínica de enfermeiros. **Aquichan**, Chía, v. 16, n. 2, p. 179-192, 2016. DOI: 10.5294/aqui.2016.16.2.6

OLIVEIRA, M. R.; JUNGES, J. R. Saúde mental e espiritualidade / religiosidade: a visão de psicólogos. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 17, n. 3, p. 469-476, dez. 2012. Doi: 10.1590/S1413-294X2012000300016

PANZINI, R. G. **Escala de Coping Religioso-Espiritual (Escala CRE)**: tradução, adaptação e validação da Escala RCOPE, abordando relações com saúde e qualidade de vida. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10183/7100> Acesso em: 24 mar. 2019.

PANZINI, R. G.; BANDEIRA, D. R. Coping (enfrentamento) religioso/espiritual. **Revista de Psiquiatria Clínica**, São Paulo, v. 34, n. supl 1, p. 126-135, out. 2007. DOI: 10.1590/S0101-60832007000700016

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. Meaning of spirituality for critical care nursing. **Texto & Contexto -Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 260-268, apr./jun. 2012. DOI: 10.1590/S0104-07072012000200002

PEYON, E. R. **Sobre o trabalhar contemporâneo: diálogos entre a psicanálise e a psicodinâmica do trabalho.** São Paulo: Blucher, 2019.

PIRES, D. Reestruturação produtiva e conseqüências para o trabalho em saúde: implicaciones para el trabajo en salud. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. 2, p. 251-263, jun. 2000. DOI: 10.1590/S0034-71672000000200010

PRÉCOMA, D. B. *et al.* Atualização da diretriz de prevenção cardiovascular da sociedade brasileira de cardiologia – 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 113, n. 4, p. 787-891, out. 2019. DOI: 10.5935/abc.20190204

PUCHALSKI, C. M. *et al.* Improving the spiritual dimension of whole person care: reaching national and international consensus. **Journal of Palliative Medicine**, Larchmont, v. 17, n. 6, p. 642-656, jun. 2014. DOI: 10.1089/jpm.2014.9427

RADDATZ, J. S.; MOTTA, R. F.; ALMINHANA, L. O. Religiosidade/espiritualidade na prática clínica: círculo vicioso entre demanda e ausência de treinamento. **Psico-USF**, Campinas, v. 24, n. 4, p. 699-709, out./dez. 2019. DOI: 10.1590/1413-82712019240408

RODRIGUES, F. O. *et al.* Bem-estar espiritual em enfermeiros de um hospital de médio porte. **Revista Saúde (Santa Maria)**, Santa Maria, v. 46, n. 1, p. 1-14, jan./abr. 2020. DOI: 10.5902/2236583439315

RUIZ, V. S.; ARAÚJO, A. L. L. A. Saúde e segurança e a subjetividade no trabalho: os riscos psicossociais. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, São Paulo, v. 37, n. 125, p. 170-180, jun. 2012. DOI: 10.1590/S0303-76572012000100020

SACCO, T. L. *et al.* Compassion satisfaction and compassion fatigue among critical care nurses. **Critical Care Nurse**, Bridgewater, v. 35, n. 4, p. 32-43, aug. 2015. DOI: 10.4037/ccn2015392

SALOMÉ, G. M.; MARTINS, M. F. M. S.; ESPÓSITO, V. H. C. Sentimentos vivenciados pelos profissionais de enfermagem que atuam em unidade de emergência. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 856-862, dez. 2009. DOI: 10.1590/S0034-71672009000600009

SALVIANO, M. E. M. *et al.* Epistemology of nursing care: a reflection on its foundations. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 69, n. 6, p. 1240-1245, nov./dec. 2016. DOI: 10.1590/0034-7167-2016-0331

SAMPIERI, R. H.; COLLADO, C. H.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 5. ed. São Paulo: McGraw-Hill, 2013.

SCHIPPERS, M. C.; ZIEGLER, N. Life crafting as a way to find purpose and meaning in life. **Frontiers in Psychology**, Pully, v. 10, 2778, dec. 2019. DOI: 10.3389/fpsyg.2019.02778

SELIGMANN-SILVA, E. **O trabalho e desgaste mental: o direito de ser dono de si mesmo.** São Paulo: Cortez, 2011.

SHATTUCK, E. C.; MUEHLENBEIN, M. P. Religiosity/spirituality and physiological markers of health. **Journal of Religion and Health**, New York, v. 59, n. 2, p. 1035-1054, apr. 2020. DOI: 10.1007/s10943-018-0663-6.

SOLEIMANI, M. A. *et al.* Spiritual well-being and moral distress among Iranian nurses. **Nursing Ethics**, London, v. 26, n. 4, p. 1101-1113, jun. 2019. DOI: 10.1177/0969733016650993

SOUZA, C. G. V. M. *et al.* Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em Unidades de Terapia Intensiva. **Estudos de Psicologia (Natal)**, Natal, v. 24, n. 3, p. 269-280, set. 2019. DOI: 10.22491/1678-4669.20190028.

STAMM, B. H. **The Concise ProQOL manual**. 2. ed. Pocatello: ProQOL.org, 2010. Disponível em: <https://img1.wsimg.com/blobby/go/dfc1e1a0-a1db-4456-9391-18746725179b/downloads/ProQOL%20Manual.pdf?ver=1622839353725>. Acesso em: 22 dez. 2021.

SZNELWAR, L. I.; UCHIDA, S.; LANCMAN, S. A subjetividade no trabalho em questão. **Tempo Social, revista de sociologia da USP**, São Paulo, v. 23, n. 1, p. 11-30, jun. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ts/v23n1/v23n1a02.pdf>. Acesso em: 13 set. 2021.

TEIXEIRA, E. F. B.; MÜLLER, M. C.; SILVA, J. D. T. (org.). **Espiritualidade e qualidade de vida**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

TORRES, J. D. R.V. *et al.* Fatores associados à fadiga por compaixão em profissionais de saúde, no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. **Temas em Saúde**, João Pessoa, v. 18, n. 3, p. 178-194, jan. 2018. DOI: 10.29327/213319.18.3-10

UNIVERSIDADE FEDERAL DO TRIÂNGULO MINEIRO. **Apresentação do Hospital de Clínicas da UFTM**. Uberaba: UFTM, 2018. Disponível em: <http://www.ebserh.gov.br/web/hc-uftm/historia>. Acesso em: 12 jan. 2019.

VAN DE GEER, J. *et al.* Multidisciplinary training on spiritual care for patients in palliative care trajectories improves the attitudes and competencies of hospital medical staff: results of a quasi-experimental study. **The American Journal of Hospice & Palliative Care**, Weston, v. 35, n. 2, p. 218-228, feb. 2018. DOI:10.1177/1049909117692959

VUJANIĆ, J.; PRLIĆ, N.; LOVRIĆ, R. Nurses' self-assessment of caring behaviors in nurse-patient interactions: a cross-sectional study. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, Basel, v. 17, n. 14, p. 5255, jul. 2020. DOI: 10.3390/ijerph17145255

WATSON, J. Watson's theory of human caring and subjective living experiences: carative factors/caritas processes as a disciplinary guide to the professional nursing practice. **Texto & Contexto - Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 1, p. 129-135, mar. 2007. DOI: 10.1590/s0104-07072007000100016

WEBB, J. R.; TOUSSAINT, L.; CONWAY-WILLIAMS, E. Forgiveness and health: psycho-spiritual integration and the promotion of better healthcare. **Journal of Health Care Chaplaincy**, New York, v. 18, n. 1-2, p. 57-73, 2012. DOI: 10.1080/08854726.2012.667317

YU, H.; JIANG, A.; SHEN, J. Prevalence and predictors of compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction among oncology nurses: a cross-sectional survey. **International Journal of Nursing Studies**, London, v. 57, p. 28-38, may 2016. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2016.01.012

ZANELLI, J. C. *et al.* **Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

ZHANG, Y. *et al.* Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing. **Medicine**, Hagerstown, v. 97, n. 26, e11086, jun. 2018. DOI: 10.1097/MD.00000000000011086

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados Qualitativos – Entrevista Semiestruturada

Entrevista nº:

Data:

Duração:

1. Fale-me sobre o seu trabalho e o que ele representa na sua vida? Como se deu a escolha da profissão?
2. Como percebe a dor e o sofrimento dos pacientes e familiares? Isso gera algum sofrimento para você como profissional e como pessoa?
3. Você já teve dificuldades para lidar com o quadro clínico de algum paciente? Como reagiu frente a isso?
Você se lembra de algum quadro clínico ou alguma situação em que se identificou com algum paciente, “sofreu junto com”, desejou profundamente interceder numa situação?
4. Caso tenha/siga alguma religião/espiritualidade, considera que suas crenças influenciam o modo como você enxerga a vida, ou sua visão de mundo?
5. Em alguma situação estressante no trabalho você recorreu às crenças de sua religião/espiritualidade para conseguir lidar com o problema? Em caso afirmativo, conte-me o fato.
6. Você acredita que a religião/espiritualidade pode ajudar um profissional da área de saúde a lidar com os problemas e desconfortos de sua profissão?
7. Na sua opinião, atitudes positivas de amor, bondade e compaixão estão vinculadas à religiosidade ou você acha que existe a prática do bem pelo bem? Me conte sobre isso com base na sua prática e vivência.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – etapa qualitativa**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(Etapa qualitativa - Entrevista)****ESCLARECIMENTO**

Convida-se você a participar da pesquisa: Fadiga por compaixão em profissionais de saúde: relação com religiosidade/espiritualidade e humanismo secular. O objetivo desta pesquisa é compreender a relação entre a religiosidade/espiritualidade e o humanismo secular sobre a fadiga e a satisfação por compaixão segundo a percepção dos profissionais de saúde. Sua participação é importante, pois, a partir da compreensão da relação entre trabalho e fadiga por compaixão e as possíveis estratégias de enfrentamento deste mal-estar relacionado ao trabalho em saúde, poderão advir benefícios pessoais, coletivos e institucionais, seja para a melhoria da assistência ao paciente, para as organizações hospitalares e para as políticas públicas. Portanto, será necessário responder a uma entrevista, a aplicação da mesma será individual e agendada previamente, segundo a disponibilidade e a preferência dos participantes, e ocorrerá em sala fechada, disponível na instituição, com tempo estimado de 30 a 40 minutos. Para que não se perca nenhuma informação, apenas o áudio de sua entrevista será gravado e, depois de digitado, será apagado. Neste estudo, não será feito nenhum procedimento que lhe traga desconforto ou risco à sua vida. Não há risco físico, pois o risco possível para você, participante, refere-se à perda da confidencialidade, porém, para minimizá-lo, será mantido o anonimato quanto à sua identidade.

Espera-se que, de sua participação na pesquisa, se estabeleçam alguns benefícios como: compreensão do papel da religiosidade/espiritualidade e do humanismo secular entre a fadiga por compaixão e a satisfação no trabalho e uma autoanálise sobre as condições de trabalho, possibilitando medidas individuais de prevenção, promoção e/ou controle dos fatores nocivos à saúde, assim como servir de substrato para o desenvolvimento de políticas públicas ou institucionais para a melhoria da qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde a partir do estudo da influência da religiosidade/espiritualidade e do humanismo secular no mundo contemporâneo.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas à sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária e, em decorrência dela, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar neste estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa desta pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo ou retirar-se a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores ou prejuízo quanto ao restante de suas atividades, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantidos o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência desta pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Ana Lucia de Assis Simões - (34)3700-6004 – E-mail: ana.simoes@uftm.edu.br

Vivian Jilou - (34) 3700-6998/6833 - E-mail: vivian.jilou@uftm.edu.br

Em caso de dúvida em relação a este documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone (34) 3700-6803 ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, 159, Casa das Comissões, Bairro Abadia – CEP: 38.025-440 – Uberaba-MG – de segunda a sexta-feira, das 8h às 12h e das 13h às 17h. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas quanto à sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: Fadiga por compaixão em profissionais de saúde: relação com religiosidade/espiritualidade e humanismo secular.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, Fadiga por compaixão em profissionais de saúde: relação com religiosidade/espiritualidade e humanismo secular, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável
Ana Lucia de Assis Simões/(34) 99135-7901

Assinatura do pesquisador assistente
Vivian Jilou/(34) 99998-0926

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – etapa quantitativa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (Etapa quantitativa - Questionário)

ESCLARECIMENTO

Convida-se você a participar da pesquisa: Fadiga por compaixão em profissionais de saúde: relação com religiosidade/espiritualidade e humanismo secular. O objetivo desta pesquisa é compreender a relação entre a religiosidade/espiritualidade e o humanismo secular sobre a fadiga e a satisfação por compaixão segundo a percepção dos profissionais de saúde. Sua participação é importante, pois, a partir da compreensão da relação entre trabalho e fadiga por compaixão e as possíveis estratégias de enfrentamento deste mal-estar relacionado ao trabalho em saúde, poderão advir benefícios pessoais, coletivos e institucionais, seja para a melhoria da assistência ao paciente, para as organizações hospitalares e para as políticas públicas. Caso você aceite participar desta pesquisa, será necessário responder a um questionário de dados sociodemográficos e ocupacionais e as Escalas de Fadiga por Compaixão, Satisfação por Compaixão e Escala de Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/Espiritualidade (BMMRS-P) durante seu turno de trabalho, em horário previamente agendado, de acordo com sua disponibilidade, com tempo estimado de 30 minutos. Neste estudo, não será feito nenhum procedimento que lhe traga desconforto ou risco à sua vida. Não há risco físico. O risco possível para você, participante, refere-se à perda da confidencialidade, porém, para minimizá-lo, será mantido anonimato quanto à sua identidade.

Espera-se que, de sua participação na pesquisa, se estabeleçam alguns benefícios como: compreensão do papel da religiosidade/espiritualidade e do humanismo secular entre a fadiga por compaixão e a satisfação por compaixão e uma autoanálise sobre as condições de trabalho, possibilitando medidas individuais de prevenção, promoção e/ou controle dos fatores nocivos à saúde, assim como servir de substrato para o desenvolvimento de políticas públicas ou institucionais para a melhoria da qualidade de vida no trabalho dos profissionais de saúde a partir do estudo da influência da religiosidade/espiritualidade e do humanismo secular no mundo contemporâneo.

Você poderá obter quaisquer informações relacionadas à sua participação nesta pesquisa, a qualquer momento que desejar, por meio dos pesquisadores do estudo. Sua participação é voluntária e, em decorrência dela, você não receberá qualquer valor em dinheiro. Você não terá nenhum gasto por participar deste estudo, pois qualquer gasto que você tenha por causa desta pesquisa lhe será ressarcido. Você poderá não participar do estudo ou retirar-se a qualquer momento, sem que haja qualquer constrangimento junto aos pesquisadores ou prejuízo quanto ao restante de suas atividades, bastando você dizer ao pesquisador que lhe entregou este documento. Você não será identificado neste estudo, pois a sua identidade será de conhecimento apenas dos pesquisadores da pesquisa, sendo garantidos o seu sigilo e privacidade. Você tem direito a requerer indenização diante de eventuais danos que você sofra em decorrência desta pesquisa.

Contato dos pesquisadores:

Pesquisador(es):

Ana Lucia de Assis Simões - (34)3700-6004 – E-mail: ana.simoes@uftm.edu.br

Vivian Jilou - (34) 3700-6998/6833 - E-mail: vivian.jilou@uftm.edu.br

Em caso de dúvida em relação a este documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone (34) 3700-6803 ou no endereço Av. Getúlio Guaritá, 159, Casa das Comissões, Bairro Abadia – CEP: 38.025-440 – Uberaba-MG – de segunda a sexta-feira, das 08h às 12h e das 13h às 17h. Os Comitês de Ética em Pesquisa são colegiados criados para defender os interesses dos participantes de pesquisas quanto à sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento das pesquisas dentro dos padrões éticos.

CONSENTIMENTO LIVRE APÓS ESCLARECIMENTO

TÍTULO DA PESQUISA: Fadiga por compaixão em profissionais de saúde: relação com religiosidade/espiritualidade e humanismo secular.

Eu, _____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima e compreendi para que serve o estudo e a quais procedimentos serei submetido. A explicação que recebi esclarece os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e que isso não afetará o tratamento que estou recebendo. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro para participar do estudo. Concordo em participar do estudo, Fadiga por compaixão em profissionais de saúde: relação com religiosidade/espiritualidade e humanismo secular, e receberei uma via assinada deste documento.

Uberaba,//.....

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável
assistente
Ana Lucia de Assis Simões/(34) 99135-7901
0926

Assinatura do pesquisador
Vivian Jilou/(34) 99998-
0926

ANEXOS

ANEXO A – Artigo publicado na REBEN



REVISÃO

Fadiga por compaixão no contexto dos profissionais da saúde e estratégias de enfrentamento: *scoping review*

Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review

Desgaste por empatia en el contexto de los profesionales de salud y estrategias de enfrentamiento: scoping review

Vivian Jilou¹

ORCID: 0000-0002-6074-7398

Joyce Mara Gabriel Duarte¹

ORCID: 0000-0002-4501-9712

Rosa Helena Aparecida Gonçalves¹

ORCID: 0000-0002-9435-8585

Edson Elias Vieira¹

ORCID: 0000-0002-8316-3205

Ana Lúcia de Assis Simões¹

ORCID: 0000-0002-2771-6733

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, Minas Gerais, Brasil.

Como citar este artigo:

Jilou V, Duarte JMG, Gonçalves RHA, Vieira EE, Simões ALA. Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. Rev Bras Enferm. 2021;74(5):e20190628. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628>

Autor Correspondente:

Vivian Jilou

E-mail: vivianjilou@yahoo.com.br



EDITOR CHEFE: Dulce Barbosa
EDITOR ASSOCIADO: Carlina Dessotte

Submissão: 12-03-2020 **Aprovação:** 18-05-2021

RESUMO

Objetivos: identificar o estado atual do conhecimento sobre fadiga por compaixão no contexto do trabalho de profissionais de saúde; e como as estratégias de enfrentamento se estabelecem nesse cenário. **Métodos:** *scoping review* com busca aplicada nas bases de dados: MEDLINE, LILACS, CINAHL, Scopus. Limite temporal: 2009 a 2019. Os dados foram analisados e sintetizados de forma narrativa. **Resultados:** selecionaram-se 30 artigos, sintetizados em duas categorias: a) Trabalho em saúde e fadiga por compaixão: análise conceitual, contexto e manifestações; b) Estratégias de enfrentamento da fadiga por compaixão. **Conclusões:** o estudo apresentou: um panorama descritivo e geral sobre fadiga por compaixão em profissionais de saúde, identificando uma maior consolidação do conceito entre 2015 e 2018; e algumas estratégias de enfrentamento. Ressalta-se a associação entre saúde e espiritualidade como uma das estratégias nesse cenário, possibilitando que novas pesquisas sejam realizadas diante da importância do tema na vida, no trabalho em saúde.

Descritores: Fadiga por Compaixão; Pessoal de Saúde; Adaptação Psicológica; Trabalho; Revisão.

ABSTRACT

Objectives: to identify the current state of knowledge on compassion fatigue in the work context of healthcare professionals; and how coping strategies are established in this scenario. **Method:** a scoping review with search applied to the databases: MEDLINE, LILACS, CINAHL, Scopus. Temporal limit: 2009 to 2019. The data was analyzed and synthesized in narrative form. **Results:** thirty articles were selected, synthesized into two categories: a) Health work and compassion fatigue: conceptual analysis, context, and manifestations; b) Coping strategies for compassion fatigue. **Conclusions:** this study presented: a descriptive and general panorama about compassion fatigue in healthcare professionals, identifying a greater consolidation of the concept between 2015 and 2018; and some coping strategies. The association between health and spirituality is highlighted as one of the strategies in this scenario, enabling new research to be conducted in view of the importance of the theme in life, health work.

Descriptors: Compassion Fatigue; Health Personnel; Psychological Adaptation; Work; Review.

RESUMEN

Objetivos: identificar el estado actual del conocimiento sobre desgaste por empatía en el contexto laboral de profesionales de salud; y como las estrategias de enfrentamiento se establecen en ese escenario. **Métodos:** *scoping review* con búsqueda aplicada en las bases de datos: MEDLINE, LILACS, CINAHL, Scopus. Limite temporal: 2009 a 2019. Datos analizados y sintetizados de manera narrativa. **Resultados:** seleccionaron 30 artículos, sintetizados en dos categorías: a) Trabajo en salud y desgaste por empatía: análisis conceptual, contexto y manifestaciones; b) Estrategias de enfrentamiento del desgaste por empatía. **Conclusiones:** estudio presentó: un panorama descriptivo y general sobre desgaste por empatía en profesionales de salud, identificando una mayor consolidación del concepto entre 2015 y 2018; y algunas estrategias de enfrentamiento. Resaltando la relación entre salud y espiritualidad como una de las estrategias en ese escenario, posibilitando que nuevas investigaciones sean realizadas delante importancia del tema en la vida, en el trabajo en salud.

Descritores: Desgaste por Empatía; Personal de Salud; Adaptación Psicológica; Trabajo; Revisión.

INTRODUÇÃO

As transformações ocorridas no mundo do trabalho têm colaborado para alterações na qualidade de vida, na saúde física, mental e psíquica dos trabalhadores. Os temas "trabalho" e "saúde do trabalhador" têm sido recorrentes em muitos estudos, pesquisas e intervenções, especialmente na área da saúde. Neles, vem-se constatando que os profissionais de saúde são muitas vezes acometidos por doenças relacionadas ao trabalho geradoras de sofrimento físico e até mesmo psíquico.

"O sofrimento começa quando a relação homem-organização do trabalho torna-se bloqueada; ou seja, quando o trabalhador usa o máximo de suas faculdades intelectuais, psicoafetivas, de aprendizagem, e de adaptação"⁽¹⁾.

O trabalho desses profissionais é uma ação de múltiplas situações e enfrentamentos, podendo ser fonte de prazer e de sofrimento, sendo potencial causador de diversos problemas de saúde, com consequências no trabalho ou fora dele.

Vale lembrar que "profissionais de saúde são todos aqueles trabalhadores que têm como ofício a missão e o trabalho de reduzir a dor de outrem, não se restringindo apenas a médicos e enfermeiros"⁽²⁾.

O desempenho dos profissionais da área de saúde reveste-se de uma importância extrema para a sociedade, pela possibilidade de prestar uma assistência de qualidade ao usuário. Quando isso não ocorre, há impacto sobre o profissional (responsabilidade ético-legal) e sobre a coletividade (aumento dos custos com o serviço). Estabelece-se, dessa maneira, que um impacto negativo sobre a atividade laboral desses trabalhadores, causado por situações internas ou externas, pode resultar em risco à segurança do paciente e ao cuidado de qualidade.

O trabalho em saúde vai além de uma perspectiva tecnicista, mecânica e objetiva, devendo gerar um envolvimento e comprometimento de um ser humano com outro. A condição de trabalho desse profissional, dentro dessa perspectiva, pode colocar em risco a sua saúde física e mental.

O ato de compartilhar a dor alheia permanece como uma característica intrínseca do trabalho do profissional de saúde, visando a um atendimento humanizado e de qualidade⁽³⁾. A compaixão é um elemento central dessa condição e precisa ser avaliada para melhor compreender o estado de saúde e adoecimento ligados a esse trabalhador, pois pode levá-lo a desenvolver a deterioração da saúde mental, com a manifestação, por exemplo, de síndrome de *burnout*, estresse, fadiga, dentre outros.

A fadiga por compaixão (FC) é uma das formas de sofrimento com origem na atividade laboral que pode provocar adoecimento físico e mental. Ela "é representada por uma fadiga física e/ou mental em decorrência da compaixão que pode ser vivenciada pelos profissionais de saúde"⁽⁴⁾.

Os aspectos positivos (satisfação por compaixão) e negativos (fadiga por compaixão) relacionados ao trabalho influem na qualidade de vida profissional. A FC se divide em duas partes. A primeira parte diz respeito a condições como exaustão, frustração, raiva e depressão típicas do *burnout*; e a segunda, ao estresse traumático secundário, que é um sentimento negativo causado pelo medo e pelo trauma relacionado ao trabalho, seja algum trauma direto (primário), seja uma combinação de trauma

primário e secundário. Portanto, *burnout* e estresse traumático secundário não são sinônimos de FC⁽⁵⁾.

A fadiga por compaixão é o resultado de um processo progressivo e cumulativo, que é causado pelo contato prolongado, contínuo e intenso com os pacientes cuja demanda é o sofrimento⁽⁶⁾. A FC se manifesta com acentuados aspectos físicos, sociais, emocionais, espirituais e mudanças intelectuais que aumentam em intensidade⁽⁷⁾. Portanto, quando o profissional não consegue lidar de forma saudável, ou seja, não estabelece cuidados mentais e físicos que permitam a empatia sem absorção da dor em si e para si, pode ocorrer a fadiga por compaixão⁽⁷⁾.

A relação de trabalho em saúde está fortemente marcada pela ambivalência traduzida em termos de sofrimento e prazer, pois o que define o limiar entre essas duas possibilidades são as ações e comportamentos de cada indivíduo diante do trabalho.

Em vista disso, a implementação de estratégias de enfrentamento como medidas de prevenção e/ou tratamento se torna um desafio e um diferencial nas organizações de saúde. Programas de intervenção podem se mostrar como uma grande promessa para os profissionais de saúde, minimizando o impacto da FC em seu trabalho e vidas pessoais.

A prevalência de fadiga por compaixão em profissionais de saúde, reconhecida como uma condição relativa ao processo laboral, demonstra a necessidade de as organizações e instituições desenvolverem programas de resiliência, uma vez que as equipes que formam a força de trabalho são as interfaces mais vulneráveis desse processo⁽⁸⁾.

A busca pelo equilíbrio se torna uma grande fonte de significado social, pessoal e humano. Nesse contexto, o indivíduo é estimulado em vários momentos da vida à busca por esse equilíbrio, bem-estar e por estratégias de enfrentamento: de um lado, há as demandas das relações interpessoais com o meio em que está inserido; de outro, a manutenção do bem-estar físico, mental, social e, por que não, espiritual.

A dimensão da espiritualidade tem uma relação direta com o termo "compaixão". Atualmente, ela é um recurso utilizado como enfrentamento das doenças e do sofrimento fornecendo adequado suporte para melhor saúde física e mental; beneficia tanto pacientes como a equipe multidisciplinar e o próprio sistema de saúde⁽⁹⁾. Todavia, as condições e preceitos da relação entre trabalho, fadiga por compaixão e estratégias de enfrentamento ainda são temas periféricos à sociedade e às instituições organizacionais.

A comprovação da utilização do enfrentamento religioso/espiritual como benefício, terapêutica e determinação de desfechos positivos em diversas doenças tem constituído um desafio para a ciência médica, tendo em vista a complexidade em mensurar o impacto de experiências religiosas e espirituais no indivíduo⁽⁸⁾.

Assim, a revisão poderá contribuir para mapear o panorama da realidade profissional e a influência da FC nas atividades laborais dos trabalhadores da área de saúde e ainda fomentar a discussão sobre as possibilidades de enfrentamento. Tudo isso poderá favorecer o aumento do controle dos fatores adversos, prevenindo situações de mal-estar e sofrimento psíquico dos profissionais em saúde. Dessa forma, viabiliza-se o alcance de benefícios pessoais, coletivos e institucionais, no sentido de favorecer um maior conhecimento em relação ao tema, abrindo campo para novas pesquisas.

OBJETIVOS

Identificar, na literatura, o estado atual do conhecimento sobre fadiga por compaixão no contexto do trabalho de profissionais de saúde; e como as estratégias de enfrentamento se estabelecem nesse cenário.

MÉTODOS

Estudo realizado por meio de *scoping review* conforme a proposta do Joanna Briggs Institute (JBI), cuja abordagem é mais ampla, com o objetivo de mapear os principais conceitos na literatura que sustentam uma área da pesquisa, proporcionando um panorama sobre um tema⁽⁹⁾.

Na *scoping review*, a questão inicial é ampla, aberta; critérios de inclusão/exclusão podem ser estabelecidos a posteriori; a escolha dos estudos não focaliza a qualidade da investigação; pode ou não envolver extração de dados; a síntese é fundamentalmente qualitativa e raramente quantitativa; é utilizada para identificar as variáveis e as lacunas existentes na literatura⁽⁹⁻¹⁰⁾.

Nesse sentido, foram adotadas as seguintes etapas: identificação da questão de pesquisa; identificação de estudos relevantes; seleção dos estudos; estruturação dos dados; agrupamento, sumarização e relatório de resultados; e comunicação dos resultados⁽¹¹⁻¹²⁾.

A construção da pergunta da pesquisa foi realizada com uso da estratégia "População, Conceito e Contexto"⁽¹³⁾, em que: P – profissionais de saúde; C – fadiga por compaixão; C – trabalho em saúde. Para a busca e seleção dos estudos, foi estabelecida a seguinte questão norteadora: "O que tem sido estudado sobre fadiga por compaixão em profissionais de saúde e quais as estratégias de enfrentamento?"

As seguintes bases de dados foram usadas para a coleta de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Scopus e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE). As consultas foram feitas nos meses de maio a julho de 2019.

A busca foi realizada por dois pesquisadores independentes, conforme critérios do JBI⁽¹³⁾, respeitando as diretrizes recomendadas pelo PRISMA ScR para *scoping review*. Foram empregados os descritores e/ou seus sinônimos, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH), para cada item da estratégia. Para a combinação dos descritores, foram considerados os termos booleanos AND e OR conforme o sistema de busca de cada base de dados. Dessa forma, utilizou-se a seguinte estratégia (Quadro 1).

Estes foram os critérios de inclusão usados para selecionar os estudos: ser artigo de pesquisa teórico e original que possui relação com o tema; ter sido publicado em inglês, espanhol e português; ter sido realizado com profissionais de saúde, entre os anos de 2009 e 2019. Como a *scoping review* é exploratória, todos os tipos de estudos foram incluídos: qualitativos, quantitativos, mistos e de revisão. Foram excluídos estudos com desenho de pesquisa ou objetivos pouco definidos ou não explicitados; e editoriais, resumos de conferências e cartazes, cartas, comentários e teses.

Após a revisão dos títulos, foram analisados os resumos dos estudos primários elegíveis, considerando os critérios de inclusão e exclusão, sendo eliminados aqueles que não apresentavam

relação com o tema. O processo de seleção foi realizado por duas autoras/revisoras de forma independente; e, após comparação dos resultados, resolveram-se as discordâncias por consenso.

Quadro 1 – Estratégia de busca

População (P):	"Health Personnel" [Mesh] OR "Personnel, Health" OR "Health Care" OR "Providers" OR "Health Care Provider" OR "Provider, Health Care" OR "Providers, Health Care" OR "Healthcare Providers" OR "Healthcare Provider" OR "Provider, Healthcare" OR "Providers, Healthcare" OR "Fieldworkers" OR "Fieldworker" OR "Field Workers" OR "Field Worker" OR "Worker, Field" OR "Workers, Field"
Conceito (C):	"Compassion Fatigue" [Mesh] OR "Fatigue, Compassion" OR "Vicarious Trauma" OR "Trauma, Vicarious" OR "Traumas, Vicarious" OR "Vicarious Traumas" OR "Secondary Trauma" OR "Secondary Traumas" OR "Trauma, Secondary" OR "Traumas, Secondary" OR "Secondary Traumatization" OR "Secondary Traumatizations" OR "Traumatization, Secondary" OR "Traumatizations, Secondary" OR "Secondary Traumatic Stress" OR "Stress, Secondary Traumatic" OR "Stresses, Secondary Traumatic" OR "Traumatic Stress, Secondary" OR "Vicarious Traumatization" OR "Traumatization, Vicarious"
Contexto (C):	"Adaptation, Psychological" [Mesh] OR "Adaptation, Psychologic" OR "Psychologic Adaptation" OR "Psychological Adaptation" OR "Coping Behavior" OR "Behavior, Coping" OR "Behaviors, Coping" OR "Coping Behaviors" OR "Coping Skills" OR "Coping Skill" OR "Skill, Coping" OR "Skills, Coping" OR "Behavior, Adaptive" OR "Adaptive Behavior" OR "Adaptive Behaviors" OR "Behaviors, Adaptive"

Para a extração dos dados, utilizou-se um instrumento estruturado pelos próprios pesquisadores de acordo com recomendações do JBI⁽¹³⁾. Os itens selecionados para a análise foram: título; autores; país de origem do estudo; ano de publicação; delineamento metodológico; amostra; instrumento de avaliação de FC e estratégia de enfrentamento. As variáveis correspondentes a essas características são apresentadas no Quadro 2 e também seguem as orientações de JBI: título; autores; delineamento metodológico; ano de publicação; país de origem do estudo; amostra; instrumento de avaliação de FC; e estratégias de enfrentamento⁽¹³⁾.

Após as etapas de separação, sumarização e relatório dos elementos essenciais encontrados em cada estudo, foi realizada a organização dos resultados de forma temática. Eles foram divididos em categorias a fim de permitir a análise e a compilação dos dados, facilitando a ordenação do tema para que posteriores pesquisas possam ampliar a discussão.

Na etapa final, fez-se a compilação e comunicação dos resultados, com a intenção de apresentar uma visão geral do material. Os principais focos foram analisados por meio das categorias de análise definidas, revisitando-se os textos integrais quando necessário. Assim, foi possível sintetizar de maneira narrativa os achados para possibilitar a estruturação do conhecimento sobre o tema.

RESULTADOS

Foram identificados 263 estudos mediante a pesquisa nas bases de dados. Após leitura dos títulos e resumos, selecionaram-se 71 artigos para leitura na íntegra. Depois de análise completa desses estudos selecionados, 30 foram incluídos por responderem à questão

da pesquisa e por atenderem aos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Para a apresentação dos resultados, as pesquisas foram numeradas de 1 a 30. A descrição detalhada do processo de seleção e inclusão dos artigos encontra-se no fluxograma da Figura 1.

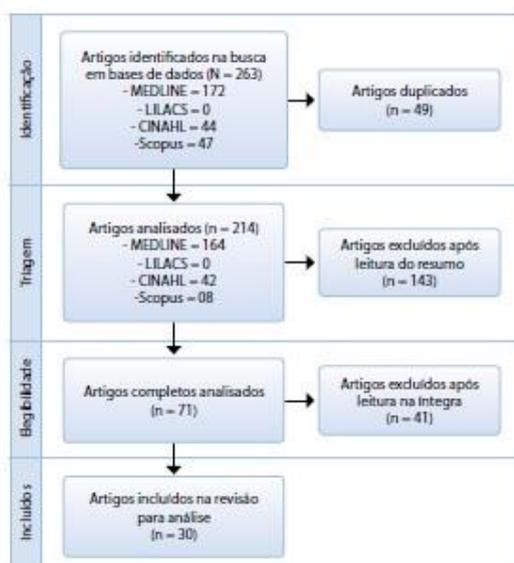


Figura 1 – Fluxograma dos cruzamentos e resultados da busca⁽²⁸⁾

O limite temporal definido para a busca das publicações compreendeu o intervalo de 2009 a julho de 2019, visando contemplar o estado atual da FC relacionada ao trabalho em

saúde após as modificações da atividade ao longo das gerações e maior visibilidade do tema nos últimos anos.

Em relação ao ano de publicação, identificaram-se sete artigos (23%) publicados no ano de 2017; cinco (17%) em 2016 e cinco em 2018; quatro (13%) em 2015; três (10%) em 2013; dois (7%) em 2010; um (3,3%) em 2009, um em 2011, um em 2014, um em 2019; e nenhum em 2012.

Quanto ao país de origem, 19 (63%) estudos foram realizados nos Estados Unidos; 2 (7%), na Austrália; 2, no Canadá; e 1 (23%) estudo para cada um dos demais países (Reino Unido, Japão, África do Sul, Espanha, Israel, Brasil/Espanha e Bélgica/Holanda).

No que se refere à metodologia, 14 estudos (46,6%) derivaram de pesquisas quantitativas, 9 (30%), artigos de revisão; 5 (16,7%), metodologia mista; e dois (6,7%), qualitativos.

Sobre o instrumento de avaliação da FC, dos 14 estudos quantitativos, 13 (92,9%) empregaram a Escala de Stamm de Qualidade de Vida Profissional do ProQOL (versão IV, V e RIII); e 1 (7,1%) utilizou a Escala de Figley e Stamm de 1996⁽¹⁶⁾; os 5 estudos de metodologia mista adotaram a Escala de Qualidade de Vida Profissional do ProQOL.

O ProQOL (*Professional Quality of Life*) mede os efeitos negativos (fadiga por compaixão) e positivos (satisfação por compaixão) em ajudar pessoas que apresentam algum tipo de sofrimento e/ou trauma. Esse instrumento tem subescalas para a satisfação por compaixão (SC), *burnout* e estresse traumático secundário associado ao cuidado, estando em uso desde 1995⁽¹⁹⁾.

No referente às estratégias de enfrentamento da FC, dos 30 estudos selecionados, 6 (20%) implementaram alguma estratégia de abordagem aos profissionais de saúde, tais como: prática de autocuidado, autoconsciência, assistência espiritual, autocompaixão, programa de treinamento *mindfulness* para redução de stress, exercício de enfrentamento por meio da resiliência e da empatia.

Quadro 2 – Estudos analisados segundo título, autores, delineamento metodológico, ano de publicação, país de origem do estudo, amostra, instrumento de avaliação de fadiga por compaixão e estratégias de enfrentamento, Uberaba, Minas Gerais, Brasil, 2019

	Base de dados	Título	Autor	Delineamento metodológico	Ano	País de origem do estudo	Amostra	Instrumento de avaliação de FC	Estratégia de enfrentamento
A1	MEDLINE	<i>Reducing Compassion Fatigue in Inpatient Pediatric Oncology Nurses</i>	Sullivan, King, Holdiness, Durrell, Roberts, Spencer ⁽¹⁶⁾ .	Quantitativo – Quase experimental	2019	EUA	59 enfermeiros - unidade de oncologia pediátrica	ProQOL V (STAMM)	Intervenções organizacionais: autocuidado, saúde e bem-estar, assistência espiritual, sala de descanso
A2	MEDLINE	<i>Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience</i>	Delaney ⁽¹⁷⁾ .	Método misto – fenomenologia e quantitativo	2018	Reino Unido	13 enfermeiros - vários setores do hospital	ProQOL V (STAMM)	Intervenção para melhoramento por autocompaixão
A3	MEDLINE	<i>Compassion fatigue in nursing: A concept analysis</i>	Peters ⁽¹⁸⁾ .	Revisão de literatura – Análise conceitual	2018	EUA	26 artigos selecionados	-	-

Continua

Fadiga por compaixão no contacto dos profissionais da saúde e estratégias de enfrentamento: scoping review
 Jilou V, Duarte JMG, Gonçalves RHA, Vieira EE, Simões ALA.

Continuação do Quadro 2

	Base de dados	Título	Autor	Delineamento metodológico	Ano	País de origem do estudo	Amostra	Instrumento de avaliação de FC	Estratégia de enfrentamento
A4	MEDLINE	<i>Cognitive reactions of nurses exposed to cancer patients' traumatic experiences: A qualitative study to identify triggers of the onset of compassion fatigue</i>	Fukumor, Miyazaki, Takaba, Taniguchi, Asa ⁽¹⁸⁾ .	Qualitativo – Entrevista semiestruturada	2018	Japão	30 enfermeiros de seis hospitais de câncer	-	-
A5	MEDLINE	<i>Integrative Review of Facility Interventions to Manage Compassion Fatigue in Oncology Nurses</i>	Wentzel, Brysiewicz ⁽²⁰⁾	Revisão Integrativa	2017	África do Sul	-	-	-
A6	MEDLINE	<i>Palliative care professionals' care and compassion for self and others: a narrative review</i>	Mills, Wand, Fraser ⁽²¹⁾ .	Revisão narrativa	2017	Austrália	-	-	-
A7	MEDLINE	<i>Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review</i>	Cocker, Joss ⁽²²⁾ .	Revisão sistemática	2016	Austrália	13 artigos selecionados	-	-
A8	MEDLINE	<i>Perceived Quality of Work Life and Risk for Compassion Fatigue Among Oncology Nurses: A Mixed-Methods Study</i>	Giarelli, Denigri, Fisher, Maley, Nolan ⁽²³⁾ .	Método misto – Questionário de autorrelato e entrevista	2016	EUA	20 enfermeiros oncologistas	ProQOL V (STAMM)	-
A9	MEDLINE	<i>The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review</i>	Van Mol, Kompanje, Benoit, Bakker, Nijkamp ⁽²⁴⁾ .	Revisão sistemática	2015	Holanda/Bélgica	30 artigos selecionados	-	-
A10	MEDLINE	<i>A pilot study examining the impact of care provider support program on resiliency, coping, and compassion fatigue in military health care providers</i>	Weidlich, Ugarriza ⁽²⁵⁾ .	Quantitativo – Estudo de coorte prospectivo	2015	EUA	93 enfermeiros militares e civis, e médicos em um Centro Médico do Exército (28 retornaram os questionários)	ProQOL V (STAMM)	Treinamento do grupo de apoio de profissionais do exército na resiliência
A11	MEDLINE	<i>Palliative Care Professionals' Inner Life: Exploring the Relationships Among Awareness, Self-Care, and Compassion Satisfaction and Fatigue, Burnout, and Coping With Death</i>	Sansó, Gallana, Oliver, Pascual, Sinclair, Benito ⁽²⁶⁾ .	Quantitativo – Estudo transversal com aplicação de questionário	2015	Espanha	385 profissionais (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes de enfermagem e trabalhadores sociais)	ProQOL IV (STAMM)	-
A12	MEDLINE	<i>Stress, burnout, compassion fatigue, and mental health in hospice workers in Minnesota</i>	Whitebird, Asche, Thompson, Rossom, Heinrich ⁽²⁷⁾ .	Quantitativo – Estudo transversal com aplicação de questionário	2013	EUA	557 funcionários de 13 programas de cuidados paliativos	ProQOL RIII (STAMM)	-
A13	MEDLINE	<i>Personal factors related to compassion fatigue in health professionals</i>	Zeidner, Hadar, Matthews, Roberts ⁽²⁸⁾ .	Quantitativo Estudo transversal com aplicação de questionário	2013	Israel	182 participantes (89 profissionais de saúde mental e 93 médicos)	ProQOL RIII (STAMM)	-

Continua

Continuação do Quadro 2

	Base de dados	Título	Autor	Delineamento metodológico	Ano	País de origem do estudo	Amostra	Instrumento de avaliação de FC	Estratégia de enfrentamento
A14	MEDLINE	<i>Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses</i>	Potter, Deshields, Berger, Clarke, Olsen, Chen ⁽⁶⁾ .	Quantitativo – Quase experimental	2013	EUA	13 enfermeiros de oncologia ambulatorial	ProQOL IV (STAMM)	Enfrentamento por meio da resiliência
A15	MEDLINE	<i>Compassion fatigue in nurses</i>	Yoder ⁽²⁰⁾ .	Método Misto – Entrevista e questionário	2010	EUA	106 enfermeiros de atendimento domiciliar, pronto-socorro, UTI, e oncologia	ProQOL IV (STAMM)	-
A16	MEDLINE	<i>Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties</i>	Hooper, Craig, Janvrin, Wetzel, Reimels ⁽²⁰⁾ .	Quantitativo – Transversal	2010	EUA	114 enfermeiros de emergência, oncologia, nefrologia e terapia intensiva	ProQOL IV (STAMM)	-
A17	MEDLINE	<i>Compassion fatigue: a nurse's primer</i>	Lombardo, Eyre ⁽²¹⁾ .	Qualitativo – Estudo de Caso	2011	EUA	Dois estudos de caso com uma enfermeira reativa e outra proativa	-	-
A18	MEDLINE	<i>The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital</i>	Robins, Meltzer, Zelikovsky ⁽²¹⁾ .	Quantitativo – Aplicação de questionário	2009	EUA	314 profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos, terapia ocupacional, fisioterapia)	Escala de FC (FIGLEY; STAMM, 1996)	-
A19	CINAHL	<i>Compassion Fatigue in Military Healthcare Teams</i>	Owen, Wanzer ⁽²¹⁾ .	Revisão sistemática	2014	EUA	25 artigos selecionados	-	-
A20	MEDLINE	<i>Compassion Fatigue Among Palliative Care Clinicians: Findings on Personality Factors and Years of Service</i>	O'Mahony, Ziadni, Hoerger, Levine, Baron, Gerhart ⁽¹⁶⁾ .	Quantitativo – Aplicação de questionário	2018	EUA	66 profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e capelães e outros profissionais de medicina paliativos)	ProQOL V (STAMM)	-
A21	MEDLINE	<i>Quality of Life and Compassion Satisfaction in Clinicians: A Pilot Intervention Study for Reducing Compassion Fatigue</i>	Klein, Riggerbach-Hays, Sollenberger, Hamey, McGarvey ⁽²¹⁾ .	Quantitativo – Quase experimental	2018	EUA	15 médicos, enfermeiros e conselheiros	ProQOL V (STAMM)	Programa de treinamento <i>mindfulness</i> para redução de estresse com três sessões de 90 minutos
A22	MEDLINE	<i>An Evolutionary Concept Analysis of Compassion Fatigue</i>	Sorenson, Bolick, Wright, Hamilton ⁽²⁰⁾ .	Revisão de literatura – Modelo Evolucionário de Rodgers	2017	EUA	15 artigos selecionados	-	-
A23	MEDLINE	<i>Reducing the "cost of caring" in cancer care: Evaluation of a pilot interprofessional compassion fatigue resiliency programme</i>	Pfafl, Freeman-Gibb, Patrick, DiBlase, Moretti ⁽²¹⁾ .	Método misto	2017	Canadá	Quantitativo (n = 32) e qualitativo (n = 12) de uma equipe interprofissional	ProQOL V (STAMM)	Programa de treinamento para resiliência sobre FC

Continua

Continuação do Quadro 2

	Base de dados	Título	Autor	Delimitação metodológica	Ano	País de origem do estudo	Amostra	Instrumento de avaliação de FC	Estratégia de enfrentamento
A24	MEDLINE	<i>Compassion Fatigue and Mindfulness: Comparing Mental Health Professionals and MSW Student Interns</i>	Brown, Ong, Mathers, Decker ⁽²⁸⁾ .	Quantitativo – Aplicação de questionário	2017	EUA	40 funcionários da Mental Health America (MHA) e 111 Internos do MSW	ProQOL BH (STAMM)	-
A25	MEDLINE	<i>Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout In Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis</i>	Galiana, Arena, Oliver, Sansó, Benito ⁽²⁸⁾ .	Quantitativo – Estudo transversal	2017	Brasil/ Espanha	161 profissionais brasileiros e 385 profissionais espanhóis de cuidados paliativos	ProQOL BH (STAMM)	-
A26	MEDLINE	<i>Compassion fatigue: A meta-narrative review of the healthcare literature</i>	Sinclair, Raffin-Bouchal, Venturato, Mijovic-Kondejewska, Smith-MacDonald ⁽⁴⁰⁾ .	Revisão metanarrativa	2017	Canadá	90 estudos selecionados	-	-
A27	MEDLINE	<i>The impact of Combat Deployment on Health Care Provider Burnout In a Military Emergency Department: A Cross-Sectional Professional Quality of Life Scale V Survey Study</i>	Cragun, April; Thaxton ⁽³³⁾ .	Quantitativo – Estudo transversal	2016	EUA	105 profissionais (técnicos em diagnóstico, enfermeiros) e 33 médicos	ProQOL BH (STAMM)	-
A28	MEDLINE	<i>Understanding Compassion Fatigue In Healthcare Providers: A Review of Current Literature</i>	Sorenson, Bolick, Wright, Hamilton ⁽²⁴⁾ .	Revisão Integrativa	2016	EUA	43 artigos selecionados	-	-
A29	MEDLINE	<i>The Relationship between the Supervision Role and Compassion Fatigue and Burnout In Genetic Counseling</i>	Allsbrook, Atzinger, He, Engelhard, Yager, Wusk ⁽³⁴⁾ .	Quantitativo – Aplicação de questionário	2016	EUA	391 conselheiros genéticos	ProQOL (STAMM)	-
A30	MEDLINE	<i>Who is at risk for compassion fatigue? An investigation of genetic counselor demographics, anxiety, compassion satisfaction, and Burnout</i>	Lee, Veach, MacFarlan, LeRoy ⁽³⁶⁾ .	Método Misto – Questionário e entrevista	2015	EUA	402 conselheiros genéticos	ProQOL V (STAMM)	-

DISCUSSÃO

A *scoping review* permitiu verificar que houve crescimento na produção de estudos sobre o tema entre os anos 2015 a 2018, sendo 21 artigos (70%), todos publicados em inglês. Nota-se a carência de trabalhos em português, demonstrando a importância de pesquisas acerca desse tema no Brasil. Percebe-se que, nos últimos quatro anos, os estudos sobre FC têm se desenvolvido consideravelmente no âmbito internacional.

Pela leitura e análise dos 30 artigos em questão, foi possível definir as categorias que nuclearam discussões e permitiram avançar para conclusões sobre pontos de vista coincidentes e divergentes. O propósito foi sistematizar, detalhar e evidenciar, nos conteúdos, os aspectos centrais relacionados ao problema

investigado, na tentativa de apresentar uma visão geral que possibilite a estruturação do conhecimento sobre o tema.

Após a leitura, análise e síntese dos estudos, os resultados foram divididos de forma temática em duas categorias: a) Trabalho em saúde e fadiga por compaixão: análise conceitual, contexto e manifestações; b) Estratégias de enfrentamento da fadiga por compaixão. Elas serão descritas a seguir.

Trabalho em saúde e fadiga por compaixão: análise conceitual, contexto e manifestações

O exercício da compaixão pelos profissionais de saúde necessita ser estimulado, pois se estende além da empatia e busca minorar a dor alheia por meio da conexão com o outro enquanto indivíduo.

Uma abordagem em saúde enraizada na compaixão auxilia a ver além de si mesmo, prioriza o bem do outro e pode ser concebida como um fenômeno humano e social⁽⁶⁰⁾, porém pode trazer consequências ao trabalhador, tanto positivas quanto negativas.

A concepção de fadiga por compaixão, mais citada pelos artigos selecionados, foi elaborada por Figley^(61,16-17,20,22,24,26,28-33,36-38,40,42-46) e por Stamm^(6,17,26,29-30,33,39,40). A literatura consultada apresentou conceitos de FC como sendo uma perda aguda da energia emocional e física relacionada ao trabalho⁽⁶⁾ e caracterizada por exaustão, sentimentos de desilusão e inutilidade, como resultado da exposição prolongada ao sofrimento e ao estresse⁽²¹⁾. Esses autores acrescentam ainda a importância do estudo da FC, pois emergem algumas questões essenciais relativas ao comportamento, sentimento, emoções e valores, que podem influenciar e afetar o trabalhador.

A compaixão tem sua origem em uma resposta empática ao sofrimento, entretanto circunstâncias internas e externas ao indivíduo, como a insatisfação nas relações profissionais, podem contribuir para o surgimento da FC, sendo que a presença de estresse e afeto negativo têm efeito sinérgico no seu desenvolvimento. Por outro lado, o afeto positivo e a solidariedade promovem de maneira inversa a satisfação por compaixão⁽⁶⁰⁾.

A fadiga por compaixão tende a se refletir no desempenho dos profissionais, sob forma de baixa autoestima, maior rotatividade dos profissionais de saúde, absenteísmo, insatisfação no trabalho, incapacidade de tomar decisões, além das consequências físicas, emocionais, mentais e cognitivas^(6,16,18,20,22,24,27-28,30-31,33-37,39-40,42-44). Tem forte relação com os setores "carga e ambiente de trabalho" e "cultura organizacional". Isso coaduna com outros sintomas causadores da FC, citados por Figley em 1995⁽⁶⁾, dentre os quais estão aqueles referentes à condição e organização do trabalho; ao fator do desgaste emocional; e às alterações patológicas de cunho físico.

Nos estudos selecionados, as pesquisas de campo com profissionais de saúde nas quais se avaliou a presença de FC foram realizadas nos seguintes setores: cinco (28%) em Unidades de Cuidados Paliativos^(21,26-27,34,38), cinco (28%) em Cuidados Oncológicos^(6,16,19-20,23), três (17%) com Profissionais de Serviço Militar^(25,33,41), duas (11%) em Clínica Médica/Cirúrgica^(21,25), duas (11%) com profissionais responsáveis por Aconselhamento Genético⁽⁴³⁻⁴⁴⁾ e uma (5%) em Unidades de Terapia Intensiva⁽²⁹⁾.

Estratégias de enfrentamento da fadiga por compaixão

A fadiga por compaixão pode afetar os profissionais de saúde no processo de fornecer apoio empático, que consiste na capacidade de compreender os sentimentos do paciente de acordo com o ponto de vista dele, pois ser assertivo e proporcionar um cuidado empático é o que se espera desses profissionais⁽²¹⁾. Alguns estudos referem a relação entre sentir empatia e compaixão com a possibilidade de desenvolver FC^(6,16-18,20,22,24-25,31-32,34,40,46). Em outros trabalhos, observou-se que os profissionais de saúde experimentam um conflito em admitir o próprio sofrimento, acreditando que não devem ou não podem demonstrar sua fragilidade e vulnerabilidade, configurando assim uma desproteção e um sentimento de impotência que advém da impossibilidade de solução do problema^(19-20,29).

O sentido do trabalho na vida dos profissionais de saúde inclui o desafio de repensar a si próprio e buscar algo que possa dar

sentido aos acontecimentos, ao trabalho e à vida. Essa busca pelo equilíbrio pode se relacionar com as estratégias de enfrentamento, como as descritas em alguns artigos^(6,16-18,20-22,24,26-29,31,35,37-38,40) ao se referirem a autoconhecimento, consciência de si, inteligência emocional, dimensões do autocuidado, autocompaixão.

Estratégias de enfrentamento como atitudes positivas de amor, bondade e compaixão podem estar associadas a estados mentais positivos e medidas protetoras de mal-estar relacionado ao trabalho de profissionais de saúde⁽¹⁷⁾, podendo envolver apoio individual, profissional e organizacional⁽¹⁶⁾. Em outro estudo, no qual os participantes relataram moderado ou alto nível de estresse, as estratégias utilizadas individualmente para enfrentamento do estresse foram a procura por suporte em suas relações, atividade física, "dizer não" de maneira mais frequente⁽²⁷⁾. Nesse mesmo estudo, exploraram-se alguns caminhos de enfrentamento, em âmbito organizacional, como a oportunidade de se conectarem melhor com colegas de trabalho, redução de carga de trabalho, incentivo ao autocuidado, exercícios de relaxamento e meditação, e grupos de apoio para situações de estresse e de luto.

Na literatura, destacam-se estratégias de enfrentamento no trabalho em saúde por meio do desenvolvimento de habilidades de resiliência que permitem gerenciar fatores estressores^(6,16-18,25,27,35,37,42). Ter consciência dos sentimentos de inadequação psíquica e desconforto em relação ao trabalho, assim como da importância das estratégias de enfrentamento, poderá equipar os profissionais de saúde na prática cotidiana do cuidado, transformando o sofrimento no trabalho em prazer mediante as realizações do sujeito.

Outros autores atribuem à espiritualidade uma estratégia de enfrentamento do sofrimento físico, mental e emocional em profissionais de saúde^(26,31-32,36), na tentativa da construção da vida interior do indivíduo. Valores como a compaixão, beneficência e espiritualidade podem proporcionar maior significado e satisfação no trabalho, criando uma espiral ascendente do cuidado, promovendo o equilíbrio do indivíduo e minimizando os efeitos negativos do mal-estar no trabalho⁽³⁴⁾.

Pesquisas endossam a necessidade de se reconsiderar a abordagem integrativa entre saúde e espiritualidade, com evidente crescimento na atenção à saúde. Essa interconexão tem sido amplamente difundida na educação médica e de enfermagem, tanto no cenário nacional quanto internacional, com o objetivo de promover o reconhecimento da dimensão espiritual do paciente e, por sua vez, um atendimento mais humanizado⁽⁴⁷⁾. Entretanto, ao se reconhecer a importância da espiritualidade no cuidado, faz-se necessário abranger o profissional de saúde também dentro dessa dimensão.

A interface entre espiritualidade e os processos de saúde e adoecimento, do ponto de vista emocional, evidencia características de apoio social e psicologia positiva, que estuda aspectos virtuosos e as forças pessoais do ser humano, podendo proporcionar mais esperança, perdão, conforto, amor e outros benefícios⁽⁴⁸⁾.

A Sociedade Brasileira de Cardiologia (SBC) publicou suas Diretrizes Brasileiras sobre Espiritualidade e Fatores Psicossociais, nas quais é incluída a espiritualidade para prevenção de doenças cardiovasculares⁽⁴⁹⁾. Além dos aspectos comportamentais, estudos demonstram a relação benéfica entre espiritualidade e variáveis fisiológicas e fisiopatológicas em desfechos clinicamente importantes, tais como

pressão arterial, ativação neuro-hormonal, influência em algumas variáveis metabólicas, parada cardiorrespiratória e marcadores de inflamação e imunidade⁽⁶⁹⁾. A ação de cuidar não se refere apenas às questões biológicas, mas também a um cuidado que transcende o perceptível aos olhos, que é a dimensão espiritual⁽⁷⁰⁾.

O trabalho em saúde que oscila entre a fadiga e satisfação por compaixão está descrito em certos artigos^(16-17,26,30,32,33,35,37,39,49). O senso de propósito e paixão pode explicar as sensações ambíguas, presentes no processo do trabalho em saúde, as quais se traduzem em sentimentos de satisfação ou fadiga por compaixão. Numa visão humanista, o trabalho do profissional de saúde pode ser percebido para além de uma profissão, mas como essência do desenvolvimento humano. O desafio está em desenvolver a habilidade do profissional em saúde de compartilhar a dor do outro de maneira saudável, ou seja, que não lhe cause adoecimento.

Limitações do estudo

Este estudo apresenta limitações tais como a inclusão de artigos em apenas três idiomas (português, inglês e espanhol), não avaliação da qualidade da evidência dos estudos e a escolha do limite temporal na busca compreendido apenas entre 2009 e 2019. No entanto, a produção de conhecimento por meio de uma revisão de escopo não se esgota com determinado estudo. Uma pesquisa vale não só pelas respostas ao que não se sabe, mas também pelo que coloca de possibilidades ao que não se sabe o suficiente.

Contribuições para a área da Enfermagem, Saúde ou Política Pública

Os resultados desta revisão serão úteis às futuras pesquisas na área da enfermagem, assim como aos demais profissionais de saúde, seja para a melhoria da assistência ao paciente, seja para as organizações hospitalares e para as Políticas Públicas. Isso porque permitem compreender a relação entre trabalho

e fadiga por compaixão, bem como as possíveis estratégias de enfrentamento desse mal-estar relacionado ao trabalho em saúde. Novas pesquisas precisam ser realizadas para avaliar as potenciais implicações da FC na vida e no trabalho dos profissionais de saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta *scoping review* encontrou 30 estudos que respondiam ao objetivo inicial, sendo que, destes, 21 (70%) foram publicados no período entre 2015 e 2018, todos no idioma inglês, dos quais 63% foram realizados nos Estados Unidos. A metodologia mais utilizada foi a quantitativa, com a grande maioria utilizando a Escala de Stamm de Qualidade de Vida Profissional do ProQOL (versão IV, V e RIII). Considerando as estratégias de enfrentamento da fadiga por compaixão, 20% dos estudos apresentavam a implementação de alguma estratégia de abordagem aos profissionais de saúde.

A pesquisa apresenta um panorama descritivo e geral sobre FC em profissionais de saúde e as estratégias de enfrentamento. Isso é fundamental para o avanço de novas pesquisas sobre a temática, visto que esta ganha maior visibilidade numa crescente consolidação do conceito de FC. Ainda, ressalta-se a importante associação entre saúde e espiritualidade como estratégia de enfrentamento. Sendo assim, considerar a dimensão espiritual dentro da realidade das profissões de saúde permitirá que novas lacunas do conhecimento sejam preenchidas.

Vale destacar que ser um profissional de saúde não predetermina a felicidade ou a infelicidade no trabalho — pois não existe um estado puro de vida e de vida no trabalho —, e sim sinaliza a busca por um equilíbrio entre prazer e sofrimento, entre satisfação e FC. Além disso, a maneira como a fadiga por compaixão pode influenciar as estratégias de humanização do cuidado precisa ser esclarecida. Caberá às organizações hospitalares e ao profissional em si encontrar e cultivar mecanismos de estruturação que possam permitir uma compreensão ainda maior dos reflexos do trabalho sobre o indivíduo e do indivíduo sobre o trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Dejours C. A loucura do trabalho: estudo da psicopatologia do trabalho. 5th ed. São Paulo: Cortez; 1992.
2. Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estud Psicol [Internet]*. 2013 [cited 2019 Apr 15];18(2):213-21. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a06.pdf>
3. Stamm BH. The Concise ProQOL Manual. 2nd ed. Pocatello: Proqol; 2010.
4. Figley CR. The transmission of trauma. In: Figley CR, (Ed). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Taylor & Francis Group; 1995.
5. Coetzee SK, Klopper HC. Compassion fatigue within nursing practice: a concept analysis. *Nurs Health Sci*. 2010;12(2):235-43. <https://doi.org/10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x>
6. Potter P, Deshields T, Berger JA, Clarke M, Olsen S, Chen L. Evaluation of a compassion fatigue resiliency program for oncology nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2013;40(2):180-7. <https://doi.org/10.1188/13.ONF.180-187>
7. Karam A, Clague J, Marshall K, Olivier J, Series FH. The view from above: faith and health. *Lancet*. 2015;386(10005):e22-4. [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(15\)61036-4](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(15)61036-4)
8. Guimarães HR, Avezum A. Impact of spirituality on physical health. *Rev Psiquiatr Clin [Internet]*. 2007 [cited 2019 Apr 12];34(suppl 1):88-94. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v34s1/a12v34s1.pdf>
9. Peters MDJ, Godfrey CM, Khalil H, McInerney P, Parker D, Soares CB. Guidance for conducting systematic scoping reviews. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):141-6. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>

10. Armstrong R, Hall BJ, Doyle J, Waters E. Cochrane Update. 'Scoping the scope' of a cochrane review. *J Public Health (Oxf)*. 2011;33(1):147-50. <https://doi.org/10.1093/pubmed/fdr015>
11. Arksey H, O'Malley L. Scoping studies: towards a methodological framework. *Int J Soc Res Methodol*. 2005;8(1):19-32. <https://doi.org/10.1080/1364557032000119616>
12. Brien SE, Lorenzetti DL, Lewis S, Kennedy J, Ghali WA. Overview of a formal scoping review on health system report cards. *Implement Sci*. 2010;5(2):1-12. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-5-2>
13. The Joanna Briggs Institute. The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual 2015: methodology for JBI scoping reviews [Internet]. Adelaide: JBI; 2015[cited 2019 Apr 12]. Available from: <https://wiki.joannabriggs.org/display/MANUAL/JBI+Reviewer%27s+Manual>
14. Figley CR, Stamm BH. Psychometric review of compassion fatigue self-test. In: Stamm BH, editor. *Measurement of stress, trauma and adaptation*. Lutherville: Sidran Press; 1996.
15. Stamm BH. *Professional Quality of Life: Compassion Satisfaction and Fatigue Version 5 (ProQOL)*. New York: Proqol; 2012.
16. Sullivan CE, King AR, Holdiness J, Durrell J, Roberts KK, Spencer C, et al. Reducing compassion fatigue in inpatient pediatric oncology nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2019; 46(3):338-47. <https://doi.org/10.1188/19.ONF.338-347>
17. Delaney MC. Caring for the caregivers: Evaluation of the effect of an eight-week pilot mindful self-compassion (MSC) training program on nurses' compassion fatigue and resilience. *PLoS One*. 2018;13(11):e0207261. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0207261>
18. Peters E. Compassion fatigue in nursing: a concept analysis. *Nurs Forum*. 2018;53(4):466-80. <https://doi.org/10.1111/nuf.12274>
19. Fukumori T, Miyazaki A, Takaba C, Taniguchi S, Asai M. Cognitive reactions of nurses exposed to cancer patients' traumatic experiences: a qualitative study to identify triggers of the onset of compassion fatigue. *Psycho-Oncology*. 2017;27(2):620-5. <https://doi.org/10.1002/pon.4555>
20. Wentzel D, Brysiewicz P. Integrative review of facility interventions to manage compassion fatigue in oncology Nurses. *Oncol Nurs Forum*. 2017;44(3):E124-40. <https://doi.org/10.1188/17.onf.e124-e140>
21. Mills J, Wand T, Fraser JA. Palliative care professionals' care and compassion for self and others: a narrative review. *Int J Palliat Nurs*. 2017;23(5):219-29. <https://doi.org/10.12968/ijpn.2017.23.5.219>
22. Cocker F, Joss N. Compassion fatigue among healthcare, emergency and community service workers: a systematic review. *Int J Environ Res Public Health*. 2016;13(6):E618. <https://doi.org/10.3390/ijerph13060618>
23. Glarelli E, Denigris J, Fisher K, Maley M, Nolan E. Perceived quality of work life and risk for compassion fatigue among oncology nurses: a mixed-methods study. *Oncol Nurs Forum*. 2016;43(3):E121-31. <https://doi.org/10.1188/16.onf.e121-e131>
24. Van Mol MMC, Kompanje EJO, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The prevalence of compassion fatigue and burnout among healthcare professionals in intensive care units: a systematic review. *PLoS One*. 2015;10(8):e0136955. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955>
25. Weidlich CP, Ugarriza DN. A pilot study examining the impact of care provider support program on resiliency, coping, and compassion fatigue in military health care providers. *Mil Med*. 2015;180(3):290-5. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-14-00216>
26. Sansó N, Gallana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(2):200-7. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
27. Whitebird RR, Asche SE, Thompson GL, Rossom R, Heinrich R. Stress, Burnout, Compassion Fatigue, and Mental Health in Hospice Workers in Minnesota. *J Palliat Med*. 2013;16(12):1534-9. <https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0202>
28. Zeldner M, Hadar D, Matthews G, Roberts RD. Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety Stress Coping*. 2013;26(6):595-609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.777045>
29. Yoder EA. Compassion fatigue in nurses. *Appl Nurs Res*. 2010;23(4):191-7. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2008.09.003>
30. Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion satisfaction, burnout, and compassion fatigue among emergency nurses compared with nurses in other selected inpatient specialties. *J Emerg Nurs*. 2010;36(5):420-7. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2009.11.027>
31. Lombardo B, Eyre C. Compassion fatigue: a nurse's primer. *Online J Issues Nurs*. 2011;16(1):3. <https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol16No01Man03>
32. Robins PM, Meltzer L, Zelikovsky N. The experience of secondary traumatic stress upon care providers working within a children's hospital. *J Pediatr Nurs*. 2009;24(4):270-9. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.03.007>
33. Owen RP, Wanzer L. Compassion fatigue in military healthcare teams. *Arch Psychiatr Nurs*. 2014;28(1):2-9. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2013.09.007>
34. O'Mahony S, Zladni M, Hoerger M, Levine S, Baron A, Gerhart J. Compassion fatigue among palliative care clinicians: findings on personality factors and years of service. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(2):343-7. <https://doi.org/10.1177/1049909117701695>
35. Klein CJ, Riggenbach-Hays JJ, Sollenberger LM, Harney DM, McGarvey JS. Quality of life and compassion satisfaction in clinicians: a pilot intervention study for reducing compassion fatigue. *Am J Hosp Palliat Care*. 2018;35(6):882-8. <https://doi.org/10.1177/1049909117740848>
36. Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. An evolutionary concept analysis of compassion fatigue. *J Nurs Scholarsh*. 2017;49(5):557-63. <https://doi.org/10.1111/jnu.12312>
37. Pfaff KA, Freeman-Gibb L, DiBlase R, Moretti O. Reducing the "cost of caring" in cancer care: evaluation of a pilot interprofessional compassion fatigue resiliency programme. *J Interprof Care*. 2017;31(4):512-9. <https://doi.org/10.1080/13561820.2017.1309364>

38. Brown JLC, Ong J, Mathers JM, Decker JT. Compassion fatigue and mindfulness: comparing mental health professionals and MSW student Interns. *J Evid-Inf Soc Work*. 2017;14(3):119-30. <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1302859>
39. Gallana L, Arena F, Oliver A, Sansò N, Benito E. Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in Spain and Brazil: Proqol validation and cross-cultural diagnosis. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(3):598-604. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014>
40. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, Mijovic-Kondejewski J, Smith-MacDonald L. Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud*. 2017; 69:9-24. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
41. Cragun JN, April D, Thaxton RE. The impact of combat deployment on health care provider burnout in a military emergency department: a cross-sectional professional quality of life scale v survey study. *Mil Med*. 2016;181(8):730-4. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-15-00420>
42. Sorenson C, Bolick B, Wright, Hamilton R. Understanding compassion fatigue in healthcare providers: a review of current literature. *J Nurs Scholarsh*. 2016;48(5):456-65. <https://doi.org/10.1111/jnu.12229>
43. Allsbrook K, Atzinger C, He H, Engelhard C, Yager G, Wusik K. The Relationship between the Supervision Role and Compassion Fatigue and Burnout in Genetic Counseling. *J Genet Couns*. 2016;25(6):1286-97. <https://doi.org/10.1007/s10897-016-9970-9>
44. Lee W, Veach PM, MacFarlane IM, LeRoy BS. Who is at risk for compassion fatigue? An investigation of genetic counselor demographics, anxiety, compassion satisfaction, and burnout. *J Genet Couns*. 2015; 24(2):358-70. <https://doi.org/10.1007/s10897-014-9716-5>
45. Galea S. The art of medicine: compassion in a time of COVID-19. *Lancet*. 2020;395(10241): P1897-1898. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31202-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31202-2)
46. Zhang Y, Zhang C, Han XR, Li W, Wang Y. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing. *Medicine*. 2018;97(26):e11086. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000011086>
47. Damiano RF, Lucchetti ALG, Lucchetti G. Ensino de "saúde e espiritualidade" na graduação em medicina e outros cursos da área de saúde. *Hu Rev*. 2020;44(4):515-2. <https://doi.org/10.34019/1982-8047.2018.v44.25928>
48. Précoma DB, Oliveira GMM, Simão AF, Dutra OP, Coelho OR, Izar MCO, et al. Atualização da Diretriz de Prevenção Cardiovascular da Sociedade Brasileira de Cardiologia – 2019. *Arq Bras Cardiol*. 2019;113(4):787-891. <http://www.dx.doi.org/10.5935/abc.20190204>
49. Shattuck EC, Muehlenbein MP. Religiosity/Spirituality and Physiological Markers of Health. *J Relig Health*. 2018;59:1035-54. <https://doi.org/10.1007/s10943-018-0663-6>
50. Silva GCN, Reis DC, Miranda TPS, Melo RNR, Coutinho MAP, Paschoal GS, et al. Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. *Rev Bras Enferm*. 2019;72(6):1534-40. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0585>

ANEXO B – Texto do *e-mail* de convite

Olá,

Meu nome é Vivian Jilou, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Atenção à Saúde da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, sob orientação da Prof. Dra. Ana Lucia de Assis Simões, e gostaríamos de convidá-lo a participar de nossa pesquisa Fadiga por compaixão em profissionais de saúde: relação com religiosidade/espiritualidade e humanismo secular. Sua participação é importante, pois intencionamos entender a relação entre trabalho e fadiga por compaixão e as possíveis estratégias de enfrentamento deste mal-estar relacionado ao trabalho em saúde. O projeto foi aprovado pelo CEP - UFTM sob o número CAAE 34694920.5.0000.5154 e número do Parecer: 4.284.110.

O tempo de preenchimento é em torno de quinze minutos e o *link* para acesso ao questionário segue abaixo:

https://docs.google.com/forms/d/1zOkt73Rhs_cgO522Q_FR_biJJex9E3NFtoiSbjqUbd0/edit

Em caso de dúvida em relação a esse documento, favor entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Triângulo Mineiro pelo telefone (34) 3700-6803.

A pesquisadora responsável, Ana Lucia de Assis Simões, pode ser contatada por meio do telefone (34) 3700-6004 e *e-mail*: ana.simoed@uftm.edu.br.
Antecipo agradecimentos.

ANEXO C – Obtenção de dados dos participantes

Os dados dos participantes foram obtidos por meio de contato com a Divisão de Gestão de Pessoas da Instituição com formalização de memorando via *e-mail* e com a Divisão de Enfermagem.

• RE: Dados para a realização do projeto de pesquisa Yahoo/Entrada ★

 • **Tatiane Mota Da Silva** <tatiane.mota@ebserh.gov.br>
Para: Vivian Jilou 🖨️ 🔗 qui, 3 de dez. de 2020 às 14:46 ★

Boa tarde Vivian, tudo bem?

Seguem as listas solicitadas.
A primeira planilha é referente aos empregados da Ebserh.
A segunda planilha é referente aos servidores da UFTM.
Filtrei os cargos solicitados e as unidades organizacionais que compreendem os setores pedidos.
Importante frisar que os dados de e-mail e telefones são retirados dos sistemas de admissão; pode ocorrer de muitos terem alterado esses dados e não nos informado para alteração no sistema.

(obs: as planilhas estão inteiras, caso precise de outro setor ou profissional é só retirar os filtros)
os profissionais da UFTM da área da enfermagem em sua grande maioria estão lotados na Divisão de Enfermagem (pois não fizeram processo de realocação).

Atenciosamente,

Tatiane M. Silva
Chefe da Divisão de Gestão de Pessoas
Divisão de Gestão de Pessoas
Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares

Conforme solicitado, com anuência da chefia substituta da Divisão Divisão de Enfermagem, encaminho anexa, planilha com lista de profissionais, com exceção da UTR, em razão do paradigma adotado pela chefia da unidade supracitada de não enviar escalas à Divisão de Enfermagem.

Atenciosamente,

Divisão de Enfermagem
Gerência de Atenção à Saúde
Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro
hctm.ebserh.gov.br | 5217

ANEXO D - Escala de Medida Multidimensional Breve de Religiosidade/
Espiritualidade (BMMRS-P)

BRIEF MULTIDIMENSIONAL MEASURE OF RELIGIOUSNESS/SPIRITUALITY (BMMRS-P)

A) Experiências espirituais diárias

As seguintes questões lidam com as possíveis experiências espirituais. Com que frequência você tem as seguintes experiências:

1- Sinto a presença de Deus.

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maior parte dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

2- Encontro força e conforto na minha religião.

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maior parte dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

3- Sinto profunda paz interior ou harmonia.

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maior parte dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

4- Desejo estar próximo ou em união com Deus.

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maior parte dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

5- Sinto o amor de Deus por mim diretamente ou por meio dos outros.

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias
3. A maior parte dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

6- Sou espiritualmente tocado pela beleza da criação.

1. Muitas vezes ao dia
2. Todos os dias

3. A maior parte dos dias
4. Alguns dias
5. De vez em quando
6. Nunca ou quase nunca

B) Valores/crenças

7- Creio em um Deus que cuida de mim.

1. Concordo totalmente
2. Concordo
3. Discordo
4. Discordo totalmente

8 - Sinto uma grande responsabilidade em reduzir a dor e o sofrimento no mundo.

1. Concordo totalmente
2. Concordo
3. Discordo
4. Discordo totalmente

C) Perdão

Por causa de minhas crenças espirituais ou religiosas:

9- Tenho perdoado a mim mesmo pelas coisas que tenho feito de errado.

1. Sempre ou quase sempre
2. Frequentemente
3. Raramente
4. Nunca

10- Tenho perdoado aqueles que me ofendem.

1. Sempre ou quase sempre
2. Frequentemente
3. Raramente
4. Nunca

11- Sei que Deus me perdoa.

1. Sempre ou quase sempre
2. Frequentemente
3. Raramente
4. Nunca

D) Práticas religiosas particulares

12- Com que frequência você reza (ora) intimamente em lugares que não sejam igreja ou templo religioso?

1. Mais de uma vez ao dia
2. Uma vez ao dia
3. Algumas vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes no mês
6. Uma vez no mês
7. Menos de uma vez ao mês
8. Nunca

13- De acordo com sua tradição religiosa ou espiritual, com que frequência você medita (Intimidade com Deus)?

1. Mais de uma vez ao dia
2. Uma vez ao dia

3. Algumas vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes no mês
6. Uma vez no mês
7. Menos de uma vez ao mês
8. Nunca

14- Com que frequência você assiste ou ouve programas religiosos na TV ou rádio?

1. Mais de uma vez ao dia
2. Uma vez ao dia
3. Algumas vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes no mês
6. Uma vez no mês
7. Menos de uma vez ao mês
8. Nunca

15- Com que frequência você lê a bíblia ou outra literatura religiosa (livros, jornais, revistas e folhetos)?

1. Mais de uma vez ao dia
2. Uma vez ao dia
3. Algumas vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Algumas vezes no mês
6. Uma vez no mês
7. Menos de uma vez ao mês
8. Nunca

16 - Com que frequência são feitas orações ou agradecimentos antes ou após as refeições em sua casa?

1. Em todas as refeições
2. Uma vez ao dia
3. No mínimo uma vez por semana
4. Apenas em ocasiões especiais
5. Nunca

E) Superação Religiosa e Espiritual

Pense a respeito do que você entende e como lida com os principais problemas em sua vida.

Com que intensidade você se vê envolvido nessas maneiras de enfrentá-los?

17- Penso que minha vida faz parte de uma força espiritual maior.

1. Muito
2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

18- Trabalho em união com Deus

1. Muito
2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

19- Vejo Deus como força, suporte e guia.

1. Muito
2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

20- Sinto que Deus me castiga por meus pecados ou falta de espiritualidade.

1. Muito
2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

21- Eu me pergunto se Deus me abandonou.

1. Muito
2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

22- Tento entender o problema e resolvê-lo sem confiar em Deus.

1. Muito
2. Bastante
3. Um pouco
4. Nada

23- O quanto sua religião está envolvida (interessada) na compreensão e na maneira de lidar com situações estressantes (difíceis)?

1. Muito envolvida
2. Pouco envolvida
3. Não muito envolvida
4. Nem um pouco envolvida

F) Suporte Religioso

Essas questões são destinadas a verificar o quanto de ajuda as pessoas de sua comunidade religiosa iriam lhe proporcionar caso você precisasse no futuro.

24- Se você estivesse doente, quantas pessoas de sua comunidade religiosa lhe ajudariam?

1. Muitas
2. Algumas
3. Poucas
4. Nenhuma

25- Quanto conforto as pessoas de sua comunidade religiosa lhe dariam se você estivesse em uma situação difícil?

1. Muito
2. Algum
3. Pouco
4. Nenhum

Às vezes, o contato que temos com os outros nem sempre é agradável.

26- Com que frequência as pessoas de sua comunidade religiosa procuram por você?

1. Frequentemente
2. Muitas vezes
3. De vez em quando
4. Nunca

27 - Com que frequência as pessoas de sua comunidade religiosa criticam você e as coisas que você faz?

1. Frequentemente
2. Muitas vezes
3. De vez em quando
4. Nunca

G) História religiosa/espiritual

28- Você já teve alguma experiência religiosa ou espiritual que mudou a sua vida?

Não Sim

Se SIM, qual era a sua idade quando essa experiência aconteceu? ____

29- Você já teve alguma recompensa com a sua fé?

Não Sim

Se SIM, qual era a sua idade quando essa experiência aconteceu?__

30- Você já teve alguma perda significativa da sua fé?

Não Sim

Se SIM, qual era a sua idade quando essa experiência aconteceu?

H) Comprometimento

31- Eu tento levar fortemente minhas crenças religiosas ao longo de minha vida.

1. Concordo totalmente
2. Concordo
3. Discordo
4. Discordo totalmente

32- Durante o ano passado, você contribuiu financeiramente para a comunidade religiosa ou para as causas religiosas?

Contribuição semanal:

Contribuição mensal:

Contribuição anual:

33- Em uma semana, quantas horas você dedica em atividades da sua igreja ou atividades que você faz por razões religiosas ou espirituais? _____

I) Religiosidade Organizacional

34- Com que frequência você participa de serviços religiosos (rituais, missas, cultos, celebrações)?

1. Mais de uma vez por semana
2. Toda a semana (semanal)
3. Uma ou duas vezes por mês
4. Todo mês (mensal)
5. Uma ou duas vezes por ano
6. Nunca

35- Além dos serviços religiosos, com que frequência você faz parte de outras atividades da igreja e templos religiosos?

1. Mais de uma vez por semana
2. Toda a semana (semanal)
3. Uma ou duas vezes por mês
4. Todo mês (mensal)

5. Uma ou duas vezes por ano

6. Nunca

J) Preferência religiosa

36- Qual é sua religião no momento?

Se evangélico, qual a denominação religiosa?

K) Autoavaliação Global

37- Até que ponto você se considera uma pessoa religiosa?

1. Muito religiosa

2. Moderadamente religiosa

3. Pouco religiosa

4. Nem um pouco religiosa

38- Até que ponto você se considera uma pessoa espiritualizada?

1- Muito espiritualizada

2- Moderadamente espiritualizada

3- Pouco espiritualizada

4- Nem um pouco espiritualizada

ANEXO E – Escala *Professional Quality of Life Scale* (PROQOL-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 tem aspectos positivos e negativos. Gostaríamos de fazer algumas perguntas a respeito das suas experiências. Escolha a opção que melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias. **Considere a sua experiência enquanto profissional de saúde (independentemente do local de trabalho).**

Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	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, sinto-me 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 e procedimentos 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 como poderia ajudá-los.	
q21- Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.	
q22- Acredito que posso fazer diferença por meio do meu trabalho.	
q23- Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras 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.	