

A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares¹

Compassion Fatigue as a Professional Quality of Life Hazard for Hospital Service Workers

- » Silvânia da Cruz BARBOSA² (Universidade Estadual da Paraíba)
- » Sandra SOUZA (Universidade Federal da Paraíba)
- » Jansen Souza MOREIRA (Universidade Estadual da Paraíba)

Resumo Em estudos envolvendo profissões de ajuda, especificamente, a Qualidade de Vida Profissional (QVP) refere-se a quanto o indivíduo se sente bem por ajudar a atenuar o sofrimento alheio. Tal sensação resulta do equilíbrio psicológico entre as experiências positivas no trabalho (satisfação por compaixão) e negativas (fadiga por compaixão). O objetivo dessa pesquisa foi avaliar a qualidade de vida profissional em uma amostra de profissionais de saúde que trabalham em hospitais públicos nas cidades de João Pessoa e Campina Grande (PB). Utilizaram-se como instrumentos o *Professional Quality of Life Scale ProQOL – IV* (validado em estudo local) e uma ficha sociodemográfica. Os dados foram lançados no programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), por meio do qual foram efetuadas estatísticas descritivas (média, porcentagem e desvio-padrão) e análise de *Clusters*. Os resultados identificaram três perfis de QVP: equilibrado, deficitário e moderado. O primeiro e o último perfil estão com a QVP preservada; em contraste, o grupo com perfil deficitário destacou-se como o mais preocupante, visto que foi o único a apresentar indícios da fadiga por compaixão, provavelmente decorrente da excessiva carga horária de trabalho. Como a satisfação por compaixão foi dominante em todos os grupos, e a fadiga por compaixão atingiu apenas 25% da amostra, pode-se concluir que a maioria dos profissionais da saúde possui boa qualidade de vida profissional, sendo tal qualidade sustentada pelo prazer de sentir-se socialmente útil por salvar vidas.

Palavras-chave:

Qualidade de Vida Profissional, satisfação por compaixão, fadiga por compaixão.

Abstract Specifically, in studies concerning care professionals, Professional Quality of Life (PQL) refers to how much the individual feels good by helping to diminish the suffering of others. This sensation results in the psychological balance between the job's positive (Compassion Satisfaction) and negative (Compassion Fatigue) experiences. The objective of this research is to evaluate the professional quality of life of a sample of health care professionals that work in public hospitals in João Pessoa and Campina Grande (PB). We used as instruments: the Professional Quality of Life Scale – ProQOL – IV (validated in a local study) and a Socio-Demographic Questionnaire. Data was analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) program, from which we obtained descriptive statistics (average, percentage, and standard deviation), and cluster analysis. Results identified three PQL profiles: Balanced, Deficient, and Moderate. The first and last profiles have their PQL preserved; in contrast, the Deficient profile group stood out as the most worrisome, since it was the only one to present evidence of Compassion Fatigue, probably due to their excessive workload. Since Compassion Satisfaction was dominant in every group, and Compassion Fatigue affected only 25 percent of the sample, we can conclude that most health care professionals have a good professional quality of life, and this quality is sustained by the pleasure of feeling socially useful when saving lives.

Keywords:

Professional Quality of Life, compassion satisfaction, compassion fatigue.

1 Pesquisa financiada pelo Programa de Incentivo à Pós-graduação e Pesquisa – PROPESQ, Universidade Estadual da Paraíba, Rua das Baraúnas, 35, Campus I, CEP: 58429-500.

2 Endereço para correspondência: Rua Vigário Calixto, 1379. Apto 701, Catolé – CEP 58430-015 – Campina Grande-PB. E-mail: silv.barbosa@gmail.com.

Os profissionais que lidam constantemente com animais ou pessoas em risco de morte, enfermos ou vitimados por situações traumáticas podem ser contagiados pela dor e pelo sofrimento do outro, e desenvolver problemas de saúde como *burnout* e estresse traumático secundário. Esses dois termos, comumente usados para descrever efeitos negativos na saúde, ainda são imprecisos na literatura, mas há evidências empíricas de que suas incidências, mesmo baixas, trazem agravos à saúde física, psíquica e social do indivíduo, podendo repercutir negativamente no serviço que eles fornecem aos usuários e à sua organização.

Refletindo sobre a imprecisão desses termos, estudos recentes sobre a Qualidade de Vida Profissional (Figley, 1995; Stamm, 2002) têm despertado a atenção da comunidade científica para o fato de que agregam uma sintomatologia que pode explicar um tipo de transtorno psíquico, não psicótico, que vem sendo denominado de fadiga por compaixão e que parece acometer, especificamente, profissionais cuidadores. Trata-se de uma síndrome que apresenta sintomas bastante parecidos com o *burnout* e com o estresse traumático secundário; porém, decorre da constante compaixão e cuidado a outrem, causando aos profissionais, ao longo do tempo, um declínio em sua habilidade de experimentar alegria ou sentir preocupação com alguém.

Apesar desse aspecto negativo, um ponto importante é que as profissões de ajuda, por seu caráter altruísta, também são geradoras de prazer. Considerando ambos os aspectos, positivo e negativo, das profissões assistenciais, Stamm (2005) reformulou a escala *Compassion Fatigue Self Test*, elaborada por Figley (1995), incluindo o fator satisfação por compaixão. O novo instrumento, que passou a se chamar *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL – IV), avalia a qualidade de vida dos grupos ocupacionais que exercem trabalhos de ajuda individual ou comunitária a pessoas ou animais em situação de sofrimento. O conceito de qualidade de vida usado pelos autores integra dois aspectos: o positivo, satisfação por compaixão, que ocorre quando o profissional experimenta alegria por ajudar outrem, e o negativo, fadiga por compaixão, que envolve sentimentos de esgotamento emocional e frustração com o trabalho, típicos de *burnout*, como também traumas relacionados ao trabalho, típicos do estresse traumático secundário.

Ressalva-se que o ProQOL – IV não é indicado como teste de diagnóstico, visto que a fadiga por compaixão não consta oficialmente na Classificação Internacional de Doenças (CID – 10) ou no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM – IV). Assim, o instrumento é recomendado para fins de pesquisa, cujos resultados devem ser interpretados como reflexos de que há compromisso e empenho profissional quando as pontuações de satisfação por compaixão forem altas, e de que há prenúncios de desequilíbrio emocional entre indivíduo/organização quando as pontuações de fadiga por compaixão forem altas, sendo que tal desequilíbrio não é de natureza patológica.

Com base nas dimensões positiva e negativa referidas, essa pesquisa avaliou a qualidade de vida profissional em uma amostra de profissionais da saúde (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem) que trabalham em hospitais públicos nas cidades de João Pessoa e Campina Grande (PB). A escolha dessas cidades justifica-se por serem as duas maiores do estado da Paraíba, onde o fluxo de atendimento e internação hospitalar é muito intenso para atender a demanda local, das cidades circunvizinhas e, muitas vezes, de outros estados próximos.

Fadiga por compaixão e satisfação por compaixão: dimensões da qualidade de vida profissional

Fadiga por compaixão é uma síndrome de exaustão biológica, psicológica e social que pode acometer indivíduos que liberam energia psíquica, em forma de compaixão, a outros seres (humanos ou animais) por um período de tempo, sem se sentirem suficientemente recompensados (Figley, 2002a, 2002b). Em termos simples, é um esvanecimento crônico do cuidado e da preocupação com o outro devido ao uso excessivo dos sentimentos de compaixão.

Tal síndrome afeta, mais facilmente, determinadas profissões nas quais o contato com quem sofre seja inevitável e constituinte do cotidiano de trabalho, como é o caso dos profissionais que prestam auxílio a emergências e urgências, como bombeiros, policiais, médicos e enfermeiros; e daqueles que prestam apoio ou assistência em geral e em situações de crise ou trauma, como psicólogos, assistentes sociais, professores, veterinários e advogados (Figley, 2002a, 2002b; Stamm, 2002). Esses profissionais são mais vulneráveis não apenas porque lidam diretamente com pessoas ou animais em sofrimento, mas também porque a empatia e a compaixão são elementos essenciais para a realização eficaz de suas atividades. A compaixão é uma ação altruísta que move o indivíduo a aliviar o desconforto alheio. Por sua vez, a ação altruísta envolve uma preo-

cupação empática (*empathic concern*), que é a capacidade de se colocar na situação do outro (Lago, 2008; Lago & Codo, 2010; Potter et al., 2010).

Para compreender os sintomas da síndrome é preciso apreender o conceito de Qualidade de Vida Profissional (QVP) desenvolvido por Figley (2002a) e Stamm (2005). Para esses autores, a QVP diz respeito, nas ocupações assistenciais, ao quanto o indivíduo se sente bem por poder ajudar pessoas ou animais, comunidade ou nação em situação de risco, dor, crise ou sofrimento. Na maioria das circunstâncias, ações que expressam compaixão e empatia geram custos psicológicos, que, em alguns casos, podem levar o indivíduo ao esgotamento, devido à gradual redução na sua capacidade de suportar a dor e a aflição alheia. Assim, aspectos positivos e negativos exercem forte influência na qualidade de vida dos profissionais cuidadores (*helpers*). Com base nesse raciocínio, os autores formularam um modelo teórico de dois polos, um positivo e outro negativo, relacionados e complementares, representado na Figura 1.

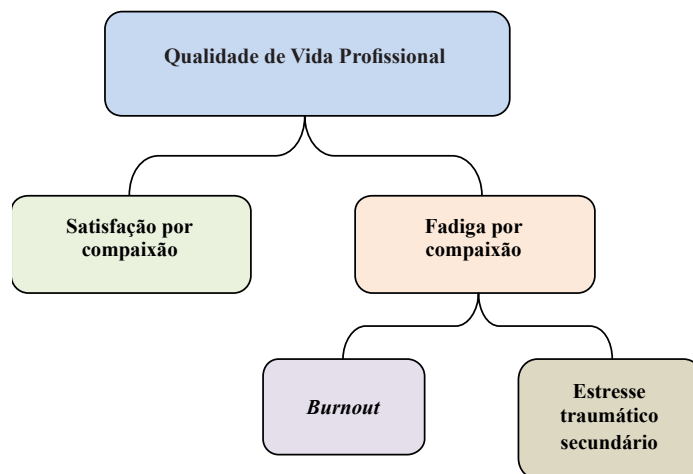


FIGURA 1. Diagrama de Qualidade de Vida Profissional (QVP) apresentado por Stamm (2009, p. 8)

Conforme representado na Figura 1, o polo positivo da QVP, denominado Satisfação por compaixão, diz respeito aos afetos positivos vivenciados no âmbito do trabalho; por exemplo, sentir-se capaz de ajudar, de fazer a diferença, sendo efetivo, atencioso e recompensado em seus esforços no trabalho. O polo negativo, denominado Fadiga por compaixão, é constituído das vivências negativas no trabalho, inerentes à atividade de cuidar. Por sua vez, este segundo polo dividiu-se em duas partes: uma envolve exaustão, frustração e irritabilidade típicas do *burnout*; a outra envolve medos e traumas típicos do estresse traumático secundário, já que o profissional cuidador pode absorver medos e angústias da pessoa que padece.

Sublinha-se que *burnout* é um esgotamento físico e psíquico que surge como reação ao estresse crônico no trabalho (Maslach, 2009; Maslach & Jackson, 1981), enquanto o estresse traumático secundário é um tipo de transtorno psíquico que pode afetar aquelas pessoas que, na tentativa de ajudar alguém vitimado por alguma situação traumática, é acometido indiretamente pela dor do outro (Teixeira, Farci, Sampaio, & Guimarães, 2004). Ao incorporar esses dois conceitos como dimensões constituintes da fadiga por compaixão, Figley (1995) preconiza o uso desse termo, argumentando que ele possui a vantagem de ser menos patologizante e de pôr em evidência o desgaste empático dos profissionais que prestam ajuda humanitária.

Ressalta-se que, no referido modelo de dois polos, o primeiro é entendido como um moderador do segundo, ou seja, ter qualidade de vida profissional significa manter um equilíbrio entre as experiências positivas e negativas no trabalho, de modo que os sentimentos positivos prevaleçam sobre os negativos. Assim, o desequilíbrio entre os polos poderia levar o indivíduo a uma condição de satisfação ou de fadiga, dependendo de como ele vivencia suas experiências laborais no ato de ajudar.

Ressalta-se, ainda, que a delimitação conceitual de QVP diferencia-se de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT), entendida como expressão mais abrangente visto que incorpora múltiplos aspectos, ambientais e subjetivos, considerados geradores de bem-estar. Embora não exista na literatura uma definição aceita de modo unânime, há consenso de que a expressão QVT é geralmente usada para se referir à percepção do indivíduo em relação à vida laboral, ao bem-estar físico e psíquico, sendo tal percepção influenciada por fatores biológicos,

psíquicos e sociais (Limongi-França, 2004; Rodrigues, 1994). Nota-se que ambos os construtos compartilham aspectos fundamentais, como a subjetividade e a presença de múltiplas dimensões positivas e negativas.

Condições de trabalho dos profissionais de saúde em ambiente hospitalar

O hospital é considerado por alguns autores (Faleiro & Vendruscolo, 2006; Kirchhof et al., 2009) um ambiente laboral insalubre devido aos diversos riscos físicos e psicossociais expostos diariamente aos profissionais de saúde. No caso específico dos médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, alguns problemas de saúde mais frequentes são: depressão, angústia, estresse, cansaço físico, problemas com a memória e doenças osteoarticulares relacionadas ao trabalho (Elias & Navarro, 2006; Kirchhof et al., 2009; Oliveira & Murofuse, 2001; Souza et al., 2010). Estes problemas se associam a certas condições de trabalho, como a ambiguidade de funções, a superlotação hospitalar, o contato direto e intenso com pacientes afligidos física e emocionalmente, o exercício de atividades em turnos ampliados e, às vezes, em mais de uma instituição, e o fato de lidar com a presença iminente da morte.

As altas exigências a que esses profissionais estão submetidos constantemente, já que de suas capacidades dependerão o bem-estar do paciente aos seus cuidados, geram tensão contínua e requerem prontidão imediata a qualquer situação inevitável que possa se apresentar, muitas vezes, em caráter de emergência ou urgência. Cada procedimento de trabalho precisa ser infalível, obedecendo a protocolos sistemáticos e integrados na equipe de saúde, já que acidentes e falhas podem ser fatais. Invariavelmente, a tensão ultrapassa a ação exclusiva de cada profissional, sendo partilhada pelo grupo em um esforço conjunto. O hospital, local de contato e envolvimento constante com a dor e a aflição do outro, é também lugar para compaixão e empatia. É necessário exercitar a humanidade, o altruísmo e a determinação em prol da saúde – própria e alheia –, mais do que apenas realizar atividades mecânicas desprovidas de afeto.

Todos esses fatores podem contribuir fortemente para o desgaste psíquico e, em decorrência disso, repercutir negativamente na qualidade de vida da equipe de saúde e nos serviços prestado à sociedade.

MÉTODO

Tipo de estudo e campo de pesquisa

A pesquisa, do tipo descritiva-exploratória e de corte transversal, foi realizada em cinco hospitais públicos, três da cidade de João Pessoa e dois de Campina Grande, cidades consideradas os principais polos urbanos de assistência à saúde no estado da Paraíba. Dois hospitais são referência em maternidade, atenção a gestantes e auxílio neonatal, equipados com UTI pediátrica e equipe multidisciplinar, efetuando, entre outros, atendimentos psicológicos, de fisioterapia e serviço social, além de serem equipados para realização de partos e pré-natais de alto risco. Ambos são considerados pela UNICEF como “hospital amigo da criança” (IParaíba, 2011; Prefeitura Municipal de João Pessoa, s.d.).

Outros dois hospitais são referência em urgências e emergências; um deles é considerado o principal hospital de urgência em especialidades clínicas do estado, com mais de 150 leitos, nove especialidades ambulatoriais que oferecem diversos tipos de exames laboratoriais, e quase mil funcionários; o outro é referência em traumatologia, contando com cerca de 260 médicos, sendo que quase 40 atuam em regime de plantão 24 horas em todas as especialidades de urgência, dispendo de mais de 250 leitos para atender a população (IParaíba, 2012; Prefeitura Municipal de João Pessoa, s.n.).

O quinto hospital possui foco em cirurgias eletivas, dispendo de uma Unidade de Terapia Intensiva (UTI), além de um laboratório especializado para a realização de exames de pré e pós-operatório, composto também por uma equipe multiprofissional que inclui cirurgiões, clínicos gerais, urologistas, ginecologistas, psicólogos, farmacêuticos, bioquímicos, nutricionistas, fisioterapeutas, entre outros (Prefeitura Municipal de João Pessoa, s.n.).

Participantes

A amostra foi composta a partir de uma estratégia acidental não probabilística (Sarriá, Guardiã, & Freixa, 1999), incluindo apenas as pessoas que se dispuseram a colaborar com o estudo; e excluindo aquelas que não se dispuseram, bem como as que estavam legalmente afastadas do trabalho ou ausentes no momento da coleta dos dados. Com base nesse procedimento, obteve-se a participação de 386 profissionais de saúde em pleno

exercício das suas funções, sendo 74 médicos (19,2%), 107 enfermeiros (27,7%) e 205 técnicos de enfermagem (53,1%). A amostra possui as seguintes características principais: 83,2% são do sexo feminino e 16,6% do sexo masculino. A maioria tem de 1 a 2 filhos (28,5%) e 21,5% não têm filhos. A idade variou de 19 a 66 anos, com concentração na faixa de 30 a 40 anos (39,6%). O estado civil da maioria é casado (49,5%), seguido da condição de solteiro (31,1%). O grau de escolaridade predominante é de ensino médio completo (31,9%), seguido dos que possuem pós-graduação (31,3%). Quanto à religião, predominou o catolicismo (59,1%), seguida da religião evangélica (30,3%).

Os dados sócio-ocupacionais indicam que o tempo de experiência profissional concentra-se na faixa de 1 a 15 anos (50,3%), seguido de 16 a 30 anos (28,0%). A maioria possui mais de um emprego (60,6%), público e/ou privado, enquanto 36,8% trabalham exclusivamente em um dos hospitais públicos pesquisados. A renda mensal prevalente variou entre 1 a 4 salários mínimos (63,7%), sendo que 17,1% da amostra possuía renda acima de 10 salários mínimos. Em relação à carga horária de trabalho semanal, 44,8% trabalha até 40 horas, enquanto 41,7% trabalham entre 40 e 80 horas.

Instrumentos

Aplicou-se a versão validada do ProQOL – IV (Barbosa & Souza, 2013) e uma ficha sociodemográfica, reunidos em um mesmo protocolo autoaplicável.

A validação psicométrica do ProQOL – IV (Barbosa & Souza, 2013) foi realizada com base na técnica de análise fatorial, método dos Componentes Principais, com rotação *oblimim*, e análise de correlação e de confiabilidade para cada uma das escalas.

O instrumento ficou constituído por 27 itens distribuídos em três fatores: Satisfação por Compaixão (SC), com *eigenvalue* de 4,69; *Burnout* (BO), com *eigenvalue* de 1,7; e Estresse Traumático Secundário (ETS), com *eigenvalue* de 5,73, explicando conjuntamente 40,47% da variância total. Alerta-se, de acordo com Stamm (2005), que os dois últimos fatores, juntos, medem a fadiga por compaixão. O ponto comum entre esses dois fatores é a angústia, e o que os separa é o medo que está somente no Estresse Traumático Secundário, e não no *Burnout*.

O fator I, Satisfação por Compaixão (Alfa = 0,81), foi composto por nove itens, com cargas positivas, que dizem respeito ao quanto o indivíduo se sente satisfeito em fazer o bem por meio do seu trabalho e recompensado por ajudar o próximo e à sociedade (exemplo de item “Sou feliz por ter escolhido esse trabalho”). O fator II, *Burnout* (Alfa = 0,69), foi composto por sete itens, com cargas negativas (invertidos), que refletem a percepção de dificuldade em fazer o trabalho de modo eficaz, pelo sentimento de desesperança e pela sensação de que seus esforços não fazem diferença (exemplo de item “Sinto-me revigorado após trabalhar com aqueles que atendo”). O fator III, Estresse Traumático Secundário (Alfa = 0,86), foi composto por onze itens, com cargas positivas, que avaliam a vivência indireta do trauma de outrem através do seu trabalho, expressando-se pela retomada constante de imagens do trauma e tentativa de evitar situações que possam recordar o evento (exemplo de item “Eu acho que devo ter sido ‘contaminado’ pelo estresse traumático daqueles a quem eu atendo”).

A escala de respostas do instrumento é do tipo *Likert*, variando de 0 a 5, em que 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = algumas vezes, 3 = frequentemente, 4 = muito frequentemente e 5 = quase sempre, sendo que no fator *Burnout* a escala é invertida. Embora matematicamente o ponto médio da escala seja 2,5, utilizou-se como critério para avaliar os níveis altos e baixos de cada dimensão a repetição dos sintomas presentes nas respostas dos indivíduos. Ou seja, quanto mais os indivíduos apresentarem pontuações iguais ou superiores a 3, “frequentemente”, no polo positivo (SC), melhor sua qualidade de vida profissional, e quanto mais altas as pontuações no polo negativo (ETS e BO), pior sua qualidade de vida profissional.

A ficha sociodemográfica recolheu dados sociobiográficos (sexo, idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, religião) e socio-ocupacionais (tempo de profissão, renda, carga horária de trabalho, número de empregos) com o propósito de caracterizar a amostra.

Procedimentos de coleta dos dados

Os dados foram coletados no próprio local de trabalho dos participantes, de acordo com sua disponibilidade de horário e tempo. O tempo gasto para responder todas as questões foi de aproximadamente 15 minutos. Todos que manifestaram interesse em participar da pesquisa foram informados sobre seus objetivos, sobre o

caráter confidencial das respostas e sobre a voluntariedade da participação, seguindo os procedimentos éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi iniciada quando os pesquisadores responsáveis receberam autorização, por escrito, das Secretarias Municipais de Saúde de João Pessoa e de Campina Grande, bem como aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB, conforme protocolo nº CAAE – 0364.0.133.00-11.

Procedimento de análise dos dados

Os dados foram registrados na forma de banco de dados mediante a utilização do programa *Statistical Package for Social Science* (SPSS), por meio do qual foram aplicadas análises estatísticas descritivas para caracterizar a amostra (média, frequência, desvio-padrão e porcentagem) e análise de *Clusters* (Conglomerados) para identificar semelhanças e diferenças entre as dimensões do ProQOL – IV dentro do grupo e entre os grupos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Qualidade de Vida Profissional da amostra

Para avaliar a Qualidade de Vida Profissional, calculou-se a média individual de cada um dos três fatores integrantes do ProQOL – IV, obtendo-se respectivamente $M = 3,80$ ($DP = 0,71$) para Satisfação por Compaixão, $M = 1,38$ ($DP = 0,89$), para Estresse Traumático Secundário, e $M = 3,02$ ($DP = 0,74$) para *Burnout*. Quando se examinou a distribuição dos escores considerando os intervalos das respostas com frequência menor do que 3 e maior ou igual a 3 (correspondente a opção “frequentemente” na escala de resposta), observou-se que apenas 4,9% da amostra apresenta o sintoma de Estresse Traumático Secundário, 16,1% apresenta-se profissionalmente insatisfeita e 44,8% apresenta *Burnout*, sendo esta última dimensão a que se mostra mais preocupante, atingindo quase metade da amostra (Tabela 1).

TABELA 1. Qualidade de Vida Profissional em profissionais de saúde de hospitais públicos de João Pessoa e de Campina Grande, PB (N = 386).

Fatores	Média < 3	Freq. %	Média ≥ 3	Freq. %	Total	Freq. %
SC – Satisfação por Compaixão	62	16,1	308	79,8	370	100
ETS – Estresse Traum. Secund.	357	92,5	19	4,9	376	100
BO – <i>Burnout</i>	196	50,8	173	44,8	369	100

Para identificar o número de participantes por grupo e conforme os níveis de QVP aplicou-se a técnica de Análise de *Cluster* aos três fatores do ProQOL – IV. Essa técnica divide a amostra em grupos, combinando seus escores atribuídos aos indicadores de QVP, procurando identificar as diferenças significativas entre os grupos e, ao mesmo tempo, as semelhanças dentro do próprio grupo. O resultado (Tabela 2) identificou 347 profissionais de saúde (89,9% da amostra) divididos em três grupos com as seguintes configurações de QVP: equilibrado, deficitário e moderado.

TABELA 2. Combinação dos escores nos diferentes indicadores do ProQol – IV (N = 347).

Indicadores de QVP	Perfis de Qualidade de Vida Profissional		
	Equilibrado	Deficitário	Moderado
SC – Satisfação por Compaixão	3,26	3,75	4,32
ETS – Estresse Traumático Secundário	1,07	2,64	0,87
BO – <i>Burnout</i>	2,40	3,45	3,34
Número de participantes	129	87	131

Nota. A análise de *cluster* mostrou na tabela da Anova que todas as variáveis consideradas na análise são capazes de diferenciar significativamente os grupos ($p \leq 0,001$).

Conforme mostrado na Tabela 2, o primeiro perfil (QVP equilibrado) é o segundo maior grupo da amostra, compartilhado por 129 participantes (33,4%). Este grupo apresenta alta média em SC, e baixas médias em ETS e em BO. A combinação desse resultado é a mais positiva, indicando que o grupo, muito provavelmente,

sente-se apoiado, recebendo incentivos ou lidam melhor com os estressores laborais. A sobrecarga de trabalho pode não ser um dilema para esse grupo, porque sentem-se profissionalmente gratificados por ajudar enfermos e/ou sentem que seus esforços são reconhecidos pelos pacientes, colegas e pela organização.

O segundo perfil reúne o menor número de participantes, 87 profissionais (22,5%), com média alta em SC, moderada em ETS, alta em BO, o que o classifica com a QVP deficitária. Ainda que os níveis de satisfação profissional sejam elevados, essa combinação é a mais preocupante. De acordo com Stamm (2009), as pessoas que apresentam altas pontuações em BO, em qualquer combinação com as outras escalas, não estão apenas em risco pessoal, mas colocam também as suas organizações em risco porque *Burnout* expressa um sentimento de ineficácia e desânimo no trabalho, levando os indivíduos a não se empenharem suficientemente por acharem que seus esforços não valem “a pena”. Esse grupo pode se afastar afetivamente dos pacientes, mesmo que tal desligamento não esteja vinculado ao elemento medo. É possível, também, que os profissionais com esse perfil estejam em contato com enfermos convalescentes, já que apresenta contágio traumático em grau moderado. Destaca-se que o *Burnout* está, muitas vezes, associado a altas cargas de trabalho e, também, à dificuldade de exercer tarefas dentro de sistemas desgastantes e pobres de recursos. Recorda-se que a presente amostra atua em hospitais públicos, superlotados, situados em um dos estados mais pobres do país, atendendo a um público carente pelo Serviço Único de Saúde (SUS), nas duas maiores cidades da Paraíba, onde a oferta dos serviços se estende às cidades circunvizinhas.

O terceiro perfil aglomera 131 profissionais (33,9%), sendo o grupo mais numeroso, cujas pontuações são altas em SC, muito baixas em ETS e altas em BO. Esse grupo apresenta perfil de QVP moderado, visto que apenas os níveis de BO estão comprometidos.

Comparando-se os grupos de profissionais de saúde segundo os perfis de QVP (*Clusters*) por características socio-ocupacionais encontraram-se diferenças significativas apenas nas médias de carga horária ($F(2,318) = 7,014$; $p \leq 0,001$), indicando que os participantes com maior carga horária são os que apresentam perfil deficitário (Tabela 3). No estudo de Carvalho (2011) sobre fadiga por compaixão em profissionais cuidadores de hospitais portugueses, a elevada carga horária também se mostrou problemática, afetando majoritariamente os que apresentaram o sintoma de ETS.

TABELA 3. Síntese geral dos perfis de Qualidade de Vida Profissional e características socio-ocupacionais N (320).

Perfis de Qualidade de Vida Profissional	Variáveis contínuas
	Carga horária
Perfil 1 – Equilibrado	48,7
Perfil 2 – Deficitário	58,1
Perfil 3 – Moderado	47,7
Teste aplicado: Anova	$F = (2,32) = 7,01$; $p \leq 0,01$

A partir desses resultados, observa-se que o grupo 2, com perfil de QVP deficitário, destaca-se como o único que apresenta indícios de Fadiga por Compaixão, uma vez que as duas facetas, ETS e BO, que compõem a síndrome, estão ameaçadas. Embora a elevada carga horária tenha se mostrado evidente em todos os grupos, observa-se que, para o grupo 2, esse indicador da QVP é mais ameaçador. Apesar disso, os resultados demonstram que o polo positivo da QVP, representado pela dimensão SC, foi prevalente na amostra, resguardado para todos os grupos, concluindo que a amostra vem experimentando vivências mais positivas do que negativas no trabalho, sentindo-se recompensada e reconhecida por dedicar esforços em cuidar de enfermos hospitalizados e por fazer um bem humanitário.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa relatada teve como objetivo avaliar a qualidade de vida profissional em uma amostra de profissionais de saúde que trabalham em hospitais públicos nas cidades de João Pessoa e Campina Grande (PB). A esse respeito, os resultados encontrados apontam para a necessidade de um cuidado com o polo negativo da QVP que caracteriza a síndrome da fadiga por compaixão. Embora a maioria (79,8%) dos participantes apresente maior média no polo positivo – satisfação por compaixão –, observaram-se indícios da fadiga por

compaixão em 22,5% da amostra, dimensão da QVP mais influenciada pelo esgotamento emocional (*Burnout*) do que pela absorção dos traumas dos pacientes.

Com base nesses resultados, do ponto de vista organizacional, sugere-se um debate entre os empregados e a gerência hospitalar sobre quais medidas e comportamentos devem ser fortalecidos para elevar a satisfação por compaixão e minimizar a fadiga por compaixão, com foco maior no esgotamento emocional, em busca de melhor qualidade de vida profissional.

Um plano traçado a partir desse debate pode ser mais útil do que simplesmente ditado pela direção organizacional. Isso porque alguns grupos estão dispostos a mudar padrões de comportamento, mas dependem do apoio instrumental e social da organização, dos superiores e dos colegas de trabalho. Outros grupos simplesmente não acreditam na mudança, e outros formulam expectativas e metas inatingíveis ou difíceis de alcançar. No caso específico da amostra, observou-se que a elevada carga horária de trabalho revelou-se um fator ameaçador da QVP. Em situações como essa, é recomendável que seja feita uma reorganização dos esquemas de horário, compatibilizando as necessidades organizacionais e grupais; no entanto, se no ambiente de trabalho houver um número limitado ou insuficiente de profissionais para atender altas demandas de serviço, como é o caso dos hospitais pesquisados, somente o debate consensual possibilitará traçar planos realizáveis dentro de metas reais, e não do ideal almejado.

Ademais, recomenda-se cautela com relação aos resultados encontrados, uma vez que a pesquisa é exploratória e foi realizada em um contexto sociolaboral específico, composto por uma amostra não probabilística, o que implica baixo poder de generalizá-la para outras realidades institucionais ou para outros profissionais de saúde, configurando-se, desse modo, em uma limitação da pesquisa. Para dar conta dessa questão, sugere-se em novos estudos um tipo de amostragem que atenda a um percentual de coleta definida de forma aleatória e proporcionalmente ao tamanho da população estudada. Acrescida a essa limitação, verificou-se uma distribuição não equitativa entre as categorias estudadas, uma vez que pouco mais da metade da amostra foi composta por técnicos de enfermagem, seguidos dos enfermeiros e, em menor número, de médicos. Faz-se necessário ampliar o estudo nas categorias pouco contempladas aqui, pois, embora todas façam parte de uma equipe de profissionais de saúde, existem peculiaridades que podem interferir nos resultados, impossibilitando generalizações. Como bem pontua Carvalho (2011), é possível que o tipo de relação profissional estabelecido com os enfermos tenha alguma influência no surgimento da síndrome da fadiga por compaixão. Embora sejam necessários mais estudos nessa direção, o autor encontrou, em sua pesquisa, que os enfermeiros foram o grupo profissional que apresentou o mais elevado nível médio de ETS.

Ressalta-se, entretanto, que os estudos no Brasil sobre essa síndrome ainda são escassos, e que os estudos internacionais não têm se mostrado concludentes, dificultando estabelecer comparações. Apesar das limitações, a pesquisa insere-se no contexto de uma discussão inovadora na Psicologia Organizacional e do Trabalho, para que seja possível avançar na melhor compreensão e definição dos fatores constituintes da QVP, bem como possibilitar a definição de estratégias e ações que visem minimizar o impacto da fadiga por compaixão no plano pessoal, profissional e institucional.

Os resultados, entretanto, sinalizam a importância de realizar projetos futuros de intervenção que contemplem as variáveis analisadas e auxiliem as instituições hospitalares na busca de uma melhor qualidade de vida no trabalho e de um melhor serviço prestado aos usuários e à sociedade.

REFERÊNCIAS

- Barbosa, S. C., & Souza, S. (2013). *Satisfação e fadiga por compaixão: validação de uma escala para uso em estudos ocupacionais*. Manuscrito não publicado.
- Carvalho, P. R. C. (2011). *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal: tradução e adaptação cultural da escala "Professional Quality of Life 5"*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal. Recuperado em 03 agosto, 2014, de <http://repositorio.ucp.pt/handle/10400.14/8918>
- Elias, M. A., & Navarro, V. L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 14(4), 517-525.
- Faleiro, F. M. T., & Vendruscolo, G. B. B. (2006). *Prevalência de acidentes de trabalho em trabalhadores hospitalares*. Recuperado em 15 agosto, 2013, de http://www.urisan.tche.br/~forumcidadania/pdf/PREVALENCIA_DE_ACIDENTES_DE_TRABALHO.pdf

- Figley, C. R. (1995). *Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized*. New York: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: psychotherapist's chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58(11), 1433-1441.
- Figley, C. R. (2002b). *Treating compassion fatigue*. Recuperado em 8 novembro, 2012, de http://findarticles.com/p/articles/mi_qa4087/is_200410/ai_n9460072/
- IParaíba. (2011). ISEA completa 60 anos de fundação e 15 anos como Hospital "Amigo da Criança". *Paraíba Notícias*. Recuperado em 12 agosto, 2013, de <http://www.iparaiba.com.br/noticias.php?noticia=202863&categoria=38>
- IParaíba. (2012). Hospital de Trauma de Campina Grande ultrapassa 81 mil atendimentos em 2012. *Paraíba Notícias*. Recuperado em 12 agosto, 2013, de <http://www.iparaiba.com.br/noticias.php?noticia=224033&categoria=38&titulo=hospital+de+trauma+de+cg+ultrapassa+81+mil+atendimentos+em+2012>
- Kirchhof, A. L. C., Magnago, T. S. B. S., Camponogara, S., Griep, R. H., Tavares, J. P., Prestes, F. C., & Paes, L. G. (2009). Condições de trabalho, características sociodemográficas e Distúrbios Psíquicos Menores em trabalhadores de Enfermagem. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(2), 215-223.
- Lago, K. C. (2008). *Fadiga por Compaixão: quando ajudar dói*. Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil. Recuperado em 12 julho, 2011, de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/1291>
- Lago, K., & Codo, W. (2010). *Fadiga por Compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Petrópolis: Vozes.
- Limongi-França, A. C. (2004). *Qualidade de vida no trabalho – QVT: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial*. São Paulo: Atlas.
- Maslach, C. (2009). Comprendiendo el burnout. *Revista Ciencia & Trabajo*, 11(32), 37-43. Retirado de www.cienciaytrabajo.cl
- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.
- Oliveira, B. R. G., & Murofuse, N. T. (2001). Acidentes de trabalho e doença ocupacional: estudo sobre o conhecimento do trabalhador hospitalar dos riscos à saúde de seu trabalho. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(1), 109-115.
- Potter, P., Deshields, T., Divanbeigi, J., Berger, J., Cipriano, D., Norris, L., & Olsen, S. (2010). Compassion fatigue and burnout: prevalence among oncology nurses. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 14(5), 56-62.
- Prefeitura Municipal de João Pessoa. *Saúde*, [s.n.]. Recuperado em 23 agosto, 2013, de <http://www.joaopessoa.pb.gov.br/governo/numeros/saude/>
- Rodrigues, M. V. C. (1994). *Qualidade de Vida no Trabalho: evolução e análise no nível gerencial*. Petrópolis: Vozes.
- Sarriá, A., Guardiã, J., & Freixa, M. (1999). *Introducción a la estadística en Psicología*. Barcelona: Ediciones de la Universitat de Barcelona.
- Souza, S. S., Costa, R., Shiroma, L. M. B., Maliska, I. C. A., Amadigi, F. R., Pires, D. E. P., & Ramos, F. R. S. (2010). Reflexões de profissionais de saúde acerca do seu processo de trabalho. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 12(3), 449-455.
- Stamm, B. H. (2002). *Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test*. New York: Brunner-Routledge.
- Stamm, B. H. (2005). *The ProQOL Manual*. Recuperado em 8 novembro, 2013, de <http://www.compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf>
- Stamm, B. H. (2009). *The Concise ProQOL Manual*. Recuperado em 20 agosto, 2013, de http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf
- Teixeira, N. T., Farci, M. S., Sampaio, A. L. P., & Guimarães, L. A. M. (2004). Transtorno por estresse pós-traumático relacionado ao trabalho. In L. L. A. Guimarães (Org.), *Série Saúde Mental e Trabalho* (pp.119-130). São Paulo: Casa do Psicólogo.