

PERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL DE UMA EQUIPE DE REABILITAÇÃO

PERCEPTION OF THE QUALITY OF PROFESSIONAL LIFE OF A REHABILITATION TEAM

SILVA, Laura Caroline Gonçalves da¹

TELES, Grazielle Lopes²

MACHADO, Cristiane Soto³

SILVA, Francine Aguilera Rodrigues da⁴

1 – Psicóloga, Residente Multiprofissional em Saúde Funcional e Reabilitação, Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, Goiânia-GO, Brasil. E-mail: psi.laura.go@gmail.com

2 – Psicóloga, Mestre, Tutora de psicologia do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Funcional e Reabilitação, Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, Goiânia-GO, Brasil.

3 – Psicóloga, Mestre, Supervisora de ensino e pesquisa do Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, Goiânia-GO, Brasil.

4 – Fisioterapeuta, Doutora, Tutora de campo do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde Funcional e Reabilitação, Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo – CRER, Goiânia-GO, Brasil.

RESUMO

Introdução: Na saúde, o conceito de Qualidade de Vida Profissional (QVP) é utilizado para avaliar a influência que o trabalho exerce sobre o indivíduo, através da compaixão. Abrange duas dimensões, Satisfação por Compaixão e Fadiga por Compaixão. Reconhece-se que profissionais que atuam diretamente com a dor e o sofrimento alheio podem sofrer impacto na qualidade de vida.

Objetivo: Investigar a percepção da QVP no trabalho de uma equipe multiprofissional de um hospital de reabilitação. **Método:** Pesquisa transversal, analítica e exploratória. Amostra aleatória por conveniência, composta por 40 profissionais da saúde que atuavam no setor de enfermagem de reabilitação do hospital, elegidos conforme os critérios pré-estabelecidos. Os instrumentos utilizados foram o Questionário Sociodemográfico e a *Professional Quality of Life Scale (ProQOL)-Escala-BR*. A coleta de dados ocorreu de forma remota, através do aplicativo *WhatsApp*® e foi viabilizada pelo *Google Forms*®. Os dados foram analisados por meio de estatística descritiva e inferencial. **Resultados:** Constatou-se níveis adequados de QVP na equipe de reabilitação, 47,5% apresentaram alto nível de satisfação por compaixão, enquanto não foram observados altos níveis de fadiga por compaixão. Quando analisadas as influências sociodemográficas, foram observadas significâncias estatísticas entre as variáveis satisfação por compaixão e sexo ($p=0,021$) e alteração

do apetite com estresse traumático secundário ($p=0,006$). **Conclusão:** Verificou-se a prevalência de percepções equilibradas de QVP para a equipe de reabilitação analisada. Esse resultado demonstra a necessidade de investigações posteriores sobre as influências da organização e das condições ergonômicas, considerando o setor de atuação.

Palavras-chave: Saúde do trabalhador; Profissional da saúde; Qualidade de vida; Fadiga por compaixão; Burnout.

ABSTRACT

Introduction: In health, the concept of Professional Quality of Life (QVP) is used to assess the influence that work has on the individual, through compassion. It encompasses two dimensions, Satisfaction by Compassion and Fatigue by Compassion. It is recognized that professionals who work directly with the pain and suffering of others can suffer an impact on quality of life. **Objective:** To investigate the perception of QVP in the work of a multidisciplinary rehabilitation team at a rehabilitation hospital. **Method.** Cross-sectional, analytical and exploratory research. Random sample for convenience, composed of 40 health professionals who worked in the rehabilitation ward of the hospital, chosen according to pre-established criteria. The instruments used were the Sociodemographic Questionnaire and the ProQOL-BR Scale. Data collection took place remotely, through the WhatsApp® application and was made possible by Google Forms®. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics. **Results:** Adequate levels of QVP were found in the rehabilitation team, 47.5% had a high level of compassion satisfaction, while high levels of compassion fatigue were not observed. When sociodemographic influences were analyzed, statistical significance was observed between the variables satisfaction with compassion and sex ($p=0.021$) and change in appetite with secondary traumatic stress ($p=0.006$). **Conclusions:** There was a prevalence of balanced QVP perceptions for the analyzed rehabilitation team. This result demonstrates the need for further investigations into the influences of organization and ergonomic conditions, considering the sector in which they operate.

Keywords: Occupational health; Health personnel; Quality of life; Compassion fatigue; Burnout.

INTRODUÇÃO

Atualmente, nota-se um crescente interesse na investigação da influência que o trabalho exerce sobre o indivíduo, e como ele pode contribuir para a qualidade de vida. Nos setores industriais e tecnológicos, comumente utiliza-se o conceito de Qualidade de Vida no Trabalho (QVT). Já na área da saúde, encontra-se também o conceito de Qualidade de Vida Profissional (QVP), que ainda é recente e pouco citado na literatura brasileira¹.

A qualidade de vida profissional é considerada como a percepção de equilíbrio entre os aspectos positivos e negativos decorrentes do envolvimento através da compaixão de um profissional, que desenvolve sua atividade laboral em situações impactantes, denominado como “*helper*”. Possui duas dimensões principais, a Satisfação por Compaixão e a Fadiga por Compaixão, sendo o *Burnout* e o Estresse Traumático Secundário elementos que compõem a fadiga².

Tomando como base a teoria da Psicodinâmica do Trabalho, que investiga as relações entre trabalho

e saúde mental, Dejours analisa a dinâmica entre sofrimento e o reconhecimento no trabalho, concluindo que trabalhar possibilita a realização de si mesmo, repercutindo na saúde mental e física, podendo contribuir para a manutenção da saúde ou para sua desestabilização, ocasionando impactos na qualidade de vida do trabalhador³.

Desse modo, a psicodinâmica do trabalho investiga a relação prazer-sofrimento e saúde mental-adoecimento com os possíveis desfechos do sofrimento, que foram denominados por Dejours como sofrimento criativo e sofrimento patogênico, nesse ponto associado às duas dimensões principais definidas pela qualidade de vida profissional: a satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão³.

Vale ressaltar que a atuação na área da saúde exige do profissional o acesso à dor alheia, sendo a empatia o elemento central, e a compaixão consequência dessa condição, que é essencial dentro deste contexto de trabalho, porém pode ser causadora de impactos à saúde mental⁴. Analogamente, a perspectiva Dejouriana adverte que a relação do sofrimento com o trabalho faz parte da construção da identidade do sujeito, sendo o sofrimento inerente à subjetividade. E enfatiza que o reconhecimento é essencial aos trabalhadores, como forma de evitar o adoecimento³.

Diante de uma visão humanista, destaca-se que o grande desafio se encontra na habilidade que o profissional da saúde precisa desenvolver, sendo necessário um equilíbrio na partilha da dor do outro, para que isto não lhe provoque adoecimento⁵. Dessa forma, a dimensão satisfação por compaixão pode ser entendida como o prazer decorrente da capacidade de exercer bem seu trabalho na remissão da dor alheia, com sentimentos positivos de que a atividade profissional proporciona recompensas, e atua como moderadora da fadiga por compaixão⁶.

Em relação à fadiga por compaixão, ela acontece no momento em que os profissionais apresentam respostas somáticas ou defensivas em relação ao trabalho, quando não conseguem lidar de maneira saudável com os sentimentos negativos decorrentes do sofrimento dos pacientes que eles cuidam⁷. É importante salientar que o fenômeno da fadiga por compaixão influencia negativamente a qualidade de vida e a satisfação dos profissionais da saúde com a atuação no contexto hospitalar, e que

melhores condições para o trabalho na área da saúde traduzem-se em qualidade de serviço e melhoria do desempenho dos profissionais⁸.

Nesta conjuntura, pesquisas apontam que sobrecargas físicas e mentais são conceitos que andam juntos no ambiente de trabalho de um profissional da saúde, sobretudo se tratando de uma equipe multiprofissional, que atua diretamente com a dor e o sofrimento alheio, tais como, médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e demais profissionais, sendo estes suscetíveis à fadiga por compaixão, logo, podem sofrer impacto em sua percepção da qualidade de vida profissional⁷⁻¹⁰.

A pandemia da COVID-19 vem sendo considerada a maior emergência de saúde pública que a comunidade internacional enfrenta em décadas. Nesse cenário, além de todas as questões já presentes na área da saúde, nota-se a intensificação dos impactos na qualidade de vida no ambiente hospitalar. Diversos profissionais da saúde, não raramente, manifestam uma espécie de desencanto e cansaço que implicam situação de abandono e de desesperança, falta de expectativa no trabalho e maior dificuldade no seu enfrentamento. Portanto, evidencia-se a necessidade iminente da realização de investigações e intervenções psicológicas durante e após a vigência da pandemia para minimizar as implicações negativas e promover a saúde mental dos trabalhadores em saúde¹¹.

Dessa forma, a elaboração deste estudo se justifica pela necessidade de aprofundar em temáticas referentes à qualidade de vida, para além dos profissionais de enfermagem ou médicos, levando-se em consideração que a grande ênfase encontrada na literatura foi relacionada a essas categorias profissionais.

Nesse sentido, objetivou-se investigar a percepção da qualidade de vida profissional no trabalho de uma equipe multiprofissional de um hospital de reabilitação, que trabalhava diretamente com os pacientes de reabilitação, em 2022, após dois anos de enfrentamento de um período pandêmico.

MÉTODOS

Trata-se de uma pesquisa transversal, analítica e exploratória, realizada em um centro estadual de

reabilitação e readaptação de Goiânia. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Excelência em Ensino, Pesquisas e Projetos Leide das Neves, sob número de parecer 5.403.728.

A amostra foi aleatória, por conveniência, composta por 40 profissionais da saúde, que atenderam aos critérios de inclusão e exclusão pré-estabelecidos. O estudo aconteceu no setor de enfermaria de reabilitação do hospital, que é uma unidade de alta complexidade, referência na reabilitação e readaptação de pessoas com deficiências provenientes do Sistema Único de Saúde (SUS). Para viabilização da coleta de dados, inicialmente, a pesquisadora realizou um levantamento dos profissionais da saúde atuantes no setor, junto aos supervisores, para triagem primária.

Foram incluídos no estudo profissionais da área da saúde, com registro ativo e em regularidade no conselho profissional, que atuavam na assistência ao paciente de reabilitação, no setor de enfermaria do hospital de reabilitação no momento da coleta de dados, durante o período de junho a agosto de 2022. Estes profissionais se dispuseram a participar do estudo de maneira voluntária e, após esclarecimento sobre os procedimentos utilizados na pesquisa, concordaram com o que estava estabelecido no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); e foram excluídos aqueles que atuavam há menos de três meses no hospital, bem como os que estavam legalmente afastados do trabalho ou ausentes durante a coleta de dados.

A coleta de dados foi realizada de forma remota, através do aplicativo de mensagens *WhatsApp*®. Os participantes foram convidados e os que aceitaram e concordaram com o que estava estabelecido no TCLE, foram direcionados a responder o questionário e a escala, por meio da plataforma online de formulários *Google Forms*®. Optou-se por utilizar esta ferramenta remota para facilitar o processo de coleta de dados e não implicar em prejuízo à rotina de trabalho, além de evitar o risco de contaminação e disseminação do vírus Sars-COV-2.

Os instrumentos utilizados para a realização do presente estudo foram: questionário sociodemográfico, elaborado pela pesquisadora, usado para caracterizar a amostra; e a Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-BR) para a avaliação da qualidade de vida dos

profissionais da saúde.

O questionário sociodemográfico investigou os seguintes dados: sexo, idade, escolaridade, profissão, estado civil, composição familiar, renda individual e familiar, quantidade e tipo de vínculo empregatício, carga horária de trabalho, tempo de atuação na área da saúde, atuação durante a pandemia de COVID-19, acompanhamento psicológico/psiquiátrico e alteração do sono e do apetite.

A Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-BR) foi traduzida, adaptada e validada de forma semântica e psicométrica para a população brasileira, entretanto, não foi publicado parâmetros de interpretação dos dados do ProQol-BR, dessa forma, os resultados foram analisados de acordo com as recomendações apresentadas pelo Manual para avaliação do *Professional Quality of Life Scale* (ProQol-V), conforme adotado por pesquisas similares que utilizam o mesmo instrumento^{2,7,12}.

Na versão brasileira, a escala é composta por 28 questões, distribuídas em 3 (três) fatores: satisfação por compaixão, estresse traumático secundário e *burnout*, sendo estes dois últimos componentes da fadiga por compaixão. Trata-se de uma escala Likert de 5 pontos, aos quais os participantes responderam assinalando uma das cinco respostas possíveis (1 = raramente; 2 = poucas vezes; 3 = algumas vezes; 4 = muitas vezes; e 5 = quase sempre)⁷.

Os itens da questão 3, 6, 12, 16, 18, 20, 22, 24, 27 e 30, que totalizam 10 questões da escala, representam o primeiro fator classificado como Satisfação por Compaixão. Os itens 1, 4, 8, 10, 11, 15, 17, 19, 21 e 26 são 9 questões que avaliam o *Burnout*. E os itens 2, 5, 7, 9, 11, 13, 14, 23 e 25 correspondem ao fator Estresse Traumático Secundário composto por 9 questões. Para a correção do ProQOL-BR, o primeiro passo é reverter o valor dos itens 1, 4, 15 e 17. Após isso, deve-se somar os itens por subescalas, com isso será obtido o escore total de cada subescala, sendo necessário converter a pontuação bruta em uma pontuação *t*.

Com os resultados, considera-se baixo, quando o valor for igual ou menor que 22; moderado, se o valor for entre 23 e 41; e alto, quando o valor estiver igual ou superior a 42. Desse modo, entende-

se que pontuações altas no polo positivo representam melhor percepção de qualidade de vida profissional, enquanto pontuações altas no polo negativo, indicam pior qualidade de vida profissional.

Os dados obtidos foram processados com o programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para Windows versão 21.0, e analisados por meio da estatística descritiva e inferencial.

As variáveis escalares foram apresentadas em média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Para verificar a normalidade das variáveis escalares, foram aplicados o teste Kolmogorov-Smirnov e o teste de Shapiro-Wilk. Em ambos os testes, variáveis com valores de $p \geq 0,05$ foram considerados com distribuição normal. Para a comparação das distribuições de variáveis escalares não paramétricas foi utilizado o Teste Mann-Whitney.

As variáveis nominais foram apresentadas em frequência absoluta e relativa, e as diferenças analisadas pelo Teste do Qui-quadrado, Teste exato de Fisher ou Teste Fisher-Freeman-Halton com a probabilidade bilateral calculada pelo Teste Monte-Carlo, conforme indicação de cada teste estatístico. Em todos os casos adotou-se o nível de significância de 5% ($p \leq 0,05$).

RESULTADOS

Foram avaliados 40 profissionais de uma equipe multiprofissional, com idade média de 32 anos, variando de 22 a 51 anos. Os participantes desta pesquisa possuem as seguintes características principais: 34 (85%) são predominantemente do sexo feminino, sendo que 25 (62,5%) estão solteiros/divorciados e a maioria 27 (67,5%) não possui filhos.

O grau de escolaridade predominante foi especialização/residência concluída (40,0%). E a faixa salarial individual da maioria concentrava-se entre 3 a 5 salários mínimos (67,5%), enquanto a renda familiar mensal declarada entre 1 a 2 salários mínimos, foi observada em apenas 2 (5,0%) dos participantes. As características sociodemográficas encontram-se na Tabela 1.

Tabela 1: Caracterização sociodemográfica dos profissionais participantes do estudo (N = 40)

	n	(%)
Sexo		
Feminino	34	85,0
Escolaridade		
Ensino superior completo	5	12,5
Especialização/residência em andamento	15	37,5
Especialização/residência concluída	16	40,0
Mestrado	4	10,0
Profissão		
Enfermeiro(a)	9	22,5
Psicólogo(a)	6	15,0
Fonoaudiólogo(a)	6	15,0
Terapeuta ocupacional	5	12,5
Fisioterapeuta	4	10,0
Assistente social	4	10,0
Nutricionista	3	7,5
Médico	3	7,5
Vínculo empregatício		
CLT	27	67,5
Estado civil		
Solteiro/Divorciado	25	62,5
Possui filhos		
Não	27	67,5
Renda familiar mensal		
1-2 salários mínimos	2	5,0
3-5 salários mínimos	19	47,5
≥ 6 salários mínimos	19	47,5
Carga horária semanal		
≥ 60 horas	21	52,5
Tempo trabalhando na área da saúde		
1-5 anos	24	60,0
6-10 anos	5	12,5
> 10 anos	11	27,5

Fonte: autoria própria.

Legenda. n: Frequência absoluta; %: Frequência relativa.

No que se refere à distribuição por categoria profissional, a amostra foi composta por 22,5% enfermeiros, 15,0% psicólogos, 15,0% fonoaudiólogos, e 47,5% eram profissionais de outras áreas (assistentes sociais, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, e terapeutas ocupacionais), sendo evidente a presença de uma equipe multiprofissional, conforme pode ser visto na Tabela 1.

Em relação às características ocupacionais, constatou-se que 67,5% possuem vínculo empregatício de CLT, e 32,5% são residentes. A maioria dos participantes, 60% do total da amostra, está atuando na área da saúde há menos de 6 anos, sendo que 12,5% estão entre 6-10 anos na área e 27,5% há mais de 10 anos. Destaca-se que 75% não possuem mais de um vínculo empregatício, porém 52,5% cumprem carga horária semanal acima de 60 horas, provavelmente justificados pela inclusão de residentes no estudo.

A caracterização referente aos profissionais em função da atuação no enfrentamento da Covid-19 demonstrou que 72,5% da amostra atuaram nesse contexto. Concernente às características que envolvem a necessidade de apoio psicológico/psiquiátrico, 57,5% informaram que já realizaram ou estão em acompanhamento psicológico e 30% já fizeram ou fazem acompanhamento psiquiátrico. Sobre a dificuldade ou alteração do sono e do apetite, 50% da população estudada evidenciam dificuldade ou alteração do sono, e 37,5% apresentam alteração do apetite.

As pontuações das dimensões da Qualidade de Vida Profissional avaliada pelo ProQol-BR, encontram-se na Tabela 2. As estatísticas descritivas apresentadas evidenciam níveis adequados de qualidade de vida profissional. Foi observado que 47,5% dos profissionais da saúde apresentaram alto nível de satisfação por compaixão e nenhum dos participantes apresentaram alto nível de *burnout* e estresse traumático secundário.

No que concerne à satisfação por compaixão, conforme observado na Tabela 2, o nível moderado foi prevalente na população estudada (52,5%), indicando percepções de prazer e sentimentos positivos referente ao trabalho como profissional de saúde.

Quanto aos níveis de *burnout*, as pontuações variaram entre 13 e 32, revelando o predomínio de 57,5% da amostra com nível baixo nessa dimensão, enquanto 42,5% apresentaram nível moderado. Esses resultados apontam a possibilidade de sentimentos ligados à desesperança e prováveis dificuldades em lidar com o trabalho ou de fazê-lo com êxito.

Em seguida, na dimensão de estresse traumático secundário, as pontuações foram entre 10 e 34, sendo perceptível que, a maioria 67,5% demonstrou índice baixo. Esse domínio indica a presença

de sentimentos de medo e trauma no exercício profissional, e o seu resultado em conjunto com o *burnout* compreende a fadiga por compaixão. Informações mais detalhadas podem ser consultadas na Tabela 2.

Tabela 2: Pontuações e nível de satisfação por compaixão, *burnout* e estresse traumático secundário do questionário ProQol-BR, nos participantes do estudo (N=40).

	Quantitativo	n (%)
Satisfação por compaixão		
Média ± desvio padrão	41,08 ± 5,33	-----
Baixo (≤ 22)	-----	0 (0,0)
Moderado (23-41)	-----	21 (52,5)
Alto (≥ 42)	-----	19 (47,5)
Burnout		
Média ± desvio padrão	22,20 ± 5,01	-----
Baixo (≤ 22)	-----	23 (57,5)
Moderado (23-41)	-----	17 (42,5)
Alto (≥ 42)	-----	0 (0,0)
Estresse traumático secundário		
Média ± desvio padrão	20,35 ± 6,03	-----
Baixo (≤ 22)	-----	27 (67,5)
Moderado (23-41)	-----	13 (32,5)
Alto (≥ 42)	-----	0 (0,0)

Fonte: autoria própria.

Legenda. n: Frequência absoluta; %: Frequência relativa.

Quando analisadas as diferenças em relação à associação dos níveis de satisfação por compaixão, *burnout* e estresse traumático secundário entre os dados sociodemográficos, de acordo com a indicação de cada teste estatístico, foram observadas significâncias estatísticas somente nas variáveis sexo e alteração do apetite.

A avaliação da associação entre o nível de satisfação por compaixão e as características sociodemográficas dos profissionais incluídos no estudo encontra-se na Tabela 3. Foi observada

associação apenas entre o nível de satisfação por compaixão e o sexo ($p=0,021$), na qual 100% dos indivíduos homens foram classificados como moderados.

Tabela 3: Avaliação da associação entre o nível de satisfação por compaixão e as características sociodemográficas dos profissionais incluídos no estudo ($N = 40$).

	Satisfação por compaixão		p
	Moderado n=21	Alto n=19	
Idade			
Média \pm desvio padrão	31,8 \pm 7,2	34,2 \pm 8,7	0,309 ^a
Sexo			
Masculino	6 (100,0)	0 (0,0)	0,021 ^b
Feminino	15 (44,1)	19 (55,9)	
Tempo trabalhando na área da saúde			
1-5 anos	15 (62,5)	9 (37,5)	0,200 ^c
6-10 anos	1 (20,0)	4 (80,0)	
>10 anos	5 (45,5)	6 (54,5)	
Atuação no enfrentamento da Covid19			
Não	8 (72,7)	3 (27,3)	0,115 ^d
Sim	13 (44,8)	16 (55,2)	
Fez/faz acompanhamento psicológico			
Não	9 (52,9)	8 (47,1)	0,962 ^d
Sim	12 (52,2)	11 (47,8)	
Fez/faz acompanhamento psiquiátrico			
Não	17 (60,7)	11 (39,3)	0,112 ^d
Sim	4 (33,3)	8 (66,7)	
Apresenta dificuldade ou alteração do sono			
Não	11 (55,0)	9 (45,0)	0,752 ^d
Sim	10 (50,0)	10 (50,0)	
Apresenta alteração do apetite			
Não	13 (52,0)	12 (48,0)	0,935 ^d
Sim	8 (53,3)	7 (46,7)	

Fonte: autoria própria. / **Legenda.** n: Frequência absoluta; %: Frequência relativa. Testes estatísticos: (a) Teste *Mann-Whitney*; (b) Teste Exato de *Fisher*; (c) Teste *Fisher-Freeman-Halton*; (d) Teste Qui-quadrado. Porcentagem em relação à linha.

Na associação entre o nível de *burnout* e as características sociodemográficas dos profissionais não foram observadas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos (Tabela 4).

Tabela 4: Avaliação da associação entre o nível de *burnout* e as características sociodemográficas dos profissionais incluídos no estudo (N = 40).

	<i>Burnout</i>		p
	Baixo n=23	Moderado n=17	
Idade			
Média ± desvio padrão	34,8 ± 8,7	30,4 ± 6,1	0,090 ^a
Sexo			
Masculino	3 (50,0)	3 (50,0)	1,000 ^b
Feminino	20 (58,8)	14 (41,2)	
Tempo trabalhando na área da saúde			
1-5 anos	15 (62,5)	9 (37,5)	0,225 ^c
6-10 anos	1 (20,0)	4 (80,0)	
>10 anos	7 (63,6)	4 (36,4)	
Atuação no enfrentamento da Covid19			
Não	8 (72,7)	3 (27,3)	0,297 ^b
Sim	15 (51,7)	14 (48,3)	
Fez/faz acompanhamento psicológico			
Não	8 (47,1)	9 (52,9)	0,251 ^d
Sim	15 (65,2)	8 (34,8)	
Fez/faz acompanhamento psiquiátrico			
Não	17 (60,7)	11 (39,3)	0,530 ^d
Sim	6 (50,0)	6 (50,0)	
Apresenta dificuldade ou alteração do sono			
Não	13 (65,0)	7 (35,0)	0,337 ^d
Sim	10 (50,0)	10 (50,0)	
Apresenta alteração do apetite			
Não	17 (68,0)	8 (32,0)	0,083 ^d
Sim	6 (40,0)	9 (60,0)	

Fonte: autoria própria. / **Legenda.** n: Frequência absoluta; %: Frequência relativa. Testes estatísticos: (a) Teste *Mann-Whitney*; (b) Teste Exato de *Fisher*; (c) Teste *Fisher-Freeman-Halton*; (d) Teste *Qui-quadrado*. Porcentagem em relação à linha.

A avaliação da associação entre o nível de estresse traumático secundário e as características sociodemográficas dos profissionais incluídos no estudo encontram-se na Tabela 5. Foi observada

associação entre o nível de estresse traumático secundário e alteração de apetite ($p=0,006$), sendo que dos indivíduos que relataram ausência de alteração do apetite, 84% foram classificados com baixo nível de estresse.

Tabela 5: Avaliação da associação entre o nível de estresse traumático secundário e as características sociodemográficas dos profissionais incluídos no estudo (N = 40).

	Estresse traumático secundário		p
	Baixo n=27	Moderado n=13	
Idade			
Média ± desvio padrão	32,3 ± 7,9	34,4 ± 8,1	0,475 ^a
Sexo			
Masculino	5 (83,3)	1 (16,7)	0,643 ^b
Feminino	22 (64,7)	12 (35,3)	
Tempo trabalhando na área da saúde			
1-5 anos	19 (79,2)	5 (20,8)	0,075 ^c
6-10 anos	2 (40,0)	3 (60,0)	
>10 anos	6 (54,5)	5 (45,5)	
Atuação no enfrentamento da Covid19			
Não	8 (72,7)	3 (27,3)	1,000 ^b
Sim	19 (65,5)	10 (34,5)	
Fez/faz acompanhamento psicológico			
Não	11 (64,7)	6 (35,3)	0,746 ^d
Sim	16 (69,6)	7 (30,4)	
Fez/faz acompanhamento psiquiátrico			
Não	20 (71,4)	8 (28,6)	0,476 ^b
Sim	7 (58,3)	5 (41,7)	
Apresenta dificuldade ou alteração do sono			
Não	15 (75,0)	5 (25,0)	0,501 ^d
Sim	12 (60,0)	8 (40,0)	
Apresenta alteração do apetite			
Não	21 (84,0)	4 (16,0)	0,006 ^b
Sim	6 (40,0)	9 (60,0)	

Fonte: autoria própria / **Legenda.** n: Frequência absoluta; %: Frequência relativa. Testes estatísticos: (a) Teste *Mann-Whitney*; (b) Teste Exato de *Fisher*; (c) Teste *Fisher-Freeman-Halton*; (d) Teste Qui-quadrado. Porcentagem em relação à linha.

DISCUSSÃO

Esse estudo teve como amostra uma equipe multiprofissional constituída por 40 profissionais da saúde, atuantes em um hospital de reabilitação, e foi composta por diversas especialidades, como enfermeiros (22,5%), psicólogos (15,0%), fonoaudiólogos (15,0%), e 47,5% profissionais de outras

áreas (assistentes sociais, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas e terapeutas ocupacionais). Essa composição evidencia a presença de uma equipe multiprofissional, o que permite uma assistência integral aos pacientes quando comparada ao modelo biomédico tradicional, que destaca a figura do médico^{5,13,14}.

No trabalho de uma enfermagem de reabilitação, a atuação em equipe é considerada como fundamental para a qualidade dos serviços prestados^{15,16}. Para além da presença de múltiplas profissões, deve existir a interdisciplinaridade, apontada como uma tendência atual da prática em saúde¹³, pois possibilita que os profissionais reflitam sobre suas fraquezas e potencialidades, proporcionando uma prática resiliente e propiciando o uso de recursos de enfrentamentos adequados no contexto da assistência em saúde^{5,15}. Na instituição em que a pesquisa foi realizada, o modelo de reabilitação praticado se baseia em três pilares, sendo eles a abordagem interdisciplinar, o plano de intervenção individualizado e o modelo de interdependência¹⁶.

Essa prática de atuação em equipe que acontece na instituição analisada, foi apontada por pesquisas recentes como fator de proteção^{10,17}. Acredita-se que quando as pessoas trabalham juntas, trocando experiências, com objetivos comuns, embora vivenciem situações estressantes, a complementaridade e interação visando exclusivamente o benefício do paciente, pode contribuir significativamente na qualidade de vida dos profissionais^{14,16}. Em uma revisão de literatura, foram observadas práticas semelhantes ao programa de reabilitação analisado, onde foi citado que a realização de reuniões de forma sistemática, nas quais são possíveis discutir os casos e compartilhar emoções subjacentes, reforça aspectos motivacionais no trabalho e propicia percepções adequadas de qualidade de vida profissional¹⁰.

Em relação às principais características sociodemográficas observadas no estudo, constatou-se que a maioria eram mulheres adultas e sem filhos, condizente com o perfil das equipes de saúde no Brasil^{9,10,12,18,19}. Referente ao estado civil, destacou-se a presença de profissionais solteiros/divorciados, resultados que divergem de outras pesquisas, onde a maioria da amostra foi composta por profissionais casados ou vivendo em união estável^{9,10,12,15,18-20}.

Estes resultados também foram verificados por outros estudos que enfatizam a influência histórica e cultural de atribuir ao papel feminino o desempenho de atividades ligadas ao cuidado. Nota-se muitas vezes que para exercerem essas funções na área da saúde, as mulheres postergam, por exemplo, a ideia de maternidade e casamento, evidenciando assim a presença de trabalhadoras que constituem o perfil das equipes de saúde descritas anteriormente^{10,12,15}.

Outras características sociodemográficas, tais como escolaridade, renda familiar e idade dos profissionais que atuam em reabilitação, apresentaram resultados variados^{8-10,15,18,19,21}, o que corrobora com os dados encontrados. No nosso estudo não foram observadas influências significativas dessas três variáveis na qualidade de vida profissional. Na literatura, esse resultado é contraditório, tendo evidências que sugerem a influência destas variáveis na percepção de qualidade de vida^{18,19}, bem como resultados semelhantes ao que foi encontrado^{9,14}.

No que diz respeito aos dados sócio-ocupacionais da amostra analisada, a maioria (60%) apresentou tempo de atuação na área da saúde há menos de 6 anos, 75% não possuíam mais de um vínculo empregatício, entretanto 52,5% cumpriam carga horária de trabalho semanal entre 60 horas ou mais. Estudos associam esses dados à predisposição da fadiga por compaixão, sugerindo que situações como relacionamento entre a equipe, conflito de funções, dupla e extensa jornada de trabalho, alterações de atividades, pouca experiência como profissional da saúde e outros fatores, são considerados fatores de risco para a fadiga^{4,5,8-10,14,18,19,22}. Contudo, não foram observadas na amostra analisada associações entre os dados sócio-ocupacionais, o estresse traumático secundário e o *burnout*, sendo que estes dois fatores compõem a fadiga por compaixão.

Os resultados dessa pesquisa indicaram níveis adequados nas dimensões da Qualidade de Vida Profissional avaliada pelo ProQol-BR. Foi observado que 47,5% dos profissionais da saúde apresentaram alto nível de satisfação por compaixão e nenhum dos participantes apresentaram alto nível de *burnout* e estresse traumático secundário. As evidências científicas acerca da percepção de equilíbrio entre os aspectos positivos e negativos da atividade laboral são muito distintas, devido à complexidade e subjetividade dos profissionais na concepção de qualidade de vida profissional^{2,5,10}.

Nosso estudo identificou índices altos de satisfação por compaixão em 47,5% da equipe analisada, índices baixos tanto de *burnout* (57,5%) quanto de estresse traumático secundário (67,5%). Na literatura esses índices podem ser influenciados por inúmeras variáveis, como as características organizacionais do ambiente, características pessoais do indivíduo, características dos pacientes e as condições de trabalho que afetam diretamente a experiência de traumas primários e secundários na ocupação^{2,8,14}.

Pesquisas apontam que as necessidades assistenciais variam de acordo com a especificação do atendimento, causando esforços físicos e emocionais diferentes no profissional, a depender do grau de intensidade que o atendimento exige. Em programas de reabilitação, onde o presente estudo foi realizado, almeja-se que os pacientes alcancem independência nas atividades de vida diária, reinserção social, educacional e profissional¹³⁻¹⁵. Enquanto a atuação com vítimas de queimaduras², vítimas de violência¹⁰, pacientes em cuidados paliativos¹⁸ ou de Unidade de Terapia Intensiva¹², por exemplo, incluem outras especificidades que influenciam diretamente a percepção de qualidade de vida profissional.

Diante do sofrimento, é esperado pelos trabalhadores o reconhecimento como retribuição. Este reconhecimento é de suma importância, entendido como um processo psicodinâmico intersubjetivo, e que passa pelo olhar do outro nas relações sociais de trabalho, é através dele que o sofrimento pode ser transformado em prazer e o trabalhador pode alcançar a realização por meio de sua atuação, denominado como sofrimento criativo³. O estudo permitiu verificar a existência de níveis moderados de *burnout* e de estresse traumático secundário, o que indica uma predisposição ao sofrimento patogênico e à fadiga por compaixão, que pode ser mediada pela satisfação e o reconhecimento no trabalho². Contudo, esta vivência, a longo prazo, poderá ocasionar danos à saúde do trabalhador³.

O *burnout*, que constitui o primeiro elemento da fadiga por compaixão, é caracterizado pela exaustão, frustração e irritabilidade, pode ser associado aos sentimentos de desesperança e dificuldades em lidar com o trabalho ou de fazê-lo com êxito. Já o segundo elemento é composto pelo estresse traumático secundário, qualificado pelo medo e trauma relacionado ao trabalho

prestado em decorrência do contato do profissional com o sofrimento daqueles que são assistidos após o evento impactante, nesse sentido equivalente ao que a Psicodinâmica do Trabalho aponta como sofrimento patogênico^{2,3}. Na população avaliada, diferente de outros estudos que evidenciaram níveis de moderado a alto nessas duas dimensões²³⁻²⁵, foram observados apenas os níveis baixo ou moderado. Como enfatizado anteriormente, a atuação em reabilitação tem suas particularidades, pois geralmente os profissionais não lidam constantemente com situações críticas, o processo de reabilitação demanda a estabilidade clínica do paciente, fato este que evita inúmeros fatores de risco para o desenvolvimento da fadiga por compaixão^{14,15}.

Já a forma mais positiva de lidar com estes impactos é a satisfação por compaixão, o que ficou evidente na amostra analisada, e que pode ser comparado ao sofrimento criativo. Este achado concorda com outro estudo realizado em Portugal, que também verificou níveis altos de satisfação entre os profissionais da área de reabilitação¹⁴. Na satisfação por compaixão estão presentes os sentimentos positivos de poder ajudar alguém em sofrimento, prazer que extrapola o ambiente e as condições de trabalho, onde o profissional sente o reconhecimento pela sua função e percebe sua atuação como eficaz para a instituição e seus pacientes^{2,3}. Há evidências de que os atributos da reabilitação estimulam a criatividade do profissional para viabilizar a reinserção social de seus pacientes, logo, possivelmente influenciam nas percepções positivas do trabalho^{13,14}.

Os dados obtidos indicaram associação entre o nível de satisfação por compaixão e o gênero ($p=0,021$). Embora a influência do gênero não esteja estabelecida na literatura^{9,10,12,15,18-20}, para esta amostra investigada, os homens demonstram percepção moderada de satisfação por compaixão, enquanto as mulheres evidenciaram níveis de moderados para altos nesta dimensão, em conformidade com os resultados de algumas pesquisas^{15,18,19}, onde o gênero feminino também apresentou melhores índices de satisfação. Porém, vale ressaltar que esse resultado também pode indicar um possível viés da pesquisa, já que a maioria (85%) dos participantes foi composta por mulheres.

Outra análise que apresentou significância estatística, refere-se à associação entre o nível de estresse traumático secundário e alteração de apetite ($p=0,006$). A ausência da alteração do apetite, nesta

população analisada, foi relacionada com percepções menores apenas na dimensão do estresse traumático secundário, 84% dos indivíduos que relataram ausência de alteração do apetite, foram classificados com baixo nível de Estresse Traumático Secundário. Há evidências de que a presença desse sintoma pode ser um dos critérios diagnósticos de algumas psicopatologias, como o transtorno depressivo^{12,17,20,21,24,26}. Vale ressaltar que, o trabalho dos profissionais da saúde pode ser fonte de prazer e de sofrimento, sendo constatada a influência das atividades laborais na saúde em doenças que causam sofrimento psíquico e físico, suscitando riscos à qualidade de vida profissional^{4,5}.

Neste estudo, não foi possível observar associações de variáveis como, a atuação durante a pandemia COVID-19, a necessidade de acompanhamento psicológico/psiquiátrico e dificuldade ou alteração do sono, quando relacionadas com às dimensões da qualidade de vida profissional, discordando dos dados encontrados por outras pesquisas^{12,17,20,23-25,27}.

Referente à pandemia e sua influência na compaixão dos profissionais, há poucas pesquisas^{23-25,27}, especialmente com os profissionais de reabilitação que não foram abordados em pesquisas anteriores. Dos 40 participantes analisados, 72,5% informaram atuação durante o enfrentamento da Covid-19, porém não demonstraram associações com a percepção de qualidade de vida profissional. Uma pesquisa realizada na Itália, no período pandêmico, observou níveis mais altos de estresse, burnout e trauma secundário entre os profissionais da saúde que atuaram durante a pandemia COVID-19²⁴. Nos Estados Unidos, também foi verificado que, na medida em que a exposição à morte e ao sofrimento do paciente com Covid-19 aumentava, índices mais altos da fadiga por compaixão foram registrados pelas enfermeiras americanas²⁵. No entanto, semelhante ao que foi encontrado neste estudo, e nas pesquisas acima supracitadas, tanto os profissionais de saúde italianos, quanto as enfermeiras americanas, não demonstraram associações significativas entre o atendimento direto de pacientes com COVID-19 e a satisfação por compaixão^{24,25}.

Um dos desafios observados pelos profissionais de saúde durante a pandemia foi lidar constantemente com as angústias e sofrimentos relatados pelos pacientes diante da exposição à morte, de modo que isso não lhe causasse adoecimento mental^{23,27}. Outros aspectos relacionados e

que pôde ser observado por este estudo refere-se à necessidade de suporte psicológico e psiquiátrico do profissional da saúde. Na amostra analisada, 57,5% informaram que já realizaram ou estão realizando acompanhamento psicológico, e 30% já fizeram ou estão em acompanhamento psiquiátrico. Há evidências recentes que apontam o aumento dessas necessidades em profissionais que atuaram no contexto da COVID-19. No entanto, vale ressaltar que essas evidências devem ser analisadas com prudência, pois o questionamento para obtenção da necessidade do apoio psicológico/psiquiátrico, não aponta se essas necessidades são anteriores ao período pandêmico ou decorrentes dele^{24,25}.

Apesar dos resultados desta pesquisa demonstrarem preponderância na dimensão positiva, os dados revelaram um percentual significativo de profissionais com alterações: 50% da amostra informaram dificuldade ou alteração do sono e 37,5% demonstraram alteração do apetite. Embora nem todas as descobertas foram consistentes entre os estudos, demonstrando resultados adversos sobre a influência dessas variáveis como preditoras no desenvolvimento da fadiga por compaixão, não se deve subestimar os sintomas existentes na amostra analisada. Há indicativos que ressaltam a associação de fatores fisiológicos como sono e nutrição, em manifestações de estresse que impactam na saúde mental dos profissionais da saúde^{11,21,25}.

Diante disso, nota-se que as pesquisas recentes sobre o tema enfatizam que a adoção de medidas preventivas no ambiente de trabalho, o manejo dos fatores de risco por meio de intervenções ergonômicas e o constante investimento em educação se mostram como boas ferramentas aptas a diminuir o desenvolvimento das indesejadas doenças, o que contribui para a redução dos afastamentos e licenças desses profissionais tão importantes na assistência em saúde^{5,9-11}.

CONCLUSÃO

Mediante o exposto, o conhecimento científico sobre a qualidade de vida profissional, através da satisfação por compaixão e da fadiga por compaixão, poderá favorecer o estudo de um fenômeno ainda pouco explorado no país, como a fadiga por compaixão no trabalho de uma equipe de reabilitação.

Essa pesquisa teve como limitações o seu caráter transversal e a amostra por conveniência, impossibilitando a generalização dos resultados para outros contextos. Porém verificou-se a prevalência de escores altos no fator da satisfação por compaixão, e baixos em *burnout* e estresse traumático secundário, indicando percepção de qualidade de vida profissional equilibrada para a população analisada.

Esse resultado vai ao encontro da necessidade de investigações posteriores sobre as influências propriamente dita da organização do trabalho e das condições ergonômicas, considerando o setor de atuação do profissional. Sugere-se a realização de estudos que incluam uma amostra ampliada de outros setores, e analisem suas particularidades, incluindo entrevistas como forma de análise.

Espera-se que esse trabalho possa contribuir com informações a respeito da saúde do trabalhador, subsidiando ferramentas de avaliação e o desenvolvimento de intervenções na organização do trabalho, conseqüentemente, obtendo melhora na qualidade de vida dos profissionais, bem como na qualidade da assistência dos pacientes atendidos por eles.

REFERÊNCIAS

- 1 . Fernandes JPS. Penso logo existo. Cuido logo sofro?: um estudo sobre fadiga por compaixão e função reflexiva em médicos de família. [Dissertação de Mestrado]. Universidade de Évora; 2021.
- 2 . Stamm BH. The Concise ProQOL Manual. Pocatello, ID: ProQOL.org; 2010.
- 3 . Machado CS. Estresse e trabalho: aproximações com a psicodinâmica do trabalho. Dissertação [Mestrado em Psicologia] - Universidade Federal de Goiás, Goiânia; 2020.
- 4 . Lago KC. Compaixão e trabalho: como sofrem os profissionais de saúde. [Tese Doutorado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações]. Universidade de Brasília, Brasília, 2013.
- 5 . Jilou V, Duarte JMG, Gonçalves RHA, Vieira EE, Simões AL de A. 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>
- 6 . Lago KC. Fadiga por compaixão: quando ajudar dói. 210 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações) - Universidade de Brasília, Brasília, 2008.

- 7 . Lago KC, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validação fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia (Natal)*, v. 18, p. 213-221, 2013. Epub 04 Jul. 2019. ISSN 1678-4669.
- 8 . Torres JDRV, Cunha FO, Gonçalves JTT, Torres SDAS, Barbosa HA, Silva CSDOE. Fatores associados à fadiga por compaixão em profissionais de saúde, no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. *Temas em Saúde*, 2020; 20(1):178–93. DOI: 10.29327/213319.18.3-10
- 9 . Barbosa S da C, Souza S, Moreira JS. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho [Internet]*. 2014 Sep 1;14(3):315–23. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007
- 10 . Dornelles TM, Macedo ABT, Souza SBC de. Qualidade de vida profissional e enfrentamento em um hospital de referência para vítimas de violência sexual. *Texto & Contexto - Enfermagem [Internet]*. 2020 [citado 2022 out 13];29. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/tce/a/w4FY9dgfDd3qkTFmMsSLGKD/?format=pdf&lang=pt>
- 11 . Holmes EA, O'Connor RC, Perry VH, Tracey I, Wessely S, Arseneault L, et al. Prioridades de pesquisa multidisciplinar para a pandemia de COVID-19: um chamado à ação para a ciência da saúde mental. *A Lancet Psiquiatria [Internet]*. 2020 Abr;7(6):547–60. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366\(20\)30168-1.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lanpsy/PIIS2215-0366(20)30168-1.pdf)
- 12 . Souza CGVM de, Benute GRG, Moretto MLT, Levin ASS, Assis GR de, Padoveze MC, et al. Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em Unidades de Terapia Intensiva. *Estudos de Psicologia*. 2020 Jun 1.
- 13 . Queiroz E. Equipe de reabilitação: necessidades e desafios do acompanhamento e da formação. In: Araujo TCCF, Queiroz E. *Psicologia da reabilitação – Perspectivas Teóricas, Metodológicas e Práticas*. 1ª ed. Brasília: Liber Livro; 2015. p. 333-356.
- 14 . McGrath K, Matthews LR, Heard R. Predictors of compassion satisfaction and compassion fatigue in health care workers providing health and rehabilitation services in rural and remote locations: A scoping review. *Aust J Rural Health*. 2022;30(2):264-280. doi:10.1111/ajr.12857
- 15 . Tomé MD. O papel do sistema de tranquilização e afiliação e seus outputs na qualidade de vida profissional: a satisfação por compaixão em profissionais de reabilitação. [Tese de Doutorado]. Universidade de Coimbra; 2018.
- 16 . Nery M, Barbosa DM. Modelo de reabilitação neuropsicológica do CRER para pacientes pós-lesão encefálica adquirida. In: Abrisqueta-Gomez J. et al. *Reabilitação neuropsicológica: abordagem interdisciplinar e modelos conceituais na prática clínica [recurso eletrônico]*. Porto Alegre: Artmed Editora; 2012. p. 351-363.

- 17 . Lopes HL, Barbosa SDC. Qualidade de Vida Profissional: o que mantém o bem-estar psíquico de bombeiros? *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*. 2020. 20(2): 1002-1010.
- 18 . Arena F, Oliver A, Galiana L. Panorama da Qualidade de Vida Profissional entre Trabalhadores que Prestam Cuidados Paliativos no Brasil. *Revista Colombiana de Psicología*. 2019 Jul 1;28(2):33–46. <https://doi.org/10.15446/rcp.v28n2.70715>
- 19 . Borges EM das N, Fonseca CIN da S, Baptista PCP, Queirós CML, Baldonado-Mosteiro M, Mosteiro-Diaz MP. Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 2019;27. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>.
- 20 . 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014>.
- 21 . Torres J, Barbosa H, Pereira S, Cunha F, Torres S, Brito M, et al. Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. *Psicologia, Saúde & Doença*. 2019 Nov;20(3):670–81.
- 22 . Souza VR de, Silva JLL da, Lopes MR, Silva BP, Santos LCG dos, Santos JM dos. O estresse de enfermeiros atuantes no cuidado do adulto na unidade de terapia intensiva. *R. pesq. cuid. fundam. online [Internet]*. 5 de abril de 2012 [citado 16º de fevereiro de 2023]:25-8. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/1687>
- 23 . Ortega-Galán AM, Ruiz-Fernández MD, Lirola MJ, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, et al. Professional Quality of Life and Perceived Stress in Health Professionals before COVID-19 in Spain: Primary and Hospital Care. *Healthcare*. 2020 Nov 13;8(4):484. <https://doi.org/10.3390/healthcare8040484>.
- 24 . Trumello C, Bramanti SM, Ballarotto G, Candelori C, Cerniglia L, Cimino S, et al. Psychological Adjustment of Healthcare Workers in Italy during the COVID-19 Pandemic: Differences in Stress, Anxiety, Depression, Burnout, Secondary Trauma, and Compassion Satisfaction between Frontline and Non-Frontline Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020 Nov 12;17(22):8358. <https://doi.org/10.3390/ijerph17228358>.
- 25 . Stevenson MC, Schaefer CT, Ravipati VM. COVID-19 patient care predicts nurses' parental burnout and child abuse: Mediating effects of compassion fatigue. *Child abuse & neglect*, 2022; v. 130, p. 105458. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105458>.
- 26 . American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

27 . Hayakawa J, Barrows J, See S, Schomberg J. Effects of Classical Music Virtual Reality on Pediatric Healthcare Worker Compassion Fatigue. J Nurs Adm. 2022 May 1;52(5):280-285. doi: 10.1097/NNA.0000000000001148. PMID: 35467593.