

doi: <https://doi.org/10.15446/rcp.v28n2.70715>

# Panorama da Qualidade de Vida Profissional entre Trabalhadores que Prestam Cuidados Paliativos no Brasil

FERNANDA ARENA<sup>\*</sup>

AMPARO OLIVER

LAURA GALIANA

Departamento de Metodologia das Ciências do Comportamento,  
Universidade de Valencia, Espanha



Excepto que se establezca de otra forma, el contenido de esta revista cuenta con una licencia Creative Commons "reconocimiento, no comercial y sin obras derivadas" Colombia 2.5, que puede consultarse en: <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/co>

**Como citar o artigo:** Arena, F., Oliver, A., & Galiana, L. (2019). Panorama da qualidade de vida profissional entre trabalhadores que prestam cuidados paliativos no Brasil. *Revista Colombiana de Psicología*, 28, 33- 45. <https://doi.org/10.15446/rcp.v28n2.70715>

A correspondência com este artigo deve estar dirigida à Dra. Laura Galiana, e-mail: [laura.galiana@uv.es](mailto:laura.galiana@uv.es).  
Endereço: Universidade de Valencia, Av. Blasco Ibañez, 21, 46010, Valencia, Espanha.

---

ARTIGO DE PESQUISA CIENTÍFICA

RECEBIDO: 19 DE MARÇO DE 2018 – ACEITO: 23 DE JANEIRO DE 2019

\* Bolsista do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), através do Programa Ciências sem Fronteiras, na Universidad de Valencia (Espanha), de 2015-2018.

### **Resumo**

Este artigo tem por objetivo oferecer um primeiro diagnóstico sobre os níveis de qualidade de vida dos trabalhadores brasileiros que prestam cuidados paliativos. Foram aplicadas escalas de medidas de qualidade de vida profissional, enfrentamento ante a morte, autocuidado profissional e autoconsciência em 161 profissionais. As análises de dados incluíram estatísticas descritivas, comparação dos níveis em função de sexo, idade e outras características sociodemográficas, e estudo da relação entre as variáveis mencionadas. Foram encontrados níveis adequados tanto nas variáveis de proteção da qualidade de vida profissional como na qualidade de vida em si. As comparações em função de dados sociodemográficos mostraram relações estatisticamente significativas entre os níveis de autoconsciência e o sexo (maiores os níveis para os homens); e entre a idade e os anos de experiência como profissional da saúde ou de cuidados paliativos (maiores níveis quando há uma maior experiência como profissional).

**Palavras-chave:** autoconsciência, autocuidado, cuidados paliativos, enfrentamento ante a morte, qualidade de vida profissional.

### ***Panorama de la Calidad de Vida Laboral entre Trabajadores que Prestan Cuidados Paliativos en Brasil***

#### **Resumen**

El artículo tiene como propósito ofrecer un primer diagnóstico sobre los niveles de calidad de vida de los trabajadores brasileños que prestan cuidados paliativos. Se aplicaron escalas de medidas de calidad de vida laboral, afrontamiento ante la muerte, autocuidado profesional y autoconciencia en 161 profesionales. El análisis de datos incluyó estadísticas descriptivas, comparación de niveles según género, edad y otras características sociodemográficas, y estudio de la relación entre las variables mencionadas. Se encontraron niveles adecuados tanto en las variables de protección de la calidad de vida laboral como en la calidad de vida misma. Las comparaciones según datos sociodemográficos evidenciaron relaciones estadísticamente significativas entre los niveles de autoconciencia y sexo (más altos los niveles para los hombres); y entre la edad y los años de experiencia como profesional de la salud o cuidados paliativos (niveles más altos cuando hay una mayor experiencia como profesional).

**Palabras clave:** afrontamiento ante la muerte, autoconciencia, autocuidado, calidad de vida laboral, cuidados paliativos.

### ***Overview of the Quality of Work Life of Palliative Caregivers in Brazil***

#### **Abstract**

The objective of the article is to provide an initial diagnosis regarding the quality of life of Brazilian palliative caregivers. The following measurement scales were applied in a group of 161 professionals: quality of work life, coping with death, professional self-care, and self-awareness. Data analysis included descriptive statistics, comparison of levels according to sex, age, and other socio-demographic characteristics, and a study of the relation among those variables. Adequate levels were found in both the levels of protection of quality of work life and quality of life itself. The comparisons according to socio-demographic data showed statistically significant relations between the self-awareness levels and sex (which were higher for men), and between age and years of experience as healthcare professionals or palliative caregivers (levels were higher in the case of greater professional experience).

**Keywords:** coping with death, palliative care, quality of work life, self-awareness, self-care.

A IMPORTÂNCIA do estudo da qualidade de vida profissional emergiu como uma questão de interesse crescente dentro da literatura em saúde, com enfoque dado aos profissionais que se deparam cotidianamente com o sofrimento e a morte. As dificuldades ao lidar com essa realidade são uma constatação recorrente em estudos publicados (dos Santos, Aoki, & Oliveira-Cardoso, 2013; Firth-Cozens & Morrison, 1989; Silva & Menezes, 2015; Whippen & Canellos, 1991) e apresentam o convívio com a morte como principal fator estressor no ambiente de trabalho.

Quando comparado com outras classes trabalhadoras, o profissional da saúde é o que apresenta maiores níveis de desenvolvimento de doenças relacionadas ao estresse (Gibb, Cameron, Hamilton, Murphy, & Naji, 2010), entre outros problemas. O estresse desenvolvido não é desencadeado apenas por questões burocráticas e administrativas (Cohen-Katz, Wiley, Capuano, Baker, & Shapiro, 2005; Pipe et al., 2009), mas também pelo contato frequente com a dor e a terminalidade (Firth-Cozens & Morrison, 1989; Whippen & Canellos, 1991), como no caso dos trabalhadores que prestam cuidados paliativos. Dadas situações podem acarretar uma gama de sentimentos reativos (Sansó et al., 2015), que podem afetá-los em âmbito pessoal e profissional.

Neste estudo, como variável, a qualidade de vida profissional será analisada a partir da conceptualização da psicóloga Beth Hudnall Stamm, referência internacional quando se trata das manifestações e das consequências que sofrem os profissionais da saúde como resposta à condição de envolvimento emocional e afetivo frente ao sofrimento de seus pacientes. Tais manifestações são referenciadas inicialmente por Stamm (2005) através dos termos “satisfação por compaixão”, “fadiga por compaixão” e “risco de *burnout*”. Mais adiante, a autora inclui um quarto termo, o “estresse traumático secundário” (Stamm, 2010), que, junto com o risco de *burnout*, forma parte da denominada “fadiga por compaixão”.

Para a autora, a “qualidade de vida profissional” se trata dos sentimentos percebidos pelo próprio profissional com relação ao seu trabalho assistencial. Esse conceito se relaciona diretamente a profissões que, em suas atividades, oferecem suporte direto a outras pessoas, como: profissionais de saúde, das políticas de assistência social, professores, advogados, policiais, bombeiros etc.

Stamm (2010) desenvolveu um instrumento denominado *Professional Quality of Life Scale* (PROQOL), que visa mensurar a qualidade de vida profissional em seus aspectos positivos (satisfação por compaixão) e negativos (fadiga por compaixão). A escala está na sua 5ª versão e possui tradução para diversos idiomas. As orientações para a interpretação dos resultados de sua aplicabilidade podem ser localizadas no *The Concise proQOL Manual*.

Quando se trata de estresse no ambiente de trabalho, o *burnout* (ou síndrome do esgotamento profissional) é um tema bastante estudado. Faz referência ao desenvolvimento de uma “exaustão emocional” e de despersonalização por parte de pessoas que trabalham atendendo diretamente outras pessoas (Maslach & Jackson, 1981), e foi aplicado a quase todas as categorias profissionais em que existe uma relação de cuidado ou uma interação contínua (Maslach, 1993). Ao ser diagnosticado, associa-se com uma gama de sintomas cognitivos, afetivos, comportamentais e relacionais (Guy, 1987; Truzzi et al., 2012). Mais especificamente no campo da saúde, outro transtorno que pode ser desencadeado é o estresse traumático secundário (Deville, Wright, & Varker, 2009), manifestado através de sentimentos e comportamentos negativos que os profissionais desenvolvem a partir das experiências estressoras e traumáticas vivenciadas pelos seus pacientes (Figley, 1983). Esses sintomas causam prejuízo e sofrimento aos profissionais de saúde, configurando-se em temas relevantes na última década, tendo como destaque os estudos realizados nas áreas de oncologia e de cuidados paliativos (Figley, 2002a, 2002b; Kearney & Weininger, 2011; Kearney, Weininger, Vachon, Harrison, & Mount, 2009; Sinclair & Hamill, 2007).

O *burnout* e o estresse traumático secundário podem ocorrer concomitantemente (Deville et al., 2009), de modo que os profissionais podem vir a sofrer de fadiga por compaixão (Stamm, 2010), que se trata de uma redução da capacidade e/ou interesse do profissional em ser empático com seus pacientes (Figley, 2002a, 2002b). Caracteriza-se por diferentes sintomas, que incluem: apatia, depressão, erros de juízo clínico, transtornos de sono, hipertensão (Jackson, 2004), sentido de impotência, raiva e supressão de sentimentos (Bride, Radey, & Figley, 2007), ansiedade e pensamentos intrusivos (Kashani, Eliasson, Chrosniak, & Vernalis, 2010). Através de estudo realizado por Zeidner, Hadar, Matthews e Roberts (2013) com profissionais de saúde, encontrou-se uma prevalência de fadiga por compaixão em 35% dos participantes.

Em oposição à fadiga por compaixão, surge a satisfação por compaixão (Stamm, 2010), apresentada por Simon, Pryce, Roff e Klemmack (2006) como a “capacidade de receber gratificação por prestar cuidados” (p. 6). Está associada com o prazer e/ou a positividade procedente de ajudar ao próximo (Kearney et al., 2009; Phelps, Lloyd, Creamer, & Forbes, 2009), que pode vir a proporcionar ao profissional um maior sentido de responsabilidade e controle sobre a saúde de seus pacientes (Lloyd & Carson, 2011; van der Cingel, 2011), aumento de confiança entre profissional-paciente e aumento da esperança por aqueles que são atendidos (Lown, Rosen, & Marttila, 2011). Por se tratar de um conceito recente, a investigação desse tema ainda é bastante escassa.

Existem diferentes fatores que podem servir como mecanismos de proteção ao sofrimento emocional do profissional que atua em cuidados paliativos, sendo alguns deles a competência de enfrentamento diante da morte, o autocuidado profissional e a autoconsciência. Esses diferentes manejos ao sofrimento podem auxiliar na prevenção do *burnout*, do estresse traumático secundário e da fadiga por compaixão, além de fomentar o

desenvolvimento da satisfação por compaixão em profissionais da saúde.

O enfrentamento (ou  *coping* ) diante da morte, como competência profissional, representa uma ampla categoria de habilidades e capacidades de cada profissional ao lidar com a morte (Camarneiro & Gomes, 2015). Proporciona maior facilidade na rotina de trabalho, minimizando sofrimentos e aumentando sua eficácia (Schmidt Rio-Valle, 2007). É um processo sobre o qual os indivíduos orientam seus pensamentos e comportamentos a fim de solucionar a fonte de seu estresse e gerenciar suas reações emocionais (Lazarus, 1992). Estudo realizado por Sansó et al. (2015) demonstrou que níveis altos dessa competência se relacionam com níveis altos de satisfação por compaixão e com menores pontuações em relação ao estresse traumático secundário e ao  *burnout* .

Quanto ao autocuidado, trata-se das habilidades e das estratégias realizadas pelo profissional com a finalidade de satisfazer suas próprias necessidades (pessoais, familiares, emocionais e espirituais) enquanto atende às demandas de seus pacientes (Figley, 2002a; Newell & MacNeil, 2010; Stamm, 1995). Essa prática tem sido relacionada positivamente com a satisfação por compaixão e negativamente com a fadiga por compaixão e o  *burnout*  (Alkema, Linton, & Davies, 2008; Harr, 2013; Krasner et al., 2009; Radey & Figley, 2007). Ao cuidar de si, o profissional se encontra mais reflexivo e autoconsciente (Murrant, 2000), construindo uma relação mais positiva com as demandas de trabalho.

Por sua vez, a autoconsciência é definida como um reconhecimento das influências das experiências e emoções pessoais na relação e na comunicação com o entorno de trabalho (pacientes, familiares e equipe; Novack et al., 1997). Contribui para que o profissional avalie seus próprios valores e crenças ante emoções intensas, tomar decisões difíceis e resolver conflitos interpessoais. É apontada como um fator que pode marcar a diferença na relação terapêutica estabelecida entre profissional-paciente e,

sobretudo, nas repercussões e consequências que essa relação oferece (Kearney & Weininger, 2011; Novack et al., 1997; Sansó et al., 2015).

Conforme o exposto, entende-se que a verificação dos níveis de qualidade de vida dos profissionais e das variáveis associadas contribui na construção de mecanismos de defesa aos fatores estressores no ambiente de trabalho. Permitindo uma análise que fomente a reflexão e o desenvolvimento de melhorias na prática exercida e, conseqüentemente, proporcionando benefícios aos atendidos. Por essa razão, este artigo tem por objetivo oferecer um primeiro diagnóstico sobre os níveis de qualidade de vida dos trabalhadores brasileiros que prestam cuidados paliativos.

## Método

### Delineamento e Participantes

Esta pesquisa caracteriza-se como um estudo correlacional e exploratório, com uma abordagem quantitativa. Para inclusão no estudo, fazia-se necessário ser profissional da saúde atuante em unidade de cuidados paliativos e/ou em serviços de alta prevalência de pacientes que demandam essa modalidade de cuidado, como unidades de oncologia e hematologia, unidades de cuidados intensivos, serviços de atenção domiciliar etc. Os profissionais foram convidados a participar do estudo através de divulgação (via diferentes meios de comunicação) realizada pela Academia Nacional de Cuidados Paliativos, respondendo a um questionário on-line hospedado na plataforma *Survey Monkey*.

Participaram, neste estudo, 161 profissionais, em sua maioria mulheres (88,7%), com uma média de idade de 37,22 anos ( $DP=11,11$ ). Referente à distribuição por categoria profissional, 25,3% eram psicólogos, seguidos de 22,2% médicos, 19,6% enfermeiros, 12% assistentes sociais e os demais 20,9% pertenciam a outras profissões (fisioterapeutas, nutricionistas, técnicos de enfermagem etc.). As demais características dos participantes podem ser observadas na Tabela 1.

**Tabela 1**

*Características dos Profissionais Participantes no Estudo*

	M	DP
<b>Idade</b>	37.22	11.11
Anos de experiência como profissional da saúde	11.65	10.31
Anos de experiência como profissional de cuidados paliativos	4.97	4.42
	%	
<b>Sexo</b>		
Homem	11.3	
Mulher	88.7	
<b>Profissão</b>		
Médicos	22.2	
Enfermeiros	19.6	
Psicólogos	25.3	
Assistentes sociais	12.0	
Outros	20.9	
<b>Unidade</b>		
Unidade de cuidados paliativos hospitalar	28.4	
Serviço de atenção domiciliar	16.4	
Unidade de oncologia e/ou hematologia adulto	24.6	
Unidade de oncologia e/ou hematologia pediátrico	5.2	
Unidade de tratamento intensivo	8.2	
Outros	17.2	

Nota: M= Média; DP= Desvio-padrão

### Instrumentos

Foi utilizado um questionário on-line que incluía dados sociodemográficos e as escalas de medidas relacionadas a seguir.

**Escala de Autocuidado Profissional (Galina, Oliver, Sansó, & Benito, 2015).** Foram utilizados indicadores de autocuidado que abrangem três áreas: autocuidado físico (e.g., “Pratico atividades que me ajudam a relaxar”), que faz referência a realizar atividades físicas para manter o corpo saudável; autocuidado interior (e.g., “Quando me sinto emocionalmente sobrecarregado, tento buscar um tempo para me cuidar”), que se refere às atividades que ajudam a manter a mente saudável;

e autocuidado social (e.g., “Considero que minhas relações fora do trabalho são satisfatórias”), relativo às atividades sociais que ajudam o indivíduo a manter o bem-estar social. Os indicadores foram pontuados em uma escala tipo Likert de 5 pontos, que variou de 0 (*Discordo totalmente*) a 4 (*Concordo totalmente*). A consistência interna para essa amostra foi .792. No estudo de apresentação e validação da medida, a consistência interna foi .62 para a dimensão de autocuidado físico, .84 para a de autocuidado interno e .53 para a de autocuidado social (Galiana et al., 2015).

**Escala de Consciência e Atenção Mindfulness (Brown & Ryan, 2003).** Instrumento de 15 itens que mede a tendência geral para estar ciente e consciente de suas próprias experiências de vida diária. Escala do tipo Likert de 6 pontos, que variou de 1 (*Quase sempre*) a 6 (*Quase nunca*). Um exemplo é o item: “Poderia sentir uma emoção e não ser ciente dela, até mais tarde” ou “Encontro dificuldade em manter o foco no que está acontecendo no presente”. A consistência interna para essa amostra foi .883. Em sua versão original, a escala obteve estimativas de consistência interna que oscilaram entre .82 e .87 e um coeficiente intraclasse de .81 (Brown & Ryan, 2003).

**Escala de Coping com a Morte (Bugen, 1981).** Instrumento que mede a competência dos profissionais ao lidar com a morte e seus conhecimentos sobre a preparação para a morte. A medida é composta por 30 itens, usando uma escala do tipo Likert de 7 pontos, que variou de 1 (*Discordo totalmente*) a 7 (*Concordo totalmente*). Um exemplo é o item: “Eu tenho uma boa perspectiva da morte e do processo de morrer”. A consistência interna para essa amostra foi .920. Em sua tradução ao português, obteve uma estimativa de consistência interna de .89 (Camarneiro & Gomes, 2015).

**Professional Quality of Life Scale (Stamm, 2010).** O instrumento é composto por 30 itens

de medição dos dois principais componentes da qualidade de vida dos profissionais: a fadiga por compaixão e a satisfação por compaixão. Apresenta duas subescalas que compõem a avaliação de fadiga da compaixão, *burnout* e estresse traumático secundário, ambas com 10 itens. A satisfação por compaixão também é avaliada com 10 itens. Um exemplo de amostra para a subescala de *burnout* é: “Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros”; “Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional” para a subescala de estresse traumático secundário; e “Sinto-me satisfeito por ser capaz de ajudar as pessoas” para a subescala de satisfação por compaixão. Apresenta escala do tipo Likert de 6 pontos, que variou de 0 (*Nunca*) a 5 (*Sempre*). A consistência interna para essa amostra foi .854 para satisfação por compaixão, .762 para fadiga por compaixão e .626 para *burnout*. Em outros estudos em que se utilizou a versão em português dessa escala, as estimativas de consistência interna foram .88 para satisfação de compaixão, .82 para fadiga por compaixão e .86 para *burnout* (Duarte, 2017).

### Análise dos Dados

As análises incluíram estatísticas descritivas das variáveis do objeto de estudo (média, desvio-padrão, pontuações mínimas e máximas), assim como distribuição de frequência e porcentagens naqueles casos em que as escalas permitiram (níveis baixos, médios e altos de satisfação por compaixão, estresse traumático secundário e *burnout*).

Após os cálculos dos descritivos, realizamos comparações nos níveis das distintas variáveis que consideraram as características sociodemográficas. Primeiramente, analisamos as possíveis diferenças em função do gênero entre os participantes. Para verificar a existência de diferenças em relação ao autocuidado, foi realizada uma análise de variância multivariada (MANOVA), sobre a qual se utiliza o sexo como variável independente e as medidas de autocuidado (físico, interior e social) como variáveis dependentes. No caso da autoconsciência e do

enfrentamento da morte, foram utilizadas provas *t* para amostras independentes. Para a leitura das diferenças entre gênero e satisfação por compaixão, estresse traumático secundário e *burnout*, aplicamos outro MANOVA. Para a comparação por categoria profissional e unidade de trabalho, utilizamos a análise de variância (ANOVA) e MANOVAS.

Quanto às variáveis sociodemográficas quantitativas —idade, anos de experiência como profissional de saúde, anos de experiência como profissional em cuidados paliativos— e as relações destas com as variáveis relacionadas com a qualidade de vida profissional, utilizaram correlações de Pearson.

Finalmente, e mediante correlações Pearson, estudamos a relação entre as dimensões da qualidade de vida profissional (satisfação por compaixão, estresse traumático secundário e *burnout*) e dos fatores de proteção (autocuidado, autoconsciência e afrontamento ante a morte).

Em todos os casos, calculamos o tamanho do efeito associado a cada contraste de hipóteses. Para as provas *t*, a *d* de Cohen, um indicador do tamanho do efeito que indica a diferença estandarizada entre duas médias e possui valores de 0 até infinito, com interpretação de tamanho pequeno para valores em torno de .20, de tamanho mediano

em torno de .50 e tamanho grande a partir de .80 (Cohen, 1988). Para os ANOVAS e MANOVAS, o eta quadrado ( $\eta^2$ ), que tem valores que oscilam entre 0 e 1, considerando-se .02, .13 e .26 como pontos de corte para pequenos, médios e grandes efeitos, respectivamente (Cohen, 1992). Por último, o coeficiente de correlação de Pearson tem valores que oscilam de -1 a 1. Consideramos como pontos de corte os propostos por Cohen, de forma que se consideraram de pequeno tamanho quando  $r=.10$ , moderados quando  $r=.30$  e grandes quando  $r=.50$  ou superior (Cohen, 1988, 1992).

## Resultados

As estatísticas descritivas, apresentadas na Tabela 2, mostram níveis adequados nas diferentes variáveis do objeto de estudo. Todos os casos estão por cima do ponto médio da escala, exceto para as duas variáveis indicadoras de baixa qualidade de vida profissional: fadiga por compaixão e *burnout*. Em concreto, quando analisada a distribuição dos profissionais em função dos níveis de qualidade de vida do profissional, a maioria apresentou altos níveis de satisfação por compaixão (60%), níveis médios de estresse traumático secundário (56.60%) e baixos níveis de *burnout* (68.50%). Informações mais detalhadas podem ser consultadas na Tabela 3.

**Tabela 2**  
*Estatísticas Descritivas das Variáveis do Objeto de Interesse*

	M	DP	Min	Max
Autocuidado físico	3.36	1.05	1.33	5
Autocuidado interior	3.29	1.14	1	5
Autocuidado social	4.18	0.68	1.33	5
Autoconsciência	4.31	0.90	2	6
Enfrentamento ante a morte	149.79	30.46	48	195
Satisfação por compaixão	41.63	6.61	23	50
Estresse traumático secundário	14.24	6.47	1	34
<i>Burnout</i>	15.05	6.34	2	32

Nota: M=Média; DP=Desvio-padrão; Min=Pontuação mínima; Max= Pontuação máxima.

**Tabela 3**  
*Distribuição em Níveis Baixos, Médios e Altos de Satisfação por Compaixão, Estresse Traumático Secundário e Burnout*

	% Baixo	% Médio	% Alto
Satisfação por compaixão	12.60	27.40	60
Estresse traumático secundário	14.10	56.60	29.30
<i>Burnout</i>	68.50	28.30	3.30

Quando analisadas diferenças por gênero, não encontramos diferenças estatisticamente significativas em autocuidado [ $F(3,120)=1.794$ ;  $p=.152$ ;  $\eta^2=.043$ ], enfrentamento ante a morte [ $t(96)=0.385$ ;  $p=.701$ ;  $d=.112$ ] ou qualidade de vida do profissional [ $F(3,81)=1.794$ ;  $p=.052$ ;  $\eta^2=.091$ ]. Entretanto, identificamos diferenças nos níveis de autoconsciência entre homens e mulheres [ $t(113)=2.621$ ;  $p=.010$ ;  $d=.703$ ]. Como se pode observar na Tabela 4, as diferenças são favoráveis em relação ao sexo masculino, com níveis de autoconsciência maiores em homens. Quando estudadas as diferenças por profissões, não encontramos diferenças significativas em autocuidado [ $F(12,360)=1.134$ ;  $p=.331$ ;  $\eta^2=.036$ ], autoconsciência [ $F(4,111)=2.129$ ;  $p=.082$ ;  $\eta^2=.071$ ], enfrentamento ante a morte [ $F(4,93)=1.090$ ;  $p=.366$ ;  $\eta^2=.045$ ], ou qualidade de vida do profissional [ $F(12,240)=1.716$ ;  $p=.064$ ;  $\eta^2=.079$ ]. Em relação às diferenças por local de trabalho, não foram encontradas em autocuidado [ $F(15,357)=1.078$ ;  $p=.376$ ;  $\eta^2=.043$ ], autoconsciência [ $F(5,110)=0.611$ ;  $p=.691$ ;  $\eta^2=.027$ ], enfrentamento ante a morte [ $F(5,92)=0.164$ ;  $p=.975$ ;  $\eta^2=.009$ ], ou qualidade de vida do profissional [ $F(15,237)=0.980$ ;  $p=.477$ ;  $\eta^2=.058$ ]. Os detalhes das médias para os subgrupos estão apresentados na Tabela 4.

A respeito da qualidade de vida profissional e dos fatores de proteção referentes a idade, anos de experiência como profissional de saúde e anos de experiência como profissional em cuidados paliativos, as correlações mostraram uma relação positiva entre o autocuidado físico e os anos de prática na área de cuidados paliativos. Os anos de experiência em paliativos foram correlacionados

de forma positiva com o nível de autoconsciência e enfrentamento ante a morte. Por outro lado, o estresse traumático secundário se relaciona negativamente com o tempo de experiência nessa área. Já o *burnout* apresenta relação negativa com a idade e os anos de experiência como profissional em ambos os campos (ver Tabela 5). De modo geral, o padrão foi de relações positivas entre os fatores de proteção e a fadiga por compaixão. Mas negativas entre a idade, os anos de experiência como profissional de saúde, os anos de experiência em cuidados paliativos e as duas dimensões da fadiga por compaixão.

Finalmente, as correlações entre a qualidade de vida profissional e dos fatores de proteção mostraram relações positivas entre próprios fatores protetivos (autocuidado físico, interior, social, autoconsciência e enfrentamento ante morte), entre eles próprios e a satisfação por compaixão, transformando em significativas as relações com o autocuidado interior, a autoconsciência e o enfrentamento ante a morte. Desse modo, os altos níveis nessas três variáveis ajudariam a manter ótimos níveis de satisfação por compaixão. Por outro lado, os preditores estatisticamente significativos do estresse traumático secundário e do *burnout* foram quase todas as variáveis de estudo, exceto pelo autocuidado social. Este, por sua vez, não resultou como um preditor do estresse traumático secundário. Todas essas relações foram negativas, o que indica que maiores níveis nas variáveis protetivas ajudam a manter níveis baixos das dimensões da fadiga por compaixão e, logo, funcionam efetivamente como fator protetor. É possível consultar o detalhe das correlações na Tabela 5.

**Tabela 4**  
Médias e Desvios-padrão nas Variáveis Objetos de Estudo em Função do Sexo, da Profissão e da Unidade de Serviço

	Autoc. físico		Autoc. interior		Autoc. social		Autocons.		Enfrent. morte		Satisf. Comp.		Estres. T. S.		Burnout	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Sexo																
Homens	3.85	0.90	3.68	1.11	4.27	0.42	4.85	0.72	152.71	36.42	45.14	4.09	10.14	5.78	12.14	5.95
Mulheres	3.28	1.05	3.22	1.14	4.16	0.72	4.23	0.90	149.30	29.58	41.36	6.30	14.42	6.37	15.35	6.48
Profissão																
Médicos	3.81	1.07	3.54	1.09	4.29	0.54	4.49	0.89	145.72	35.71	44.00	4.58	10.60	5.30	13.05	7.07
Enfermeiros	3.24	1.08	3.40	1.18	4.09	0.82	4.06	0.91	149.76	33.41	43.26	6.23	16.66	7.66	14.06	6.15
Psicólogos	3.12	1.03	3.16	1.10	4.10	0.60	4.46	0.95	157.68	23.79	40.55	7.11	12.70	5.87	15.50	8.04
Assistentes sociais	3.45	1.14	3.47	1.30	4.30	0.76	3.84	0.66	157.69	20.78	40.72	6.29	15.09	7.03	14.18	5.07
Outros	3.12	0.82	2.90	1.06	4.15	0.74	4.46	0.92	141.52	31.97	41.10	6.17	14.94	5.71	16.94	4.63
Unidade																
CP hospitalar	3.30	0.97	3.17	1.09	4.17	0.57	4.40	0.93	147.88	31.12	41.47	4.46	12.26	4.92	14.78	4.26
Serviço de atenção domiciliar	3.76	1.00	3.65	0.85	4.46	0.46	4.44	0.86	146.38	29.87	43.21	6.88	11.42	6.94	12.50	6.65
Oncologia/hematologia adulto	3.09	1.09	3.35	1.18	4.18	0.73	4.14	0.87	150.68	30.47	41.26	7.71	15.84	8.29	14.94	8.66
Oncologia/hematologia pediátrico	3.38	0.98	2.80	1.27	4.23	0.93	4.67	1.05	147.00	21.05	40.50	6.24	12.25	6.75	13.75	3.20
Tratamento intensivo	3.42	0.88	3.12	1.49	3.75	1.03	4.12	1.02	155.44	33.21	42.81	5.87	13.09	5.12	16.09	6.15
Outros	3.42	1.20	3.28	1.17	4.14	0.60	4.28	0.88	152.87	34.04	42.35	6.34	16.42	5.31	16.35	7.12

**Tabela 5**  
Correlações entre a Idade, os Anos de Experiência como Profissional da Saúde, os Anos de Experiência como Profissional de Cuidados Paliativos e a Qualidade de Vida do Profissional e seus Fatores de Proteção

	Idade	Anos saúde	Anos paliativos	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)
(1) Autocuidado físico	.129	.143	.191*	1							
(2) Autocuidado interior	.089	.070	.144	.391**	1						
(3) Autocuidado social	.065	.101	.113	.461**	.429**	1					
(4) Autoconsciência	.138	.073	.269**	.174	.234*	.333**	1				
(5) Enfrentamento ante a morte	.167	.244*	.286**	.144	.343**	.145	.120	1			
(6) Satisfação por compaixão	.182	.184	.207	.094	.310**	.088	.263*	.343**	1		
(7) Estresse traumático secundário	-.143	-.115	-.279**	-.235*	-.215*	-.190	-.387**	-.286**	-.301**	1	
(8) Burnout	-.300**	-.309**	-.347**	-.241*	-.408**	-.251*	-.308**	-.421**	-.644**	-.562**	1

## Discussão

Os resultados deste estudo apresentam, em primeiro lugar, níveis adequados tanto nas variáveis de proteção da qualidade de vida profissional dos trabalhadores que prestam cuidados paliativos quanto na qualidade de vida de modo geral. De fato, se comparados com os dados obtidos no estudo de Sansó et al. (2015), em trabalhadores espanhóis, os níveis observados são bastante similares, com níveis equivalentes em relação ao autocuidado, à satisfação por compaixão e ao *burnout*. Porém, os níveis de autoconsciência e de competência de enfrentamento ante a morte são levemente inferiores nos trabalhadores brasileiros (com médias de 4.31 e 149.79 para 4.61 e 160.12 em trabalhadores espanhóis), e os níveis de estresse traumático secundário são levemente superiores ( $M=14.24$  em brasileiros, diante de  $M=12.42$  em espanhóis).

Nas comparações em função de dados sociodemográficos, apenas encontramos diferenças significativas nos níveis de autoconsciência em função do sexo, sendo maiores os níveis para os homens. Esses dados diferem dos resultados encontrados em outros países, em que foram encontradas diferenças em autocuidado em função do sexo e de categoria profissional (Galiana et al., 2015), com medidas maiores para as mulheres e profissionais da psicologia. Contudo, encontraram-se relações significativas com a idade do profissional e com os anos de experiência atuando na área da saúde e em cuidados paliativos. De fato, essas relações apontam maiores níveis de autocuidado, autoconsciência, competência de enfrentamento ante a morte e satisfação por compaixão, quando há uma maior experiência profissional (especialmente em cuidados paliativos). Essa evidência, portanto, afirma que a qualidade de vida profissional dos trabalhadores estudados não depende de sexo, categoria profissional ou unidade/serviço em que desempenha seu fazer profissional, mas dos anos de experiência que este possui no campo da saúde, sendo essa variável uma proteção da fadiga por compaixão.

Finalmente, as relações entre o autocuidado, a autoconsciência e a competência de enfrentamento ante a morte e as dimensões da qualidade de vida profissional apontaram seu papel como variáveis de proteção.

Em nossos resultados, o autocuidado desempenha um papel importante dentro da prática dos trabalhadores que prestam cuidados paliativos, ajudando-os a enfrentar a exposição frequente à morte. Dessa forma, a prática do autocuidado por parte dos trabalhadores atua como mecanismos de proteção em ambientes de trabalho estressores (Alkema et al., 2008; Harr, 2013; Kearney et al., 2009; Krasner et al., 2009; Radey & Figley, 2007; Sansó et al., 2015). Como proposto por O'Halloran e Linton (2000), uma prática holística do autocuidado pode ser um fator-chave na manutenção de profissionais de saúde em geral. A importância do autocuidado no ambiente de alta tensão e emocionalmente carregado como o de cuidados paliativos, em que as questões espirituais e existenciais são proeminentes, talvez seja mais uma necessidade do que um complemento ao fazer profissional.

Com relação à autoconsciência, essa variável apresenta uma forte conexão com as dimensões da qualidade de vida profissional, sendo positiva com a satisfação de compaixão e negativa com o estresse traumático secundário e o *burnout*. Resultado que vai de encontro com a evidência encontrada no estudo de Sansó et al. (2015) e respalda estudos prévios que indicavam como os níveis mais altos de consciência proporcionariam como resultado uma melhor capacidade para manter o equilíbrio emocional (Cole, 1997; Dobkin, 2011; Novack et al., 1997).

A evidência encontrada da competência de enfrentamento ante a morte e a qualidade de vida profissional esteve de encontro com a literatura (Sansó et al., 2015), apresentando níveis altos de satisfação por compaixão e baixos de estresse traumático secundário e *burnout*. Ou seja, quanto maior a capacidade de guiar pensamentos e condutas para resolver a fonte do estresse e manejar

as reações emocionais, maior será a qualidade de vida dos profissionais.

Como reflexão, avalia-se a importância da inserção de capacitação continuada sobre os fatores que influem na qualidade de vida profissional aos trabalhadores da saúde que lidam com demandas de grande impacto emocional, como no caso dos cuidados paliativos. Além disso, a sugestão para que os ambientes hospitalares incorporem, nas suas ações de humanização, espaços de reflexão e prática sobre as técnicas de proteção e melhorias da qualidade de vida profissional, proporcionando benefícios aos trabalhadores e àqueles que por eles são atendidos.

### Limitações do Estudo e Implicações Práticas

Uma primeira limitação é o tamanho reduzido da amostra, ao se avaliar a extensão do país e a quantidade de serviços que oferecem cuidados paliativos existentes. A distribuição por gênero, formada em sua maioria por mulheres, dificultou na realização de análises que visam identificar possíveis diferenças entre homens e mulheres em cada uma das variáveis estudadas. Ainda que se identifique que mulheres ocupam a maioria das categorias profissionais atuantes no campo da saúde, não foram encontrados, dentro do contexto brasileiro (e na disciplina de paliativos), estudos estatísticos que comprovem dita distribuição.

Também, no contexto sociodemográfico, os resultados poderiam ser interpretados considerando as características sociais e culturais. Por exemplo, sugere-se, para estudos posteriores, considerar o tipo de local em que se presta o serviço (público ou privado) e a região do país em que está localizado.

Tais considerações permitirão apresentar uma caracterização mais representativa dos profissionais atuantes em cuidados paliativos no Brasil, no que se refere a aspectos que podem influir nas diferenças entre seus níveis de qualidade de vida profissional. Desse modo, permitirá o desenvolvimento de estratégias de intervenções dirigidas, sendo estas mais viáveis ou realistas ao estarem desenhadas para âmbitos e/ou serviços concretos dentro do

contexto da saúde, sempre com o objetivo de diminuir os fatores de risco da qualidade de vida profissional e promover os fatores de proteção dela.

### Referências

- Alkema, K., Linton, J. M., & Davies, R. (2008). A study of the relationship between self-care, compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout among hospice professionals. *Journal of Social Work in End-of-Life & Palliative Care*, 4, 101-119. <https://doi.org/10.1080/15524250802353934>
- Bride, B. E., Radey, M., & Figley, C. R. (2007). Measuring compassion fatigue. *Clinical Social Work Journal*, 35, 155-163. <https://doi.org/10.1007/s10615-007-0091-7>
- Brown, K. W., & Ryan, R. M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 822. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.84.4.822>
- Bugen, L. A. (1981). Coping: Effects of death education. *Omega-Journal of Death and Dying*, 11, 175-183. <https://doi.org/10.2190/JQPA-QFHW-VQ7A-MCAK>
- Camarneiro, A. P. F., & Gomes, S. M. R. (2015). Tradução e validação da escala de coping com a morte: um estudo com enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 7, 113-122. <https://doi.org/10.12707/RIV14084>
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. Hillsdale, EUA: Lawrence Earlbaum Associates.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155.
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic Nursing Practice*, 19, 26-35. <https://doi.org/10.1097/00004650-200501000-00008>
- Cole, R. (1997). Meditation in palliative care- a practical tool for self-management. *Palliative Medicine*, 11, 411-413. <https://doi.org/10.1177/026921639701100513>
- Devilly, G. J., Wright, R., & Varker, T. (2009). Vicarious trauma, secondary traumatic stress or simply burnout? Effect of trauma therapy on mental health professionals. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 43, 373-385. <https://doi.org/10.1080/00048670902721079>

- Dobkin, P. L. (2011). Mindfulness and whole person care. Em T. A. Hutchinson (Ed.), *Whole person care: A new paradigm for the 21st Century* (pp. 69-82). Nova York, EUA: Springer Science.
- dos Santos, M. A., Aoki, F. C. O. S., & Oliveira-Cardoso, É. A. (2013). Significado da morte para médicos frente à situação de terminalidade de pacientes submetidos ao Transplante de Medula Óssea. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18, 2625-2634. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232013000900017>.
- Duarte, J. (2017). Professional quality of life in nurses: Contribution for the validation of the Portuguese version of the Professional Quality of Life Scale-5 (PROQOL-5). *Análise Psicológica*, 35, 529-542. <https://doi.org/10.14417/ap.1260>
- Figley, C. R. (1983). Catastrophes: A overview of family reactions. Em H. I. McCubbin & C. R. Figley. (Eds.), *Stress and the family: Volume II. Coping with Catastrophe*. Nova York, EUA: Brunner/Mazel.
- Figley, C. R. (2002a). Compassion fatigue: Psychotherapists' chronic lack of self-care. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 1433-1441. <https://doi.org/10.1002/jclp.10090>
- Figley, C. R. (Ed.). (2002b). *Treating compassion fatigue*. Abingdon, Reino Unido: Routledge.
- Firth-Cozens, J., & Morrison, L. A. (1989). Sources of stress and ways of coping in junior house officers. *Stress and Health*, 5, 121-126. <https://doi.org/10.1002/smi.2460050210>
- Galiana, L., Oliver, A., Sansó, N., & Benito, E. (2015). Validation of a new instrument for self-care in Spanish palliative care professionals nationwide. *The Spanish Journal of Psychology*, 18, 1-9. <https://doi.org/10.1017/SJP.2015.71>
- Gibb, J., Cameron, I. M., Hamilton, R., Murphy, E., & Naji, S. (2010). Mental health nurses' and allied health professionals' perceptions of the role of the Occupational Health Service in the management of work-related stress: How do they self-care?. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 838-845. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01599.x>
- Guy, J. D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. Nova Jersey, EUA: John Wiley & Sons.
- Harr, C. (2013). Promoting workplace health by diminishing the negative impact of compassion fatigue and increasing compassion satisfaction. *Social Work and Christianity*, 40, 71.
- Jackson, C. (2004). Healing ourselves, healing others: Third in a series. *Holistic Nursing Practice*, 18, 199-210. <https://doi.org/10.1097/00004650-200407000-00006>
- Kashani, M., Eliasson, A., Chrosniak, L., & Vernalis, M. (2010). Taking aim at nurse stress: a call to action. *Military Medicine*, 175, 96-100. <https://doi.org/10.7205/MILMED-D-09-00092>
- Kearney, M., & Weininger, R. (2011). Whole person self-care: Self-care from the inside out. Em T. A. Hutchinson. (Ed.), *Whole Person Care* (pp. 109-125). Nova York, EUA: Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4419-9440-0>
- Kearney, M. K., Weininger, R. B., Vachon, M. L., Harrison, R. L., & Mount, B. M. (2009). Self-care of physicians caring for patients at the end of life: "Being connected... a key to my survival". *Jama*, 301, 1155-1164. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.352>
- Krasner, M. S., Epstein, R. M., Beckman, H., Suchman, A. L., Chapman, B., Mooney, C. J., & Quill, T. E. (2009). Association of an educational program in mindful communication with burnout, empathy, and attitudes among primary care physicians. *Jama*, 302, 1284-1293. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1384>
- Lazarus, R. S. (1992). Coping with the stress of illness. *WHO regional publications. European Series*, 44, 11-31.
- Lloyd, M., & Carson, A. (2011). Making compassion count: Equal recognition and authentic involvement in mental health care. *International Journal of Consumer Studies*, 35, 616-621. <https://doi.org/10.1111/j.1470-6431.2011.01018.x>
- Lown, B. A., Rosen, J., & Marttila, J. (2011). An agenda for improving compassionate care: A survey shows about half of patients say such care is missing. *Health Affairs*, 30, 1772-1778. <https://doi.org/10.1377/hlthaff.2011.0539>
- Maslach, C. (1993). Burnout: A multidimensional perspective. Em W.B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 19-32). Washington, EUA: Taylor & Francis.

- Maslach, C., & Jackson, S. E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, EUA: Consulting Psychologists Press.
- Murrant, G. M. (2000). Creativity and self-care for caregivers. *Journal of Palliative Care*, 16, 44.
- Newell, J. M., & MacNeil, G. A. (2010). Professional burnout, vicarious trauma, secondary traumatic stress, and compassion fatigue. *Best Practices in Mental Health*, 6, 57-68.
- Novack, D. H., Suchman, A. L., Clark, W., Epstein, R. M., Najberg, E., & Kaplan, C. (1997). Calibrating the physician: personal awareness and effective patient care. *Jama*, 278, 502-509. <https://doi.org/10.1001/jama.1997.03550060078040>
- O'Halloran, T. M., & Linton, J. M. (2000). Stress on the job: Self-care resources for counselors. *Journal of Mental Health Counseling*, 22, 354.
- Phelps, A., Lloyd, D., Creamer, M., & Forbes, D. (2009). Caring for carers in the aftermath of trauma. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, 18, 313-330. <http://doi.org/10.1080/10926770902835899>
- Pipe, T. B., Bortz, J. J., Dueck, A., Pendergast, D., Buchda, V., & Summers, J. (2009). Nurse leader mindfulness meditation program for stress management: A randomized controlled trial. *Journal of Nursing Administration*, 39, 130-137. <https://doi.org/10.1097/NNA.0b013e31819894a0>
- Radey, M., & Figley, C. R. (2007). The social psychology of compassion. *Clinical Social Work Journal*, 35, 207-214. <http://doi.org/10.1007/s10615-007-0087-3>
- Sansó, N., Galiana, L., Oliver, A., Pascual, A., Sinclair, S., & Benito, E. (2015). Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *Journal of Pain and Symptom Management*, 50, 200-207. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
- Schmidt Rio-Valle, J. (2007). Validación de la versión española de la "escala de Bugen de afrontamiento de la muerte" y del "perfil revisado de actitudes hacia la muerte": estudio comparativo y transcultural. Puesta en marcha de un programa de intervención.
- Silva, N. R. D., & Menezes, R. A. (2015). "When it's over, it's over": The characterization of death in an intensive care unit in Rio de Janeiro. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 25, 265-285. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312015000100015>
- Simon, C. E., Pryce, J. G., Roff, L. L., & Klemmack, D. (2006). Secondary traumatic stress and oncology social work: Protecting compassion from fatigue and compromising the worker's worldview. *Journal of Psychosocial Oncology*, 23, 1-14. [https://doi.org/10.1300/J077v23n04\\_01](https://doi.org/10.1300/J077v23n04_01)
- Sinclair, H. A., & Hamill, C. (2007). Does vicarious traumatization affect oncology nurses? A literature review. *European Journal of Oncology Nursing*, 11, 348-356. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2007.02.007>
- Stamm, B. (1995). *Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Derwood, EUA: The Sidran Press.
- Stamm, B. H. (2005). *The concise PROQOL manual*. Recuperado de: <http://compassionfatigue.org/pages/proqolManualOct05.pdf>
- Stamm, B. H. (2010). *The concise ProQOL manual*. (2 Ed.). Pocatello. Recuperado de: [http://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf)
- Truzzi, A., Valente, L., Ulstein, I., Engelhardt, E., Laks, J., & Engedal, K. (2012). Burnout in familial caregivers of patients with dementia. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34, 405-412. <http://doi.org/10.1016/j.rbp.2012.02.006>
- van der Cingel, M. (2011). Compassion in care: A qualitative study of older people with a chronic disease and nurses. *Nursing Ethics*, 18, 672-685. <https://doi.org/10.1177/0969733011403556>
- Whippen, D. A., & Canellos, G. P. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1,000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, 9, 1916-1920. <https://doi.org/10.1200/JCO.1991.9.10.1916>
- Zeidner, M., Hadar, D., Matthews, G., & Roberts, R. D. (2013). Personal factors related to compassion fatigue in health professionals. *Anxiety, Stress & Coping*, 26, 595-609. <https://doi.org/10.1080/10615806.2013.777045>