

# Burnout e Fadiga por Compaixão entre Equipes Médica e de Enfermagem em Cenários do Itinerário Terapêutico de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos: Estudo Transversal

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n3.5273>

*Burnout and Compassion Fatigue among Medical and Nursing Teams in Palliative Care: Cross-Sectional Study*

*Burnout y Fatiga por Compasión en Equipos Médicos y de Enfermería en Escenarios del Itinerario Terapéutico de Pacientes Oncológicos en Cuidados Paliativos: Estudio Transversal*

Arthur Fernandes da Silva<sup>1</sup>; Josene Ferreira Batista<sup>2</sup>; Jurema Telles de Oliveira Lima<sup>3</sup>

## RESUMO

**Introdução:** Trabalhadores da área da saúde podem estar sujeitos a estresses físicos ou emocionais relacionados ao trabalho por: fatores organizacionais, falta de habilidades ou competências e baixo suporte social, além de questões internas, como exposição frequente no cuidado de pessoas com sofrimentos intensos. **Objetivo:** Avaliar fatores relacionados à síndrome de *burnout* (SB) e à fadiga por compaixão (FC) entre equipes do itinerário terapêutico de pacientes oncológicos. **Método:** Estudo transversal com equipes médicas e de enfermagem de cuidados paliativos, emergência, oncologia clínica e terapia intensiva de um centro de referência em Recife, Pernambuco. Foram coletados dados sociodemográficos, e utilizadas as escalas *Oldenburg Burnout Inventory* e *Professional Quality of Life Scale* para avaliar SB e FC, respectivamente. **Resultados:** Os médicos exibiram características mais propensas ao sofrimento, com menor satisfação por compaixão (SC) ( $45,67 \pm 10,55$ ) e maior desligamento do trabalho ( $2,28 \pm 0,66$ ). Profissionais dos cuidados paliativos demonstraram caracteres mais positivos em comparação aos demais, com menor desligamento do trabalho ( $1,86 \pm 0,38$ ;  $p = 0,04$ ) e maior SC ( $53,63 \pm 10,33$ ). Os setores de terapia intensiva e emergência apresentaram perfil de risco de adoecimento maior, com reduzida SC e elevado desligamento do trabalho. **Conclusão:** Médicos e equipes de emergência e de terapia intensiva estiveram mais propensos ao sofrimento pelas SB e FC, enquanto técnicos e equipe de cuidados paliativos apresentaram indicadores mais salutares. Esses dados podem subsidiar abordagens institucionais para identificar fatores de risco para SB e FC entre trabalhadores e desenvolver soluções efetivas direcionadas. **Palavras-chave:** Pessoal de Saúde/psicologia; Esgotamento Psicológico; Fadiga de Compaixão.

## ABSTRACT

**Introduction:** Healthcare workers, such as doctors, nurses and licensed practical nurses may be subjected to physical or emotional stress related to work for several reasons: organizational factors, lack of skills or competencies and low social support at work, in addition to internal issues, such as frequent exposure to caring for people with intense suffering. **Objective:** To evaluate the factors related to burnout syndrome (BS) and compassion fatigue (CF) among medical and nursing teams in scenarios of the therapeutic itinerary of oncology patients in palliative care. **Method:** This was a cross-sectional study with palliative care medical and nursing teams, emergency, clinical oncology, and intensive care services at a referral center for oncology in Recife, Pernambuco (Brazil). Sociodemographic data were collected, and the Oldenburg Burnout Inventory and Professional Quality of Life Scales were used to assess BS and CF, respectively. **Results:** Physicians exhibited characteristics more prone to suffering, with lower compassion satisfaction (CS) ( $45.67 \pm 10.55$ ) and greater disengagement from work ( $2.28 \pm 0.66$ ). Palliative care professionals demonstrated more positive characteristics compared to others, with lower disengagement from work ( $1.86 \pm 0.38$ ;  $p = 0.04$ ) and greater CS ( $53.63 \pm 10.33$ ). Intensive care and emergency presented higher risk illness profile with reduced CS and high levels of disengagement from work. **Conclusion:** Physicians and emergency and intensive care teams were more likely to suffer from BS and CF, while licensed practical nurses and the palliative care team presented healthier indicators. These data can support institutional approaches to identify risk factors for BS and CF among workers and develop effective solutions for them.

**Key words:** Health Personnel/psychology; Burnout, Psychological; Compassion Fatigue.

## RESUMEN

**Introducción:** Los trabajadores de la salud, como médicos, enfermeras y técnicos de enfermería, pueden estar sujetos a estrés físico o emocional relacionado con el trabajo por varias razones: factores organizacionales, falta de habilidades o competencias y bajo apoyo social en el trabajo, además de cuestiones internas, como la exposición frecuente al cuidado de personas con intenso sufrimiento. **Objetivo:** Evaluar los factores relacionados con el síndrome de *burnout* (SB) y con la fatiga por compasión (FC) entre los equipos médicos y de enfermería en escenarios del itinerario terapéutico de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. **Método:** Se trata de un estudio transversal con equipos médicos y de enfermería de cuidados paliativos, urgencias, oncología clínica y cuidados intensivos de un centro de referencia en oncología de Recife, Pernambuco (Brasil). Se recopilaron datos sociodemográficos y se utilizaron el Inventario de Burnout de Oldenburg y las Escalas de Calidad de Vida Profesional para evaluar el SB y la FC, respectivamente. **Resultados:** Los médicos exhibieron características que los hicieron más proclives al sufrimiento, con menor satisfacción por compasión (SC) ( $45,67 \pm 10,55$ ) y mayor desconexión con el trabajo ( $2,28 \pm 0,66$ ). Los profesionales del sector de cuidados paliativos demostraron características más positivas en comparación con otros, con menor desconexión del trabajo ( $1,86 \pm 0,38$ ;  $p = 0,04$ ) y mayor satisfacción debido a la compasión ( $53,63 \pm 10,33$ ). Los sectores de cuidados intensivos y emergencias presentaron un mayor perfil de riesgo de enfermedad, con menor SC y altos niveles de desconexión laboral. **Conclusión:** Los médicos y los equipos de urgencias y cuidados intensivos presentaron mayor probabilidad de padecer SB y FC, mientras que los técnicos de enfermería y el equipo de cuidados paliativos presentaron indicadores más saludables. Estos datos pueden respaldar los enfoques institucionales para identificar los factores de riesgo del SB y el síndrome de CF entre los trabajadores y desarrollar soluciones eficaces dirigidas a ellos.

**Palabras clave:** Personal de Salud/psicología; Agotamiento Psicológico; Desgaste por Empatía.

<sup>1</sup>Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília (DF), Brasil. E-mail: arthurfernandes.mfc@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-7917-836X>

<sup>2</sup>Grupo Oncologia D'Or. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: josene.carvalho@yahoo.com.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-7056-4958>

<sup>3</sup>Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Recife (PE), Brasil. E-mail: jurematsales@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-8607-1584>

**Endereço para correspondência:** Arthur Fernandes da Silva. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Quadra CA 9, Lote 2, Ed San Diego, Apto. 103 – Lago Norte. Brasília (DF), Brasil. CEP 71503-509. E-mail: arthurfernandes.mfc@gmail.com



## INTRODUÇÃO

Trabalhadores da área da saúde podem estar sujeitos ao estresse ocupacional em virtude de fatores organizacionais, falta de habilidades e baixo suporte social, o que pode levar a sofrimento, *burnout*, perda de qualidade de vida e comprometimento da qualidade do trabalho<sup>1-3</sup>. Nos últimos anos, além de níveis de estresse sem precedentes, observa-se o aumento da insatisfação com o equilíbrio entre trabalho e vida pessoal, uso de substâncias psicoativas, dificuldades na escolha de carreira e coexistência de transtornos do humor, incluindo depressão maior<sup>4,5</sup>. Profissionais com habilidades sociais desenvolvidas tendem a enfrentar esses desafios de forma resiliente e saudável, permanecendo estimulados no trabalho<sup>6</sup>.

Os cuidados paliativos, parte fundamental de um sistema de saúde centrado nos indivíduos, apresentam características singulares: são uma abordagem para pessoas com doenças graves e ameaçadoras à vida, com foco no controle de sintomas (físicos, emocionais, sociais e espirituais) e na preservação da qualidade de vida, com visão interdisciplinar e incluindo a família no processo de cuidado<sup>7</sup>.

Cuidar de pessoas e famílias com demandas complexas pode expor profissionais de saúde a sofrimentos intensos, por conta do manejo de sintomas de difícil controle, da comunicação de notícias difíceis, da exposição à morte e ao morrer, do trabalho em equipe, de incertezas e absorção de sentimentos conflituosos de pacientes e famílias<sup>8</sup>. Pacientes podem necessitar de cuidados paliativos em razão de diversas condições (insuficiências orgânicas, câncer, demências, entre outras), e suas demandas podem surgir em variados cenários assistenciais<sup>9</sup>.

Por causa das demandas dos pacientes e de seus familiares, e dos recursos dos cenários assistenciais, profissionais de saúde no itinerário terapêutico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos podem estar expostos a intenso estresse. Em um Centro de Referência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), esse itinerário inclui pronto atendimento, enfermarias de oncologia clínica e de cuidados paliativos, e terapia intensiva. As sobrecargas físicas e emocionais decorrentes do cuidado a esses pacientes podem resultar em consequências negativas, como a síndrome de *burnout* (SB) e a fadiga por compaixão (FC)<sup>10</sup>.

### DE FORA PARA DENTRO: A EXPERIÊNCIA DO BURNOUT

A SB é uma condição complexa relacionada ao trabalho, composta por exaustão emocional (sensação de energia mental drenada), despersonalização (desresponsabilização progressiva sobre tarefas) e baixa realização pessoal (sentimento de incompetência ou reduzida eficácia)<sup>11</sup>.

Essas manifestações de sofrimento na SB comprometem a qualidade do trabalho<sup>12</sup> e, para profissionais da saúde, a qualidade do cuidado prestado aos pacientes<sup>13,14</sup>.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) incluiu recentemente a SB na 11ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID-11)<sup>15</sup>, definindo-a como “uma síndrome resultante de um estresse crônico no trabalho que não foi administrado com êxito”. Para a OMS, a SB manifesta-se por esgotamento, sentimentos negativos relacionados ao trabalho e eficácia profissional reduzida.

Uma revisão sistemática sobre SB em médicos, com 182 trabalhos (1991-2018) em 45 países e 109.628 pessoas<sup>16</sup>, indicou prevalência média de 67% (variando de 0% a 80,5%), com exaustão emocional e despersonalização presentes em 72% e 63,2%, respectivamente<sup>17</sup>. Outra pesquisa, com 80 médicos e 102 enfermeiros em um centro oncológico, revelou níveis significativos de SB em ambas as categorias, associados a discrepâncias entre valores pessoais dos trabalhadores e a gestão do serviço (longos turnos, sobrecarga, falta de reconhecimento)<sup>18</sup>.

O *Maslach Burnout Inventory* (MBI)<sup>11</sup> é o instrumento mais usado na avaliação da SB (presente em até 90% dos trabalhos)<sup>18</sup>, embora existam outros<sup>19,20</sup>. Contudo, críticas apontam fragilidades psicométricas do MBI e uma visão reducionista da SB a uma única dimensão para os outros instrumentos<sup>21,22</sup>. Por isso, este estudo utilizou o *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI)<sup>23</sup>, validado para o português brasileiro<sup>24</sup>, visando superar essas limitações.

Mais de 80 fatores contribuem para a etiopatogenia da SB<sup>25</sup>, divididos em internos e externos ao profissional<sup>26</sup>. Fatores internos incluem perfeccionismo, expectativas idealizadas, supressão de necessidades pessoais e desejo de agradar; já os externos abrangem problemas de liderança, pressão por produtividade e falta de autonomia<sup>26</sup>. Embora a SB esteja ligada ao sofrimento em condições de trabalho difíceis, profissões de cuidado, como as da saúde, podem vivenciar outras dimensões de sofrimento, enraizadas no cuidado a pacientes com sofrimentos intensos.

### DE DENTRO PARA FORA: A VIVÊNCIA DA FADIGA POR COMPAIXÃO

O cuidado é uma experiência complexa que envolve a percepção e a resposta às vulnerabilidades do outro de forma humana e significativa<sup>27</sup>. Pacientes desejam cuidado, escuta e uma relação compassiva com o cuidador<sup>28</sup>. A compaixão é um processo complexo (afetivo, somático, cognitivo) que se desenvolve em relações, iniciando-se com o reconhecimento do sofrimento alheio<sup>28</sup>. Esse sentimento, uma disposição benevolente frente ao sofrimento desnecessário, traduz-se em uma atitude proativa e respeitosa no cuidado<sup>29</sup>.

A FC foi inicialmente descrita para explicar a perda da habilidade de cuidar em enfermeiros de emergência, que apresentavam sintomas como baixa eficácia, fadiga, tristeza, raiva e alterações orgânicas, consideradas consequências do cuidado contínuo a pacientes complexos e da sobrecarga de trabalho<sup>30</sup>. Em 1995, a FC passou a ser referida como o “custo do cuidado” para os profissionais<sup>31</sup>.

A FC é equivalente ao estresse traumático secundário, manifestando-se por pensamentos intrusivos, evitação de pacientes, hipervigilância, irritabilidade e memórias traumáticas, resultando do exercício contínuo de compaixão por sofrimentos insolúveis<sup>31</sup>. Apesar da produção científica recente<sup>32-34</sup>, a relação entre SB e FC é controversa<sup>35,36</sup>, com divergências sobre se a FC é uma consequência natural do cuidado<sup>32</sup>, culpa do cuidador, um fenômeno único<sup>37</sup>, ou se a SB é uma dimensão da FC<sup>38</sup>. A prevalência média da FC entre profissionais de saúde varia de 25% a 45%<sup>34</sup>.

O objetivo deste estudo é avaliar os fatores relacionados à SB e FC nas equipes médicas e de enfermagem que atuam no itinerário terapêutico de pacientes oncológicos em cuidados paliativos de um Cacon brasileiro.

## MÉTODO

Estudo exploratório, transversal e quantitativo que seguiu as diretrizes STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*)<sup>39</sup>, realizado em Recife (PE), Brasil, no Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Trata-se de um Cacon que oferece cuidados diagnósticos e terapêuticos oncológicos (adulto e pediátrico), incluindo quimioterapia, cirurgia, radioterapia e cuidados paliativos, além de formar recursos humanos na área da saúde.

Os participantes atuavam nas enfermarias de oncologia clínica (32 leitos), cuidados paliativos (14 leitos), unidade de terapia intensiva (UTI) (10 leitos) e serviço de pronto atendimento (SPA) (12 leitos). Os critérios de inclusão foram: (1) ser médico, enfermeiro ou técnico em enfermagem; (2) integrar as equipes de cuidados paliativos, oncologia, terapia intensiva ou emergência. Foram excluídos: (1) profissionais em afastamento legal; ou (2) com questionários incompletos.

Considerando 50% de prevalência de SB em paliativistas, variação de 5%, poder de 80% e erro alfa de 5%, a amostra populacional calculada foi de 96 participantes. Para uma taxa de resposta de 25% em questionários eletrônicos, calculou-se o envio para 144 profissionais (aumento de 50%) para compensar perdas. Os questionários foram enviados por aplicativo de mensagens, com tempo médio de resposta de dez minutos. Para favorecer o engajamento, o pesquisador

realizou intervenções breves, como explanações sobre a importância do estudo. Os dados sociodemográficos foram exportados do *SurveyMonkey*<sup>40</sup> para o *Microsoft Excel* 2016. A coleta de dados ocorreu entre outubro e dezembro de 2019.

Foram coletados dados sociodemográficos e profissionais. Para avaliação da SB, utilizou-se a OLBI<sup>24</sup> e, para a FC, a *Professional Quality of Life Scale* (ProQol-IV)<sup>37</sup>, ambas validadas para o português brasileiro. A OLBI é uma escala tipo Likert de oito itens em duas subescalas (exaustão emocional e desligamento do trabalho), na qual valores maiores indicam maior sofrimento por SB; e sua validação para o Brasil demonstrou bom ajuste<sup>24</sup>. A ProQol-IV é uma escala Likert de 28 itens em três subescalas (FC, *burnout* e satisfação por compaixão – SC), sendo a FC e a *burnout* indicativos de sofrimento e a SC um fator protetor. A validação da ProQol-IV no Brasil ocorreu em duas etapas (semântica com 37 profissionais e psicométrica com 203 respondentes), resultando em versão com qualidades psicométricas e semânticas compatíveis com o original<sup>37</sup>.

O questionário sociodemográfico e profissional incluiu sexo, estado civil, filhos, cor/raça, religião, animal de estimação, tempo e setor de atuação profissional, regime de trabalho, carga horária na instituição e em outro local, e dedicação a estudos.

Os dados demográficos e dos questionários foram analisados por frequências e percentagens (variáveis categóricas) e média e desvio-padrão (variáveis contínuas). A normalidade dos dados foi verificada pelo teste de Shapiro-Wilks<sup>41</sup>. Como não houve normalidade, foram utilizados testes não paramétricos para as análises inferenciais: Mann-Whitney (2 grupos independentes), Kruskal-Wallis (3 ou mais grupos independentes) e correlação de Spearman<sup>41</sup>. As análises foram feitas com SPSS-IBM<sup>42</sup> 22.0, com nível de significância de  $p \leq 0,05$ . Vinte e três questionários incompletos foram excluídos da análise.

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos do IMIP, sob número de parecer 3631850 (CAAE: 21626619.2.0000.5201), de acordo com a Resolução n.º 466/12<sup>43</sup> do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Os participantes elegíveis consentiram voluntariamente a participação por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

## RESULTADOS

Considerando a amostra de 144 indivíduos, a taxa de resposta final foi de 57,6%, 83 formulários preenchidos completamente. Os dados sociodemográficos e profissionais estão resumidos na Tabela 1.



Tabela 1. Características sociodemográficas e profissionais de equipes médicas e de enfermagem em um Cacon em Recife-PE, 2019

<b>Variáveis</b>		<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	22	26,50
	Feminino	61	73,50
<b>Estado civil</b>	Solteiro(a)	40	48,20
	Casado(a) legalmente	29	34,90
	União estável há mais de seis meses	11	13,30
	Separado(a) ou divorciado(a)	02	2,40
	Viúvo(a)	01	1,20
<b>Filhos</b>	Sim	42	50,60
	Não	41	49,40
<b>Cor/Raça</b>	Branca	34	41,00
	Parda	42	50,60
	Negra	07	8,40
<b>Religião</b>	Sim	70	84,30
	Não	13	15,70
<b>Denominação religiosa</b>	Católica	40	48,20
	Espírita	10	12,00
	Evangélica	26	31,30
	Outras	07	8,50
<b>Animal de estimação</b>	Sim	30	36,10
	Não	53	63,90
<b>Categoria profissional</b>	Medicina	28	33,70
	Enfermagem	21	25,30
	Técnico em enfermagem	34	41,00
<b>Tempo de atuação</b>	Menos de 5 anos	27	32,50
	Mais de 5 e menos de 10 anos	35	42,20
	Mais de 10 e menos de 20 anos	19	22,90
	20 ou mais anos	02	2,40
<b>Setores</b>	Cuidados paliativos	16	19,30
	Oncologia adulto	38	45,80
	SPA	20	24,10
	UTI clínica	09	10,80
<b>Tempo no setor</b>	Menos de 5 anos	49	59,00
	Mais de 5 e menos de 10 anos	28	33,80
	Mais de 10 e menos de 15 anos	06	7,20
<b>Regime de trabalho</b>	Diarista	39	47,00
	Plantonista	44	53,00
<b>Carga horária na instituição</b>	12 horas	27	32,50
	24 horas	06	7,20
	30 horas	11	13,30
	40 horas	26	31,30
	Maior que 40	13	15,70
<b>Trabalha em outros locais</b>	Sim	39	47,00
	Não	44	53,00

Continua

Tabela 1. Continuação

Variáveis		N	%
Carga horária além da instituição	12 horas	10	25,60
	20 horas	02	5,10
	24 horas	06	15,40
	30 horas	04	10,30
	40 horas	10	15,60
	Maior que 40	07	17,90
Atualmente está em algum curso?	Sim	30	36,10
	Não	53	63,90
Dedicação aos estudos	Não se aplica	53	63,90
	6 horas semanais	10	12,00
	De 7 a 12 horas semanais	08	9,60
	Mais de 12 horas semanais	12	14,00

Legendas: SPA: serviço de pronto atendimento; UTI: unidade de terapia intensiva.

SÍNDROME DE *BURNOUT* E FADIGA POR COMPAIXÃO ENTRE AS CATEGORIAS PROFISSIONAIS

Os profissionais médicos avaliados apresentaram taxas estatisticamente significativas menores de SC (45,67 ± 10,55) quando comparados aos profissionais enfermeiros (52,22 ± 9,35) ou técnicos em enfermagem (52,18 ± 8,98), além de liderar os índices de desligamento do trabalho (2,28 ± 0,66) em comparação aos demais (Tabela 2). Os enfermeiros estiveram mais propensos a apresentar FC (53,98 ± 8,14) e exaustão emocional (3,04 ± 0,74) do que as outras categorias (Tabela 2).

SÍNDROME DE *BURNOUT* E FADIGA POR COMPAIXÃO ENTRE SETORES DE TRABALHO

A SC foi maior no setor cuidados paliativos, seguido pela oncologia, terapia intensiva e emergência (53,63 ±

10,33; 51,64 ± 8,64; 50,13 ± 10,00; 43,90 ± 11,25; *p* = 0,02) (Tabela 3). No tocante às dimensões da SB, aquele setor também apresentou menores indicadores (1,86 ± 0,38; *p* = 0,04) do que os setores oncologia (2,06 ± 0,64), emergência (2,33 ± 0,73) e terapia intensiva (2,52 ± 0,64) (Tabela 3).

DISCUSSÃO

Este estudo destaca a crescente relevância do bem-estar psicológico de profissionais de saúde, um grupo vulnerável ao sofrimento<sup>44</sup>. Obtiveram-se respostas de 57,6% dos participantes (considerado alta taxa para formulários eletrônicos<sup>45</sup>), sendo a maioria (73,50%) mulheres.

Profissionais médicos mostraram maior propensão ao sofrimento, com menor SC e maior desligamento do trabalho. Isso aponta que a promoção da SC é

Tabela 2. Relação entre variáveis das síndromes de *burnout* e de fadiga por compaixão em função das categorias profissionais em um Cacon em Recife-PE, 2019

Variáveis	Medicina			Enfermagem			Técnico em enfermagem			p
	Média	DP	MD	Média	DP	MD	Média	DP	MD	
ProQOL-IV										
SC	45,6	10,55	45,65	52,22	9,35	55,06	52,18	8,98	54,30	0,02
Burnout	51,11	8,82	54,04	51,87	11,02	51,25	47,91	10,16	47,52	0,29
FC	49,04	9,89	46,85	53,98	8,14	54,51	48,32	10,70	46,46	0,03
OLBI										
DT	2,28	0,66	2,36	2,19	0,70	2,36	1,99	0,59	1,86	0,19
EE	2,68	0,68	2,83	3,04	0,74	3,17	2,46	0,76	2,25	0,02

Legendas: ProQOL-IV: Professional Quality of Life Scale, version IV; OLBI: Oldenburg Burnout Inventory; SC: satisfação por compaixão; DT: desligamento do trabalho; EE: exaustão emocional; DP: desvio-padrão; MD: mediana; FC: fadiga por compaixão.

Nota: Os valores de *p* foram obtidos por meio de testes de Kruskal-Wallis, uma vez que os pressupostos de normalidade não foram atendidos para comparar as médias/medianas entre as categorias profissionais.





Tabela 3. Relação entre variáveis das síndromes de *burnout* e de fadiga por compaixão em função dos setores assistenciais de equipes médicas e de enfermagem em um Cacon em Recife-PE, 2019

Variáveis	Cuidados paliativos			Oncologia adulto			SPA			UTI clínica			p
	Média	DP	MD	Média	DP	MD	Média	DP	MD	Média	DP	MD	
ProQOL-IV													
SC	53,63	10,33	57,35	51,64	8,64	53,53	43,90	11,25	49,59	50,13	10,00	48,95	0,02
Burnout	46,13	11,25	44,73	49,78	10,62	50,32	53,48	8,41	55,90	50,01	6,11	51,25	0,17
FC	48,85	10,77	47,55	49,64	9,07	48,25	52,08	12,18	50,33	48,94	7,65	48,94	0,81
OLBI													
DT	1,86	0,38	1,71	2,06	0,64	2,07	2,33	0,73	2,29	2,52	0,64	2,71	0,04
EE	2,39	0,80	2,25	2,74	0,82	2,75	2,77	0,59	2,83	2,78	068	3,00	0,37

**Legendas:** ProQOL-IV: *Professional Quality of Life Scale, version IV*; OLBI: *Oldenburg Burnout Inventory*; SC: satisfação por compaixão; DT: desligamento do trabalho; EE: exaustão emocional; DP: desvio-padrão; MD: mediana; FC: fadiga por compaixão; SPA: serviço de pronto atendimento; UTI: unidade de terapia intensiva.

**Nota:** Os valores de *p* foram obtidos por meio de testes de Kruskal-Wallis, uma vez que os pressupostos de normalidade não foram atendidos para comparar as médias/medanas entre as categorias profissionais.

crucial para mitigar o desgaste e fomentar a resiliência profissional, corroborando a hipótese central da investigação. Um estudo com mais de 15.800 médicos (25 especialidades) revelou as maiores taxas de SB em terapia intensiva, urologia e medicina de emergência (55%), seguidas por medicina de família, comunidade e clínica médica (54%)<sup>46</sup>.

Nesta pesquisa, enfermeiros exibiram maiores índices de FC e exaustão emocional; contudo, também apresentaram a maior SC entre as categorias, indicando uma possível resignificação dessas características negativas em sua experiência. Em 2018, um estudo inglês com 1.651 médicos de diversas especialidades (via questionários de SB, FC e resiliência) mostrou que profissionais de emergência tinham maior SB (*p* = 0,001) e menor SC (*p* < 0,001), enquanto paliativistas exibiram maior SC e menores FC e SB do que colegas da terapia intensiva ou oncologia<sup>47</sup>.

Considerando um estudo<sup>48</sup> que indicou níveis de resiliência moderados (47%) a elevados (43%) entre enfermeiros, e compreendendo a resiliência<sup>49</sup> como um construto com dimensões como espiritualidade, formação de vínculos, humor, autoestima e criatividade (fatores ligados a experiências positivas de cuidado), é possível inferir mecanismos para a maior SC e menor exaustão emocional desses profissionais no presente estudo.

Este trabalho identificou que profissionais de cuidados paliativos apresentaram um perfil mais positivo, com menor desligamento do trabalho e maior SC, em comparação aos demais setores. Uma revisão sistemática recente sobre a prevalência de SB entre médicos e enfermeiros paliativistas encontrou taxas de 3% a 66% de SB entre os 13.845 participantes em 59 artigos (2008-2020)<sup>50</sup>. Outra pesquisa, usando MBI em 1.357

paliativistas americanos, identificou 38,7% de SB, sem diferença significativa entre médicos (41,9%) e outros profissionais (37,1%; *p* = 0,17). Exaustão emocional foi o maior contribuinte; trabalhar em instituições menores, ter menos de 50 anos, trabalhar fins de semana e longos turnos foram associados a maiores índices de SB<sup>44</sup>. Uma revisão sistemática (15 trabalhos, 1999-2009) com profissionais de cuidados paliativos indicou menores índices de SB em médicos paliativistas (especialmente comparados a oncologistas) e que apenas um quarto dos enfermeiros avaliados tinha altos índices de SB<sup>51</sup>.

O conflito moral entre a alta demanda de pacientes por cuidados paliativos e a baixa oferta de serviços é um fator conhecido na gênese da SB<sup>51</sup>. Isso é mais evidente em sistemas de saúde não universais, cujo acesso é limitado/mediado por finanças. Paliativistas enfrentam o dilema bioético da autonomia do paciente individualmente e, coletivamente, a necessidade de procedimentos que gerem renda para ampliar o acesso a mais pacientes<sup>52,53</sup>.

Neste trabalho, os setores de terapia intensiva e emergência mostraram um perfil de maior risco de adoecimento, com SC reduzida e alto desligamento do trabalho. Um estudo com enfermeiras de emergência (avaliadas com ProQOL-IV para FC) indicou níveis moderados de FC e SB na maioria, mas também altos níveis de SC em 78%. A formação especializada em enfermagem em emergência foi um preditor de maior SC<sup>54</sup>.

Níveis significativos de SB foram achados entre profissionais de terapia intensiva, especialmente médicos intensivistas, com taxas de 18% a 49% em revisão sistemática<sup>31</sup> de 31 estudos (1998-2018)<sup>55</sup>. Apesar das diferenças metodológicas, os autores notam que mesmo os níveis mais baixos de SB em médicos são superiores aos de outros profissionais da equipe de terapia intensiva<sup>55</sup>.



A abordagem da SB e FC requer estratégias individuais, coletivas e organizacionais. Dado que estudos mostram relação inversa entre SB e empatia, uma estratégia individual eficaz é desenvolver mecanismos para sustentar e elevar a empatia entre os trabalhadores<sup>56,57</sup>.

Paliativistas são instrumentos<sup>45</sup> poderosos e vulneráveis, precisando gerir perdas e lutos recorrentes, e atuar como apoio e cuidado compassivo a pacientes e familiares<sup>58</sup>. Conforme Balint, eles são o “terapeuta como remédio” e devem se autocuidar<sup>59</sup>. O autocuidado, vital na prevenção de SB ou FC, envolve reconhecer o “capital psicológico” – recursos de enfrentamento como empoderamento, resiliência e resistência<sup>60</sup>. Tais elementos corroboram outros estudos<sup>61</sup> que indicam práticas holísticas de autocuidado como primordiais para a sustentação de profissionais de saúde, e que práticas<sup>62</sup> de autoconhecimento se associam a maiores SC e menores SB e FC.

A entrada em vigor da CID-11 em 2022, que descreve o *burnout* como fenômeno ocupacional, mudou a visão da síndrome, tirando o foco da resiliência individual e atribuindo responsabilidade às organizações por ambientes de trabalho mais saudáveis<sup>15</sup>. A pandemia de 2019 também trouxe novas fontes de estresse ocupacional, erodindo fronteiras entre vida pessoal/profissional e gerando gatilhos para SB<sup>63</sup>. Além disso, a pandemia impulsionou pesquisas sobre FC, ao evidenciar o estresse traumático secundário em virtude da escassez de recursos, exaustão e exposição contínua ao sofrimento alheio<sup>64</sup>.

Este estudo inova ao analisar SB e FC em equipes médicas e de enfermagem de um Cacon brasileiro, utilizando o OLBI validado. Confirma a vulnerabilidade de profissionais de saúde ao estresse ocupacional (maior risco para médicos e equipes de emergência/UTI; melhores indicadores para paliativistas) alinhado à literatura global. A pesquisa oferece compreensão detalhada de fatores de risco/proteção por categoria e setor, podendo guiar intervenções e políticas de saúde mental no Brasil.

Este estudo possui limitações. Houve 21% de perda de participantes entre o início e a conclusão do questionário, justificada por fatores como sobrecarga de trabalho, falta de tempo, volume de mensagens ou desinteresse/estresse<sup>14</sup>. A vivência do pesquisador como residente, envio de lembretes e visitas periódicas podem ter melhorado a taxa de resposta<sup>62</sup>. Por fim, o estudo foi feito em um único centro de oncologia brasileiro, utilizando um questionário sociodemográfico e profissional desenvolvido pelos autores e não validado.

## CONCLUSÃO

Profissionais médicos e as equipes dos serviços de emergência e de terapia intensiva demonstraram perfis de maior risco para o sofrimento pelas SB e FC. Profissionais

técnicos em enfermagem e a equipe do serviço de cuidados paliativos apresentaram indicadores mais salutar, como maior SC. Esses dados podem subsidiar abordagens institucionais a fim de identificar fatores de risco para a SB ou a FC entre os trabalhadores e desenvolver soluções efetivas a eles direcionadas.

## CONTRIBUIÇÕES

Todos os autores contribuíram substancialmente na concepção e no planejamento do estudo; na obtenção, análise e interpretação dos dados; na redação e revisão crítica; e aprovação final da versão publicada.

## DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Nada a declarar.

## DECLARAÇÃO DE DISPONIBILIDADE DE DADOS

A disponibilização dos dados pode ser solicitada ao autor correspondente, com apresentação de justificativa razoável, dadas as restrições éticas e de privacidade.

## FONTES DE FINANCIAMENTO

Não há.

## REFERÊNCIAS

1. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;(11):CD002892. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002892.pub3> [Atualizado Cochrane Database Syst Rev. 2014;(12):CD002892. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub4>].
2. Wurm W, Vogel K, Holl A, et al. Depression-burnout overlap in physicians. *PLoS One.* 2016;11(3):e0149913. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149913>
3. Oquendo MA, Bernstein CA, Mayer LES. A key differential diagnosis for physicians – major depression or burnout? *JAMA Psychiatry.* 2019;76(11):1111-2. doi: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1332>
4. Utriainen K, Kyngäs H. Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *J Nurs Manag.* 2009;17(8):1002-10. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01028.x>
5. Yu X, Zhao Y, Li Y, et al. Factors associated with job satisfaction of frontline medical staff fighting against COVID-19: a cross-sectional study in China. *Front Public Heal.* 2020;8:426. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00426>



6. Schwendimann R, Dhaini S, Ausserhofer D, et al. Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes - a cross sectional survey study. *BMC Nurs*. 2016;15(1):37. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0160-8>
7. World Health Organization [Internet]. Geneva: WHO; [sem data]. WHO definition of palliative care. [Acesso 2025 jun 5]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
8. Rokach A. Caring for those who care for the dying: coping with the demands on palliative care workers. *Palliat Support Care*. 2005;3(4):325-32. doi: <https://doi.org/10.1017/S1478951505050492>
9. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med*. 2015;373(8):747-55. doi: <https://doi.org/10.1056/nejmra1404684>
10. Marilaf Caro M, San-Martín M, Delgado-Bolton R, et al. Empathy, loneliness, Burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services. *Enferm Clin*. 2017;27(6):379-86. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.007>
11. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99-113. doi: <http://doi.wiley.com/10.1002/job.4030020205>
12. Frey R, Robinson J, Wong C, et al. Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Appl Nurs Res*. 2018;43:1-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.003>
13. Kang EK, Lihm HS, Kong EH. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean J Fam Med*. 2013;34(1):36-42. doi: <https://doi.org/10.4082/kjfm.2013.34.1.36>
14. Goldhagen BE, Kingsolver K, Stinnett SS, et al. Stress and Burnout in residents: Impact of mindfulness-based resilience training. *Adv Med Educ Pract*. 2015;6:525-32. doi: <https://doi.org/10.2147/amep.s88580>
15. IDC-11: International Disease Classification [Internet]. Versão 11. Geneva: WHO; 2022. [Acesso 2025 jan 25]. Disponível em: <https://icd.who.int/en/>
16. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA*. 2018;320(11):1131-50. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
17. Caruso A, Vigna C, Bigazzi V, et al. Burnout among physicians and nurses working in oncology. *Med Lav [Internet]*. 2012 [acesso 2025 jan 5];103(2):96-105. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22619985/>
18. Shirom A. Reflections on the study of burnout. *Work Stress*. 2005;19(3):263-70. doi: <https://doi.org/10.1080/02678370500376649>
19. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, et al. The Copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*. 2005;19(3):192-207. doi: <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
20. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *Int J Stress Manag*. 2006;13(2):176-200. doi: <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176>
21. Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto AM, et al. Burnout and Engagement in university students: a cross-national study. *J Cross Cult Psychol*. 2002;33(5):464-81. doi: <https://doi.org/10.1177/0022022102033005003>
22. Halbesleben JRB. The role of exhaustion and workarounds in predicting occupational injuries: a cross-lagged panel study of health care professionals. *J Occup Health Psychol*. 2010;15(1):1-16. doi: <https://doi.org/10.1037/a0017634>
23. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, et al. The convergent validity of two burnout instruments. *Eur J Psychol Assess*. 2003;19(1):12-23. doi: <https://doi.org/10.1027//1015-5759.19.1.12>
24. Schuster MS, Dias VV. Oldenburg burnout inventory - validação de uma nova forma de mensurar Burnout no Brasil. *Cienc saude coletiva*. 2018;23(2):553-62. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.27952015>
25. Brigham T, Barden C, Legreid Dopp A, et al. A journey to construct an all-encompassing conceptual model of factors affecting clinician well-being and resilience. *NAM Perspect*. 2018;8(1). doi: <http://dx.doi.org/10.31478/201801b>
26. De Hert S. Burnout in healthcare workers: prevalence, impact and preventative strategies. *Local Reg Anesth*. 2020;13:171-83. doi: <https://doi.org/10.2147/lra.s240564>
27. Dewar B, Pullin S, Tocheris R. Valuing compassion through definition and measurement. *Nurs Manag (Harrow)*. 2011;17(9):32-7. doi: <https://doi.org/10.7748/nm2011.02.17.9.32.c8301>
28. Perez-Bret E, Altisent R, Rocafort J. Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. *Int J Palliat Nurs*. 2016;22(12):599-606. doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.12.599>
29. Shih CY, Hu WY, Lee LT, et al. Effect of a Compassion-Focused Training Program in Palliative Care Education for Medical Students. *Am J Hosp Palliat Med*. 2013;30(2):114-20. doi: <https://doi.org/10.1177/1049909112445463>
30. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing [Internet]*. 1992 [acesso 2025 jan 25];22(4):116-21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1570090/>
31. Figley CR. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the



- traumatised [Internet]. New York: Brunner/Mazel; 1995 [acesso 2021 abr 5]. 268 p. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/compassion-fatigue-coping-with-secondary-traumatic-stress-disorder-in-those-who-treat-the-traumatised-edited-by-charles-r-figley-new-york-brunner-mazel-1995-268-pp-3595-hb-isbn-0876307594/F07DF92F29D837E49897419FC8401FDF>
32. Sabo B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *J Issues Nurs*. 2011;16(1):1. doi: <https://doi.org/10.3912/ojin.vol16no01man01>
  33. Neville K, Cole DA. The relationships among health promotion behaviors, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in nurses practicing in a community medical center. *J Nurs Adm*. 2013;43(6):348-54. doi: <https://doi.org/10.1097/nnn.0b013e3182942c23>
  34. Dasan S, Gohil P, Cornelius V, et al. Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emerg Med J*. 2015;32(8):588-94. doi: <https://doi.org/10.1136/emered-2014-203671>
  35. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, et al. Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud*. 2017;69:9-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
  36. Fernando AT, Consedine NS. Beyond compassion fatigue: the transactional model of physician compassion. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(2):289-98. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.014>
  37. Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estud psicol (Natal)*. 2013;18(2):213-21. doi: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20130025>
  38. Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In: Figley CR, editor. *Treating compassion fatigue*. 1. ed. New York: Routledge; 2002. p. 107-19. [acesso 2025 jan 5]. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/232476002\\_Measuring\\_compassion\\_satisfaction\\_as\\_well\\_as\\_fatigue\\_Developmental\\_history\\_of\\_the\\_Compassion\\_Satisfaction\\_and\\_Fatigue\\_Test](https://www.researchgate.net/publication/232476002_Measuring_compassion_satisfaction_as_well_as_fatigue_Developmental_history_of_the_Compassion_Satisfaction_and_Fatigue_Test)
  39. Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2007;147(8):W163-94. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010-w1>
  40. SurveyMonkey [Internet]. Dublin: SurveyMonkey Europe UC; ©1999-2025. [acesso 2025 jul 10]. Disponível em: <https://www.surveymonkey.com>
  41. Miot HA. Avaliação da normalidade dos dados em estudos clínicos e experimentais. *J vasc bras*. 2017;16(2):88-91. doi: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.041117>
  42. SPSS®: Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 20.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso 2025 mar 9]. Disponível em: [https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm\\_content=SRCWW&p1=Search&p4=43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwgZCoBhBnEiwAz35Rwiltb7s14pOSLocnooMOQh9qAL59IHVc9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD\\_BwE&gclidsrc=aw.ds](https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm_content=SRCWW&p1=Search&p4=43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwgZCoBhBnEiwAz35Rwiltb7s14pOSLocnooMOQh9qAL59IHVc9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD_BwE&gclidsrc=aw.ds)
  43. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n° 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:59.
  44. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, et al. Retraction of "prevalence and predictors of burnout among hospice and palliative care professionals from. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59:965. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.027>
  45. Cendón BV, Ribeiro NA, Chaves CJ. Pesquisas de survey: análise das reações dos respondentes memórica científica original. *Informação Soc Estud*. 2014;24(3):29-48. doi: <https://doi.org/10.22478/ufrpb.1981-801X.2014v24n3.19963>
  46. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-85. doi: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>
  47. McKinley N, McCain RS, Convie L, et al. Resilience, burnout and coping mechanisms in UK doctors: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(1):e031765. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031765>
  48. Koen MP, van Eeden C, Wissing MP. The prevalence of resilience in a group of professional nurses. *Heal SA Gesondheid*. 2011;16(1):11. doi: <https://doi.org/10.4102/hsag.v16i1.576>
  49. Chequini MCM. A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. *Psicol Rev*. 2007;16(1-2):93-117. doi: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20130025>
  50. Dijkhoorn AFQ, Brom L, van der Linden YM, et al. Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: a systematic literature review. *Palliat Med*. 2021;35:6-26. doi: <https://doi.org/10.1177/0269216320956825>
  51. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nurs Ethics*. 2011;18:317-26. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>



52. Harrison KL, Dzeng E, Ritchie CS, et al. Addressing palliative care clinician burnout in organizations: a workforce necessity, an ethical imperative. *J Pain Symptom Manage.* 2017;53(6):1091-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.01.007>
53. Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA.* 2008;300(14):1665-73. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.300.14.1665>
54. O'Callaghan EL, Lam L, Cant R, et al. Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: a descriptive cross-sectional study. *Int Emerg Nurs.* 2020;48:100785. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.008>
55. Sanfilippo F, Palumbo GJ, Noto A, et al. Prevalência de burnout entre médicos atuantes em terapia intensiva: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ter Intensiva.* 2020;32(3):458-67. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200076>
56. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, et al. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: a systematic review. *Burn Res.* 2017;6:18-29. doi: <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
57. Brockhouse R, Msetfi RM, Cohen K, et al. Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: the moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *J Trauma Stress.* 2011;24(6):735-42. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.20704>
58. Sansó N, Galiana L, Oliver A, et al. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage.* 2015;50(2):200-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
59. Balint M. *The doctor, his patient and the illness.* London: Churchill Livingstone; 2000.
60. Lima LG, Nassif VMJ, Garçon MM. O poder do capital psicológico: a força das crenças no comportamento empreendedor. *Rev Adm Contemp.* 2020;24(4):317-34. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2020180226>
61. Jones SH. A self-care plan for hospice workers. *Am J Hosp Palliat Care.* 2005;22(2):125-8. doi: <https://doi.org/10.1177/104990910502200208>
62. Kearney M, Weininger R. Whole person self-care: self-care from the inside out. In: Hutchinson TA, editor. *Whole person care - a new paradigm for the 21 Century.* 1. ed. Montreal Quebec: Springer; 2011. p. 109-25.
63. Faria ARQP, Coelho HFC, Silva AB, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the development of burnout syndrome in frontline physicians: prevalence and associated factors. *Rev Assoc Med Bras.* 2021;67(7):942-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210244>
64. Lluch C, Galiana L, Doménech P, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: a systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare (Basel).* 2022;10(2):364. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare10020364>

Recebido em 13/5/2025  
Aprovado em 24/6/2025

