

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THAYANE MARTINS DORNELLES

**QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E *COPING* EM TRABALHADORES DA  
SAÚDE NO CUIDADO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE  
VIOLÊNCIA SEXUAL**

Porto Alegre

2019

THAYANE MARTINS DORNELLES

**QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E *COPING* EM TRABALHADORES DA  
SAÚDE NO CUIDADO À CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE  
VIOLÊNCIA SEXUAL**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, para obtenção do título de Mestre.

Linha de Pesquisa: Gestão em saúde e enfermagem e organização do trabalho.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra<sup>a</sup>. Sônia Beatriz Cócara de Souza

Porto Alegre

2019

## CIP - Catalogação na Publicação

Martins Dornelles, Thayane  
Qualidade de vida profissional e coping em  
trabalhadores da saúde no cuidado à crianças e  
adolescentes vítimas de violência sexual / Thayane  
Martins Dornelles. -- 2019.  
69 f.  
Orientador: Sônia Beatriz Cócáro de Souza.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Enfermagem, Porto Alegre, BR-RS,  
2019.

1. Saúde Ocupacional . 2. Pessoal da saúde . 3.  
Fadiga por compaixão. 4. Adaptação psicológica. 5.  
Abuso sexual na infância . I. Beatriz Cócáro de Souza,  
Sônia, orient. II. Título.

**THAYANE MARTINS DORNELLES**

**QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E COPING NA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL  
DE SAÚDE QUE ATENDE CRIANÇAS E ADOLESCENTES VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA  
SEXUAL.**

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 18 de março de 2019.

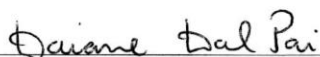
**BANCA EXAMINADORA**



Profa. Dra. Sônia Beatriz Cócara de Souza

Presidente da Banca – Orientadora

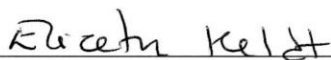
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Daiane Dal Pai

Membro da banca

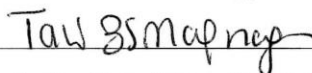
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Elizeth Paz da Silva Heldt

Membro da banca

PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Tania Solange Bosi de Souza Magnago

Membro da banca

UFSM

Dedico esta dissertação aos meus pais, Ana e Luiz, meus maiores mestres na vida, a quem devo tudo o que sou.

Aos meus amados irmãos, Alyane e Alysson.

E a todas as pessoas que estiveram comigo neste

processo, pelo apoio, compreensão e amor.

A vocês minha eterna gratidão.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente aos meus pais, pelo amor incondicional, pelo incansável investimento em conhecimento, pelo apoio em todas as minhas decisões, por sempre estarem ao meu lado, pelo companheirismo e pela felicidade a cada conquista minha. A vocês, todo o meu amor.

Aos meus irmãos, Alyane e Alysson, meus companheiros de uma vida inteira, meus incentivadores, meus sorrisos mais sinceros, meus apoiadores, meu ponto de equilíbrio. Amor e gratidão eterna.

Agradeço a minha orientadora professora Sônia, pela presença, paciência, aprendizado constante, incentivo e dedicação. Ela esteve ao meu lado desde o início da minha formação acadêmica e assim permaneceu. Com ela aprendi a ser pesquisadora e compreendi o verdadeiro significado de professora. Obrigada por estar sempre guiando meus passos, por ser minha professora, amiga e exemplo. Por reforçar diariamente o ideal de que vale a pena lutar pelos sonhos. Nestes seis anos, agradeço pelos cafés, pelas conversas, pelos conselhos, pelos sorrisos, pelos abraços e pelo amor compartilhado a cada encontro. Obrigada por me entender em apenas um olhar.

Agradeço a Escola de Enfermagem e o Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, por me ensinarem tanto desde 2010.

Aos bolsistas de iniciação científica, Max, Rafaela e Fernanda, por me auxiliarem na coleta de dados. Sem a ajuda de vocês, tudo ficaria mais difícil. Serão eternamente lembrados por mim.

Ao GISO (Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional), pelo aprendizado, discussões e ensinamentos a cada encontro.

Ao Hospital Materno Infantil Presidente Vargas e profissionais de saúde da instituição que se dispuseram a participar da pesquisa.

Agradeço também aos meus amigos que ao longo desse percurso foram essenciais, deixando o caminho mais leve. Obrigada pelos momentos de descontração, pela compreensão nos momentos de ausência, pelo amor, pelas alegrias, pelos sorrisos, pelos abraços, pelo afeto e por me acompanharem nessa jornada.

Por fim, esse trabalho marca o encerramento de um projeto de vida, da realização de um sonho e da certeza da continuação. Finalizo esse processo muito feliz e grata pelo caminho que percorri até o momento.

## RESUMO

DORNELLES, Thayane Martins. **Qualidade de vida profissional e *coping* em trabalhadores da saúde no cuidado à crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.**[dissertação]. 70f. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019.

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa transversal, que objetivou verificar a qualidade de vida profissional e estratégias de *coping* em trabalhadores da saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em um serviço de referência em Porto Alegre, RS. Os setores incluídos no estudo foram selecionados devido à possibilidade de os profissionais estarem expostos ao cuidado das vítimas de violência sexual, como a emergência pediátrica, internação pediátrica, ambulatórios e centro obstétrico. Para a avaliação da qualidade de vida profissional foi utilizado o instrumento ProQol-BR, e para identificar as estratégias de *coping* foi utilizado o Inventário de Respostas de *Coping* no Trabalho (IRC-T). O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da instituição, respeitando os preceitos éticos. Os dados foram organizados e analisados no programa SPSS, 21.0. A amostra do estudo incluiu 177 profissionais, sendo 78% do sexo feminino, com média de idade entre  $40 \pm 10,35$  anos. Identificou-se que 54,2% dos profissionais apresentavam níveis médios na dimensão satisfação por compaixão; 50,8% níveis médios na dimensão estresse traumático secundário; e 61% dos trabalhadores níveis médios na dimensão do *burnout*. O sexo feminino foi estatisticamente significativo quando associado ao estresse traumático secundário ( $p = 0,002$ ). Obteve-se associação estatisticamente significativa entre algumas estratégias de *coping* e as dimensões da qualidade de vida profissional: tomada de decisão e satisfação por compaixão ( $p = 0,001$ ); extravasamento emocional e estresse traumático secundário ( $p = 0,001$ ); e extravasamento emocional e *burnout* ( $p = 0,001$ ). Apresentaram-se associadas a baixos níveis de satisfação por compaixão: idade e tomada de decisão (estratégia de enfrentamento). Assistentes sociais e psicólogos apresentaram maior probabilidade de possuir altos níveis na dimensão do *burnout*. Os resultados sugerem que os profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual estão suscetíveis a desenvolver fadiga por compaixão. A identificação de estratégias de *coping* eficazes para manejar as situações no cotidiano laboral torna-se imprescindível, e também a criação de capacitações institucionais com o intuito de contribuir para altos níveis de satisfação por compaixão e, conseqüentemente, baixos níveis de estresse traumático secundário de *burnout*.

**Palavras-chaves:** Saúde ocupacional. Pessoal de saúde. Fadiga por compaixão. Adaptação psicológica. Abuso sexual na infância.



## ABSTRACT

DORNELLES, TM. **Quality of professional life and *coping* in the multiprofessional health team that provides children and adolescents victims of sexual violence** [dissertation]. Porto Alegre: Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2019.

This is a cross-sectional quantitative study aimed to analyze the quality of working life and coping strategies in health workers who attend children and young people victims of sexual violence in a reference service in Porto Alegre. The sectors included in the study were selected because of the possibility of exposure to the care of victims of sexual violence, such as pediatric emergency, pediatric hospitalization, outpatient clinics and obstetric center. The ProQol-BR instrument was used to evaluate the professional quality of working life and the Coping at Work Inventory (IRC-T) was used to identify coping strategies. The study was approved by the Ethics and Research Committee of the institution, respecting the ethical precepts. The data were organized and analyzed using the statistical software (SPSS, 21.0). The sample included 177 professionals, of which 78% were female, with a mean age of  $40 \pm 10,35$  years. It was identified that 54.2% of the professionals present average levels in satisfaction dimension with compassion, 50.8% in average levels in the secondary traumatic stress dimension and 61% in average levels in the burnout dimension. The female sex was statistically significant when associated with secondary traumatic stress ( $p = 0.002$ ). A statistically significant association was found between some coping strategies and the dimensions of professional quality of life: decision making and compassion satisfaction ( $p = 0,001$ ); emotional extravasation and secondary traumatic stress ( $p = 0.001$ ); and emotional extravasation and burnout ( $p = 0.001$ ). Associated with low levels of compassion satisfaction: age and decision making (coping strategy). It was found that social workers and psychologists present higher levels of burnout. The results suggest that health professionals who attend children and adolescents who are victims of sexual violence are susceptible to develop compassion fatigue. The identification of effective coping strategies to handle everyday situations becomes essential, as well as the creation of institutional capacities to contribute to high levels of satisfaction for compassion and, consequently, low levels of secondary traumatic burnout stress.

**KEYWORDS:** Occupational Health. Health Personnel. Compassion Fatigue. Adaptation Psychological. Child Abuse Sexual.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

|  |    |
|--|----|
| Figura 1 – Diagrama da Qualidade de Vida (QVP).....                            | 16 |
| Figura 2 – Modelo do processo de <i>burnout</i> de Leiter (1993).....          | 17 |
| Figura 3 – Fadiga por compaixão: novo modelo etiológico.....                   | 18 |
| Figura 4 – Modelo do Processo de <i>Coping</i> (Beresford, 1994).....          | 23 |
| Figura 5 - Associação entre a dimensão Burnout e categorias profissionais..... | 39 |

## LISTA DE TABELAS

|   |    |
|---|----|
| Tabela 1 – Distribuição de frequências das variáveis de caracterização da equipe multiprofissional em saúde. Porto Alegre, 2019. (n=177) .....  | 35 |
| Tabela 2 – Dimensões da Qualidade de Vida Profissional (ProQol-BR) conforme sexo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019. (n=177) .....   | 37 |
| Tabela 3 – Correlação entre os domínios da Qualidade de Vida Profissional (ProQol-BR) e as categorias de estratégias de <i>coping</i> utilizadas pelos profissionais de saúde. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019. (n=177)..... | 38 |

## **LISTA DE SIGLAS**

|       |   |
|-------|---|
| CRAI  | Centro de Referência de Atendimento Infanto-Juvenil |
| ECA   | Estatuto da Criança e do Adolescente                |
| ETS   | Estresse Traumático Secundário                      |
| GISO  | Grupo Interdisciplinar da Saúde Ocupacional         |
| HMPV  | Hospital Materno Infantil Presidente Vargas         |
| OMS   | Organização Mundial da Saúde                        |
| ONU   | Organização das Nações Unidas                       |
| QVP   | Qualidade de Vida Profissional                      |
| SUS   | Sistema Único de Saúde                              |
| TCLE  | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido          |
| UFRGS | Universidade Federal do Rio Grande do Sul           |

## SUMÁRIO

|   |           |
|---|-----------|
| <b>1 INTRODUÇÃO .....</b>   | <b>10</b> |
| <b>2 OBJETIVOS .....</b>  | <b>14</b> |
| 2.1 Objetivo geral .....  | 14        |
| 2.2 Objetivos específicos .....   | 14        |
| <b>3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....</b>   | <b>15</b> |
| 3.1 Qualidade de Vida Profissional .....  | 15        |
| 3.2 Violência sexual contra crianças e adolescentes .....   | 20        |
| 3.3 Estratégias de Enfrentamento - <i>Coping</i> .....  | 22        |
| <b>4 MÉTODO.....</b>  | <b>26</b> |
| 4.1 Delineamento.....   | 26        |
| 4.2 Fator em estudo e desfecho .....  | 26        |
| 4.3 Campo de estudo .....   | 26        |
| 4.4 População .....   | 27        |
| 4.5 Tamanho amostral .....  | 27        |
| 4.6 Coleta de dados.....  | 28        |
| 4.7 Instrumentos de coleta de dados .....   | 28        |
| 4.8 Análise de dados .....  | 29        |
| 4.9 Aspectos éticos .....   | 30        |
| <b>5 RESULTADOS .....</b>   | <b>31</b> |
| 5.1 Artigo 1.....   | 31        |
| <b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>  | <b>48</b> |
| <b>REFERÊNCIAS .....</b>  | <b>50</b> |
| <b>APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....</b>   | <b>56</b> |
| <b>APÊNDICE B - PROTOCOLO DE PESQUISA - Qualidade de vida profissional e <i>Coping</i> em trabalhadores de saúde que atendem crianças vítimas de violência sexual em um serviço de referência .....</b> | <b>58</b> |
| <b>ANEXO A – INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL - PROQOL-BR.....</b>   | <b>59</b> |
| <b>ANEXO B – INVENTÁRIO DE RESPOSTAS DE <i>COPING</i> NO TRABALHO (IRC-T) .....</b>   | <b>62</b> |

## 1 INTRODUÇÃO

Profissionais de saúde que lidam com a dor, sofrimento e traumas de seus pacientes estão expostos a um ambiente de trabalho que, em algumas ocasiões, podem propiciar sofrimento ao trabalhador. Conforme características pessoais, esses profissionais podem manter um equilíbrio entre os sentimentos positivos e negativos relacionados ao trabalho, resultando em uma Qualidade de Vida Profissional (QVP) satisfatória. A QVP envolve sentimentos do profissional da saúde em relação ao seu trabalho e incorpora dois aspectos: o positivo — que é a satisfação por compaixão; e o negativo — que corresponde à fadiga por compaixão. A satisfação por compaixão é caracterizada pelos sentimentos de satisfação que o profissional de saúde obtém por meio de sua prática profissional, incluindo sentimentos de prazer sobre a capacidade de ajudar, de contribuir para a organização do trabalho ou até mesmo fazer um bem maior para a sociedade (STAMM, 2010).

A fadiga por compaixão é definida como “um estado de exaustão e disfunção – biológica, psicológica, e social – resultante da exposição prolongada ao estresse por compaixão” (FIGLEY, 1995). Compreende dois aspectos: o primeiro diz respeito a sentimentos típicos do *burnout*, como exaustão, frustração, raiva e depressão (STAMM, 2010). E o segundo aspecto refere-se ao “Estresse Traumático Secundário” ou “Trauma Secundário” caracterizado por medo e trauma relacionados ao trabalho (STAMM, 2010).

O profissional de saúde ligado ao atendimento de uma clientela, que tem como demanda a dor e o sofrimento, torna-se fatigado quando não consegue mais lidar de forma saudável com os sentimentos provenientes do contato com os traumas dos pacientes. Esses profissionais tendem a apresentar respostas somáticas e/ou defensivas em relação ao seu trabalho (FIGLEY; STAMM, 1996). Dessa forma, estão expostos à fadiga por compaixão: médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, assistentes sociais, psicólogos e quaisquer profissionais que tenham, como parte do seu ofício, o contato com a dor e o sofrimento. Nesse contexto, podemos incluir as equipes de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

A violência contra a criança é um problema social e histórico, sendo considerada um importante problema de saúde pública (ASSIS et al., 2012) por contribuir para altas taxas de mortalidade e morbidade nessa faixa etária (BRITO et al, 2005). No Brasil, no ano de 2014 foram notificados 30.240 casos de violência contra crianças na faixa etária entre zero e nove anos, e 53.821 casos de adolescentes entre 10 e 19 anos. A violência mais notificada foi a negligência envolvendo crianças de zero a nove anos (51,6%), seguida pela violência física

(29,9%), a sexual (27,4%) e psicológica (16,9%). Já em indivíduos entre 10 e 19 anos, a violência mais notificada foi a física (64,4%), seguida pela violência sexual (24,1%), violência psicológica (23,1%) e negligência (11,2%) (SINIMBU et al, 2016). O número de casos de violência notificado ainda é menor do que o estimado (WILHELM; SANTOS, 2013). Em nível global, uma em cada cinco meninas já foram vítimas de violência sexual, este número diminui quando analisamos países do continente Africano, em que esta proporção é de uma em cada três meninas (OMS, 2014).

A violência é um evento muito complexo, devido a suas diferentes formas e manifestações. Em geral, as pessoas sensibilizam-se com esse assunto, especialmente os profissionais que lidam com essas situações diariamente. A atuação diante desse fenômeno pode repercutir em cada profissional de várias maneiras (WILHELM; SANTOS, 2013). Estudo realizado com alunos do curso de psicologia que atuavam com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, descreveu sentimentos negativos mais prevalentes oriundos do atendimento, entre os quais revolta, impotência, raiva, desconfiança, dor, agressividade, pena e nojo (PENSO et al, 2008). Outro estudo realizado por Correa, Labrocini e Trigueiro (2009), com profissionais de saúde que atendiam crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, identificou os sentimentos de angústia, impotência e tristeza devido às próprias limitações e também às deficiências do sistema de saúde. Em muitas situações, os sentimentos negativos levam os profissionais a subestimarem suas capacidades e conhecimentos. Outra questão que causa sofrimento aos profissionais é o medo e a insegurança ao identificarem casos de violência, pois, muitas vezes, as equipes de saúde estão inseridas em contextos onde muitas famílias estão envolvidas com o tráfico de drogas (ANDRADE et al, 2011).

Conhecer os sentimentos envolvidos permite que os profissionais lidem de uma maneira melhor com as emoções vivenciadas (WILHELM; SANTOS, 2013). Segundo Lancman e Sznelwar (1984), existem diversas formas de sofrimento no trabalho: o “medo do acidente, angústia de não ser capaz de seguir as cadências ou os limites de tempo impostos, sofrimento proveniente da repetição contínua e do aborrecimento, medo das agressões provenientes dos usuários, receio da dominação e da autoridade exercida pela hierarquia, medo da demissão, entre outros problemas”. Porém o sofrimento mais doloroso é a sensação permanente de impotência e incapacidade, em que os conhecimentos adquiridos na formação são considerados inúteis. Por outro lado, os sentimentos de compaixão e piedade são descritos como motivadores para desenvolverem suas práticas assistenciais (AMARAL et al, 2013).

Observa-se que diversos profissionais, ainda que expostos a esse contexto, utilizam estratégias de *coping*, ou seja, adaptam-se a situações vivenciadas consideradas desgastantes

ou nocivas. Essa adaptação ocorre a partir de um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados conscientemente pelo indivíduo (LIM; BOGOSSIAN; AHERN, 2010; SINGH, SHARMA, SHARMA, 2011).

A saúde mental do trabalhador vem sendo tema de várias pesquisas nos últimos anos, no Brasil e em outros países, e os resultados apontam altos índices de incapacitação temporária ou permanente no trabalho, absenteísmo, aposentadoria precoce e riscos à saúde (VALERETTO; ALVES, 2013). No Brasil, no ano de 2016, os transtornos mentais e comportamentais, padronizados pelo capítulo V da Classificação Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde, versão 10 (CID10), foram a quinta principal causa de concessão de benefício auxílio-doença por incapacidade laborativa (MPS, 2016). Além disso, autores classificam a fadiga por compaixão como a principal ameaça à saúde mental dos profissionais de saúde (LAGO; CODO, 2013).

O interesse pela temática surgiu a partir dos cenários de prática vivenciados durante a residência multiprofissional em um serviço de referência para o atendimento às crianças e aos adolescentes vítimas de violência sexual associado à observação da tensão no cotidiano laboral. Esse contexto possibilitou vivenciar diversos sentimentos em relação ao atendimento de crianças vítimas de violência sexual, e também o estresse vivenciado pelos profissionais. O desejo de desenvolver este estudo ocorreu a partir da experiência vivida e inúmeras consultas à literatura para compreender esse cotidiano profissional.

A busca na literatura identificou uma lacuna do conhecimento sobre qualidade de vida profissional e estratégias de *coping* em trabalhadores da saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Uma revisão sistemática, realizada entre os anos de 2006 a 2015 sobre o tema, identificou apenas um estudo que abordou a qualidade de vida profissional (HOOK; ROTHENBERG, 2009). A inconsistência na literatura pode ser explicada pelos diferentes desfechos de interesse, tamanhos amostrais e delineamentos (BONACH; HECKERT, 2012; FURLONGER; TAYLOR, 2013; BOURKE; CRAUN, 2014; DURSUN et al., 2014; HYATT-BURKHART, 2014; MENASHE et al., 2014; COHEN et al., 2015). Tal hiato do conhecimento justifica a presente investigação sobre a qualidade de vida profissional de profissionais de saúde que atendem crianças vítimas de violência sexual e a utilização de estratégias de *coping* para lidarem com o cotidiano laboral.

Com este estudo pretende-se contribuir com estudos futuros para a compreensão desse fenômeno na equipe multiprofissional, por serem estes os que convivem de forma mais estreita e por mais tempo com os dramas físicos e psíquicos dos seus pacientes. O conhecimento aqui produzido também poderá subsidiar outras categorias profissionais,



instituições de saúde e de ensino a instrumentalizarem os futuros profissionais, visando estratégias de proteção e prevenção de danos à saúde.

A hipótese deste estudo é a de que profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual utilizam menos estratégias de enfrentamento (*coping*) apresentando baixa qualidade de vida profissional. Assim, neste estudo busca-se responder a seguinte questão de pesquisa: qual é a qualidade de vida profissional e estratégias de *coping* utilizadas pelos trabalhadores que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual?

## 2 OBJETIVOS

Com base no capítulo anterior, foram elaborados os objetivos deste estudo.

### 2.1 Objetivo geral

Avaliar a qualidade de vida profissional e *coping* na equipe multiprofissional em saúde que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em um serviço de referência.

### 2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar os profissionais, segundo variáveis sociodemográficas;
- Mensurar os níveis de qualidade de vida profissional em profissionais da saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual;
- Avaliar os níveis de *coping*;
- Identificar a correlação entre níveis de qualidade de vida profissional e de *coping*.

### 3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A revisão de literatura foi organizada em três tópicos: Qualidade de Vida Profissional (QVP), violência sexual e estratégias de enfrentamento (*coping*).

#### 3.1 Qualidade de Vida Profissional

A Qualidade de Vida Profissional (QVP) pode ser definida como uma sensação de bem-estar em poder ajudar outras pessoas em diversas situações que apresentem dor e/ou sofrimento. Os elementos empáticos — compaixão e altruísmo — são imprescindíveis nos atos de ajudar, e a utilização deles no cotidiano laboral pode gerar recompensas psíquicas, expressas pelos sentimentos de alegria em ajudar outrem, ou custos psíquicos, quando não há empatia com o sofrimento alheio. A partir deste conceito, os autores criaram um modelo teórico de QVP, que inclui dois fatores: satisfação por compaixão, classificado como aspecto positivo, e fadiga por compaixão, como negativo (FIGLEY, 1995; STAMM, 2002; 2005).

Profissionais que estão expostos às emoções e aos sofrimentos do outro podem, indiretamente, absorver seus traumas e medos. A compaixão é inerente às profissões assistenciais, e os autores enfatizam que ela é considerada uma fonte de gratificação ou de desgaste. O equilíbrio entre a satisfação por compaixão e fadiga por compaixão resulta em QVP, de modo que a satisfação por compaixão se sobreponha à fadiga por compaixão (FIGLEY, 1995; STAMM, 2002; 2005; 2010).

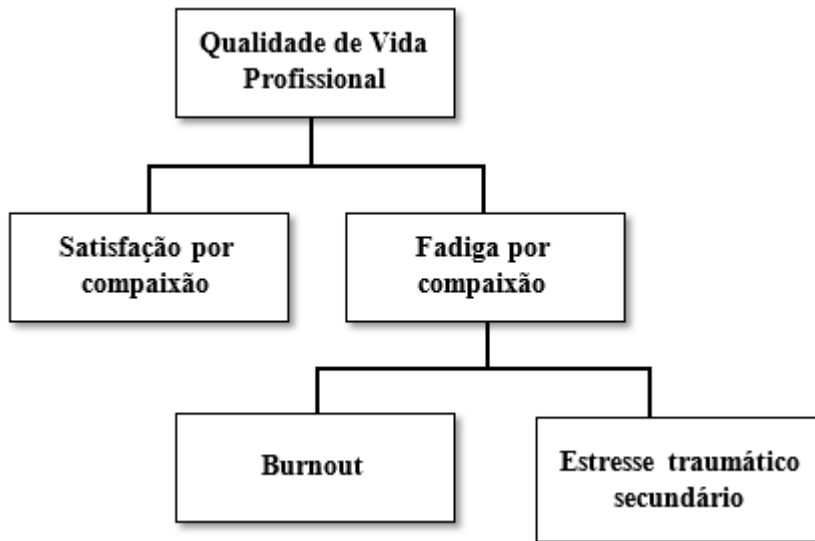
A satisfação por compaixão é o polo positivo desse modelo, que tem como características a sensação de bem-estar em ajudar os outros, de sentir-se capaz, de fazer a diferença e de ser recompensado pelos esforços no trabalho (STAMM, 2010). A satisfação, portanto, resulta da preocupação empática com o outro (LAGO; CODO, 2013). Profissionais de saúde que apresentam satisfação por compaixão podem expressar os seguintes efeitos: união entre os grupos de trabalho; satisfação profissional e pessoal devido ao reconhecimento; aumento do sentido da empatia; compreensão sobre a natureza humana (STAMM et al, 2002).

A fadiga é definida como o resultado da exposição prolongada a altos níveis de estresse, e poderá ocasionar desgaste emocional e sofrimento em profissionais que atuam em ambientes de trabalho que têm como demanda o sofrimento, e, em consequência deste, a compaixão (FIGLEY, 1995; 2002; 2008).

A fadiga por compaixão representada no modelo de qualidade de vida profissional expressa o aspecto negativo, ou seja, as vivências negativas relacionadas ao trabalho. Esse

fator divide-se em dois aspectos: o primeiro diz respeito a sentimentos de irritabilidade, exaustão e frustração, típicos do *burnout*; a segunda envolve medos e traumas (absorvidos indiretamente) das pessoas em sofrimento, denominado Estresse Traumático Secundário (ETS) (STAMM, 2010). A QVP, construto elaborado por Stamm, é expresso por meio de um diagrama, ilustrado na Figura 1.

**Figura 1 – Diagrama da Qualidade de Vida Profissional (QVP)**



Fonte: Stamm (2010)

O *burnout* é definido como “uma síndrome psicológica em resposta a estressores interpessoais crônicos presentes no ambiente de trabalho”. Esse fenômeno caracteriza-se por três aspectos: o primeiro trata-se de um construto multidimensional (a exaustão emocional, a despersonalização e a redução da satisfação pessoal no trabalho); o segundo está relacionado às suas causas que têm origem no ambiente de trabalho; e a última em que *burnout* é um processo e não um estado. A demanda emocional do cotidiano laboral é o principal fator por esgotar a capacidade do profissional de envolver-se com questões do trabalho e modifica a maneira deste de responder às necessidades de quem recebe os seus serviços (MASLACH; LEITER, 1997; MASLACH; SCHAUFELI; LEITER, 2001; MASLACH, 2009).

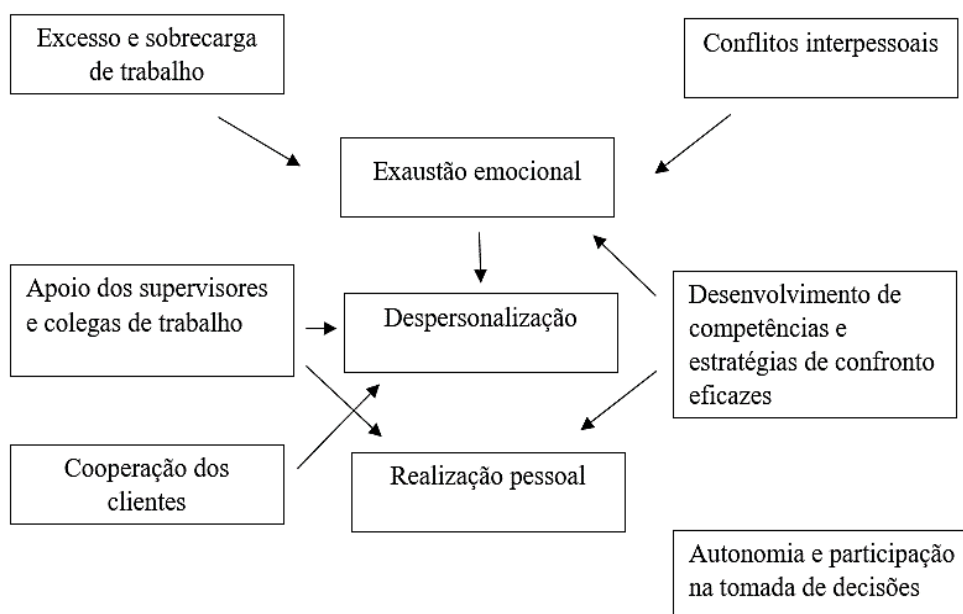
Profissionais de saúde que desempenham suas atividades que têm como característica alto grau de contato com o paciente ou que desprendam de uma intensa e prolongada atenção aos usuários que estão em situação de necessidade ou dependência, estão suscetíveis a desenvolver a síndrome de *burnout* (ZANATTA; LUCCA, 2015).

A exaustão emocional tem início quando não há energia e entusiasmo para trabalhar, e situações de estresse que antes eram bem elaboradas já não são enfrentadas da mesma forma. A despersonalização é caracterizada pelo distanciamento afetivo, no qual o indivíduo apresenta comportamentos e atitudes negativas, como o cinismo e indiferença em relação aos pacientes e ao ambiente laboral. Geralmente, a exaustão emocional, associada à despersonalização, tende a diminuir a satisfação profissional (MASLACH; JACKSON, 1981; MASLACH; LEITER, 1997; MASLACH et al., 2001).

Em 1999, a síndrome de *burnout* foi reconhecida pela Previdência Social como uma doença ocupacional (BRASIL, 1999). O quadro clínico apresentado é variável, entretanto, pode incluir sintomas psicossomáticos, psicológicos e comportamentais, gerando consequências negativas em nível individual, profissional e social. O *burnout* favorece o aumento do absenteísmo nas instituições, as licenças saúde, os acidentes de trabalho e conflitos entre equipes, e, conseqüentemente, a diminuição da qualidade de vida profissional (CARDOSO et al, 2017).

Na perspectiva de que a síndrome de *burnout* é um processo e não um estado, profissionais desmotivados com o trabalho podem experienciar situações de estresse, entretanto, não desenvolvem a síndrome de *burnout* (LEITER, 1993; SCHAUFELI; MASLACH; MAREK, 1993). Para compreender esse processo, Leiter (1993) elaborou um modelo, ilustrado na Figura 2.

**Figura 2 – Modelo do processo de *burnout* de Leiter (1993)**



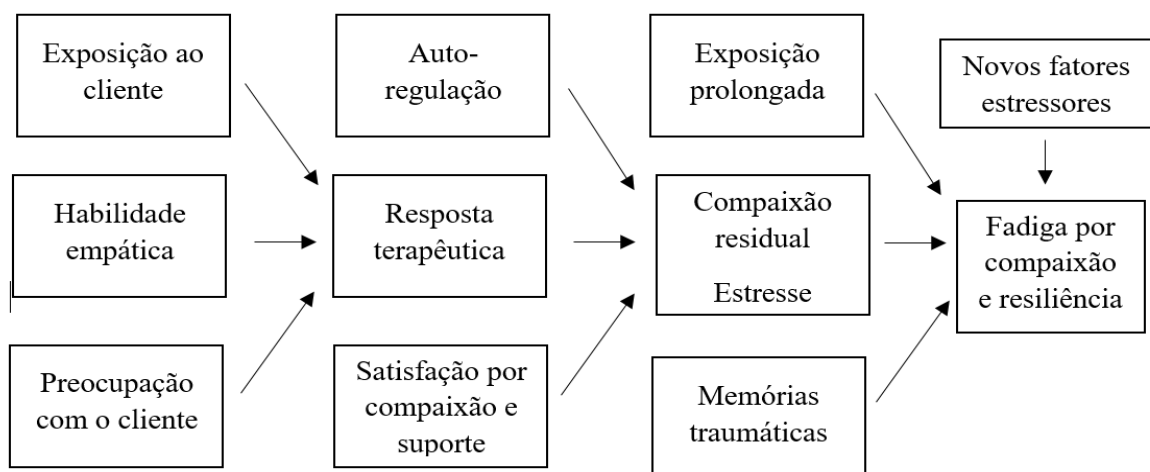
Fonte: Leiter (1993)

O ETS é definido por Figley (1995) como “uma consequência comportamental e emocional natural decorrente do conhecimento da ocorrência de um evento traumático com alguém – o estresse decorrente do ajudar, ou querer ajudar, uma pessoa traumatizada ou em sofrimento”. Contudo, em alguns casos, os trabalhadores de saúde desenvolvem a fadiga por compaixão por não conseguirem mais lidar de forma saudável com os sentimentos negativos que surgem. Os efeitos negativos do ETS incluem dificuldades no sono, imagens intrusivas ou vivenciar o trauma e sofrimento de alguém que foi ajudado a ponto de evitar atividades que possam trazer tais lembranças (STAMM, 2010). O ETS está relacionado ao trauma vicariante, que é definido como a traumatização por observação ou por tomada de conhecimento sobre o trauma do outro – passando também a vivenciar este trauma (PEARLMAN; MAC, 1995).

Profissionais da saúde que trabalham com crianças que foram vítimas de algum tipo de trauma, especialmente abuso sexual, estão mais expostos a desenvolver os efeitos negativos do ETS (SAGE; BROOKS; GREENBERG, 2017).

Em 1995, Figley criou um modelo etiológico como forma de prevenir e/ou atenuar a fadiga por compaixão. Esse modelo incluía onze variáveis e tinha como base a empatia e a energia emocional. Os resultados desse modelo poderiam diminuir consideravelmente a reatividade emocional ligada ao evento traumático (FIGLEY, 2002). Em 2014, o autor atualizou o modelo (Figura 1), incluindo o aspecto resiliência e novas variáveis encontradas em pesquisas sobre reações ao estresse traumático secundário.

**Figura 3 – Fadiga por compaixão: novo modelo etiológico**



Fonte: Figley (2014)

O modelo etiológico da fadiga por compaixão é descrito da seguinte forma (FIGLEY, 2014):

- Exposição ao cliente: é o número de horas semanais em que o profissional de saúde é exposto ao sofrimento de seu paciente;
- Habilidade empática: sentimento fundamental ao ajudar na recuperação de outra pessoa, é definida como a aptidão profissional para entender a dor do outro.
- Preocupação com o cliente: caracterizada como a motivação em ajudar e procurar respostas às necessidades das pessoas;
- Autorregulação: é a consciência do trabalhador em gerenciar o impacto do estresse e separar estas experiências laborais da sua vida pessoal;
- Resposta terapêutica: capacidade do profissional em reduzir o sofrimento de outra pessoa (estar disposto a mudar; temer menos; ser otimista; se sentir apoiado). Entretanto, ao ajudar outra pessoa, o profissional experimenta indiretamente o sofrimento (estresse por compaixão residual);
- Satisfação por compaixão: quando os profissionais estão satisfeitos com o trabalho realizado e também apresentam satisfação pessoal;
- Exposição prolongada: quando os profissionais são expostos ao sofrimento por muito tempo. Quanto menor o período de exposição, melhor a sua recuperação;
- Compaixão residual ao estresse: experiência vivida pelo profissional como reações de estresse ao sofrimento do paciente e à preocupação em conter o sofrimento da outra pessoa;
- Memórias traumáticas: estas memórias podem desencadear sintomas do estresse traumático secundário;
- Novas fontes de estresse: somada à exposição crônica ao estresse, o surgimento de novas fontes de estresse (pessoal ou profissional);
- Fadiga por compaixão e resiliência: capacidade do profissional em se recuperar diante de situações estressoras. O objetivo principal desta variável é a rápida recuperação ao trauma.

Em um estudo realizado em cinco hospitais brasileiros, com profissionais da saúde, a maioria dos indivíduos (79,8%) apresentou maior média no polo positivo (satisfação por compaixão), contudo, observaram-se indícios da fadiga por compaixão em 22,5% dos

sujeitos, com maiores índices de esgotamento emocional (*burnout*) do que o trauma secundário (BARBOSA, SOUZA, MOREIRA, 2014).

Uma pesquisa realizada com 433 médicos neonatologistas do Canadá e Estados Unidos encontrou uma taxa de prevalência para fadiga por compaixão de 15,7%; *burnout* (20,8%); e satisfação por compaixão (20,8%). O esgotamento emocional e o sofrimento ao atender uma situação clínica foram estatisticamente significativos na população feminina. Profissionais que atuavam na área dos cuidados paliativos apresentaram maiores escores para a satisfação por compaixão (WEINTRAUB et al, 2016).

### 3.2 Violência sexual contra crianças e adolescentes

Há, aproximadamente, 20 anos que o campo da saúde reconheceu o tema violência como uma questão de saúde (SCHRAIBERL et al, 2016). Apesar de todo respaldo legal constituído ao longo dos anos, além dos relatos históricos e literários de crianças e adolescentes abordando situações de abandono, rejeição e violência à sociedade, por muito tempo o Estado negligenciou estes fatos.

Sob a perspectiva da saúde pública, a violência é considerada um evento biopsicossocial, relacionado a um contexto histórico e social que se manifesta a partir de múltiplos fatores através das relações sociais (MINAYO, 1994). O setor saúde aborda a questão da violência a partir de dois aspectos: a primeira vertente tem seu foco em uma reflexão filosófica e teórica, e a segunda é a abordagem das questões físicas e emocionais causadas pela violência, além da sua dinâmica na qualidade de vida das crianças, adolescentes e suas famílias (MINAYO, 2005). Contudo, não existe um conceito preciso sobre a violência, devido a sua complexidade e multicausalidades (MINAYO, 2007).

A violência não pode ser condicionada a apenas um conceito, pois fatores sociais — como desigualdade social, naturalização da violência, ausência de suporte social e jurídico e baixa escolaridade dos cuidadores — associam-se a esse fenômeno (RICAS; DANOSO, 2010).

A primeira lei conhecida que abordou as questões da infância, a qual proibia o infanticídio, data de 374 d.C (RICAS; DANOSO, 2010), contudo, apenas em 1948 a Organização das Nações Unidas (ONU), com a criação da Declaração Universal dos Direitos Humanos, crianças e adolescentes foram reconhecidos como sujeitos de direitos, considerando que “todos os seres humanos nascem livres e iguais em dignidade e direitos”. (ONU, 1948). No ano de 1959, durante a Assembleia Geral das Nações Unidas, criou-se a



Declaração dos Direitos da Criança, e, em 1989, em outra Assembleia Geral das Nações Unidas adotou-se a Convenção sobre os Direitos da Criança. Esse documento foi oficializado como lei internacional e é o instrumento mais aceito sobre direitos humanos na história universal, pois foi ratificada por 196 países (LAFER, 1995).

No Brasil, em 1990, as crianças e adolescentes foram reconhecidos como sujeitos de direito, através do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), o qual estabelece que crianças e adolescentes são pessoas em desenvolvimento, que possuem as suas próprias necessidades e têm o direito de proteção integral. O ECA apresenta, em seus 267 artigos, os direitos e deveres de cidadania a crianças e adolescentes, através de políticas de educação, lazer, saúde, adoção, tutela, segurança e proteção. O Art. 13 do ECA tornou obrigatória a notificação de casos suspeitos de maus-tratos contra crianças e adolescentes (BRASIL, 1990). Contudo, as notificações de violência tornaram-se compulsórias no ano de 2011, através da portaria ministerial MS/GM 104 de 25 de janeiro. As notificações compulsórias incluem violências domésticas, sexuais e/ou outras violências contra crianças, adolescentes, mulheres, idosos e pessoas com deficiência (BRASIL, 2011).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o ato da violência é definido como “o uso intencional de força física ou poder, real ou como ameaça contra si próprio, outra pessoa, um grupo ou uma comunidade, que resulte ou tem grande probabilidade de resultar em ferimentos, morte, danos psicológicos, desenvolvimento prejudicado ou privação” (OMS, 2014).

O Art. 5º do ECA trata das diversas tipologias de violência e opressão contra crianças e adolescentes, destacando que “nenhuma criança ou adolescente será objeto de qualquer forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão, punindo, na forma da lei, qualquer atentado, por ação ou omissão, aos seus direitos fundamentais” (BRASIL, 1990). A violência contra a criança é classificada em quatro tipos: abuso físico, sexual, emocional ou psicológico e negligência (BRASIL, 2010).

O abuso sexual é definido como “todo ato ou jogo sexual com intenção de estimular sexualmente a criança ou o adolescente, com o objetivo de obter satisfação sexual, em que os autores da violência estão em estágio de desenvolvimento psicosssexual mais adiantado que a criança ou o adolescente. Abrange relações homo ou heterossexuais. Pode ocorrer em uma variedade de situações: estupro, incesto, assédio sexual, exploração sexual, pornografia, pedofilia, manipulação de genitália, mamas e ânus, até o ato sexual com penetração, imposição de intimidades, exibicionismo, jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas e

impostas e “*voyeurismo*” (obtenção de prazer sexual por meio da observação) ” (BRASIL, 2010).

Mundialmente, uma em cada cinco meninas foram vítimas de abuso sexual durante a infância, e em alguns países do continente Africano essa proporção diminui para uma em cada três meninas (OMS, 2014). Um estudo realizado internacionalmente constatou que em quase todos os 21 países pesquisados, as mulheres são mais frequentemente vítimas de violência sexual (PEREDA et al., 2009). A consequência da violência na infância produz diversos prejuízos à saúde ao longo da vida (OMS, 2014), e é um forte estressor em relação ao desenvolvimento e crescimento (NUNES; SALES, 2016). Indivíduos vítimas de qualquer tipo de violência na primeira década de vida estão expostos a desenvolver desvios de conduta, especialmente transgressões das regras sociais (FALEIROS et al, 2009), além de consequências no curto prazo, entre as quais: sofrimento psicológico, ansiedade, depressão, problemas de sono, pensamentos intrusivos, dificuldade de concentração, problemas alimentares (bulimia e anorexia), inapetência, distúrbios das eliminações (encoprese e enurese), distúrbios do humor (agressividade, irritabilidade), síndrome de estresse pós-traumático, ideação suicida e tentativa de suicídio (PELISOLI et al, 2010). Na fase adulta podem desenvolver doenças cardíacas, pulmonares, hepáticas e câncer, associadas à utilização de substâncias psicoativas (tabaco, álcool e substâncias ilícitas), depressão, obesidade, disfunção sexual, dificuldade de relacionamento e maior risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis devido ao comportamento sexual (HOFT; HADDAD, 2017). Estudos indicam que as desordens de saúde mental na fase adulta estão associadas ao abuso sexual na infância (IP et al, 2015).

### 3.3 Estratégias de Enfrentamento - *Coping*

As estratégias de *Coping* definidas, em 1980, por Folkman e Lazarus, indicam dois aspectos: *coping* focado no problema (lidar com o problema que causa desgaste ou dano) e *coping* focado nas emoções (regular as emoções) (LAZARUS, FOLKMAN, 1984). O *coping* é considerado um fator estabilizador, pois permite que o sujeito crie estratégias e adapte-se a situações de estresse (HOLAHAN; MOSS, 1987).

O modelo de Folkman e Lazarus (1980) envolve quatro conceitos principais:

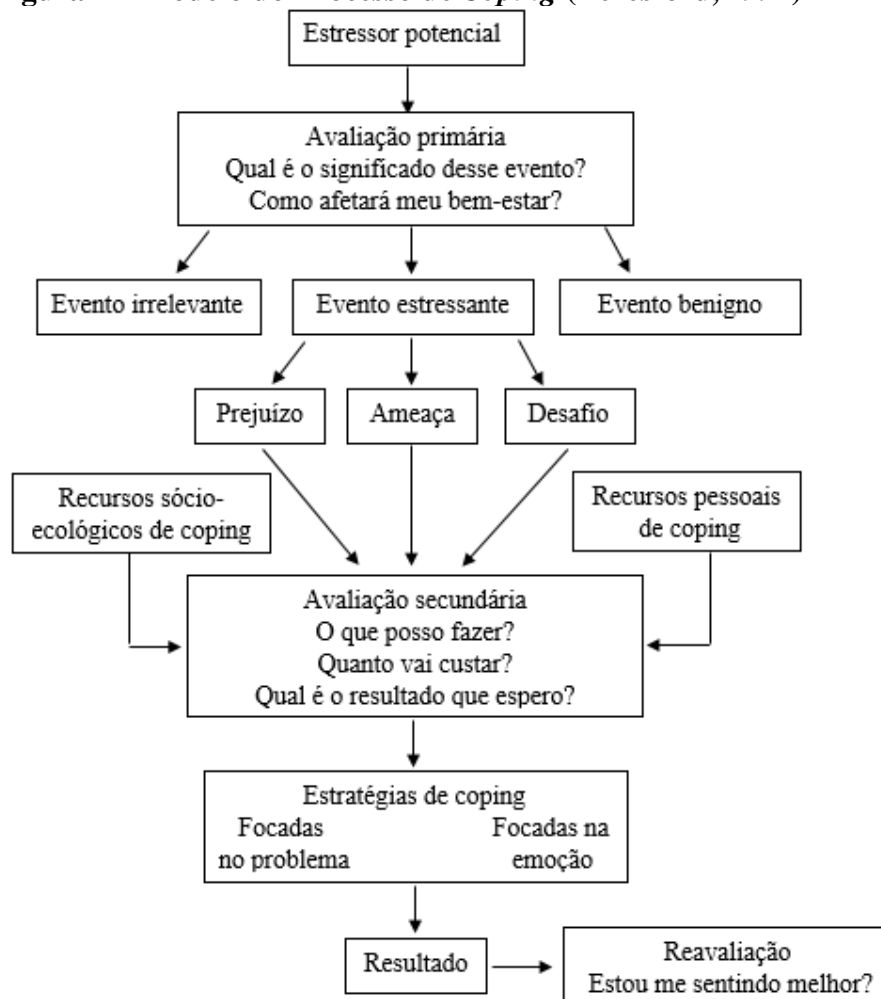
- (a) *coping* é um processo ou uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente; (b) sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma; (c) os processos de *coping* pressupõem a noção

de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo; (d) o processo de *coping* constitui-se em uma mobilização de esforço, através da qual os indivíduos irão empreender esforços cognitivos e comportamentais para administrar (reduzir, minimizar ou tolerar) as demandas internas ou externas que surgem da sua interação com o ambiente.

Historicamente, três gerações de pesquisadores dedicaram-se ao *coping*, e esse conceito tem sofrido modificações ao longo do tempo. Segundo Beresford (1994), o modelo proposto por Lazarus e Folkman tem sido referido como o mais compreensivo dos modelos existentes (Figura 4). Segundo Melo (2016),

o conceito de estratégias de enfrentamento (*coping*) mais empregado na literatura e aceito na comunidade científica compreende esse como o conjunto de medidas intencionais, cognitivas e comportamentais adotado pelas pessoas para adaptarem-se a diferentes circunstâncias estressantes com o propósito de minimizar sua susceptibilidade e retornar ao seu estado anterior.”

**Figura 4 – Modelo do Processo de *Coping* (Beresford, 1994)**



Fonte: Beresford (1994)

Desde a década de 1980, muitos estudos estão sendo realizados com diversas categorias profissionais da área da saúde, pois pesquisadores compreendem que situações estressoras no ambiente de trabalho são um dos principais riscos ao bem-estar biopsicossocial dos profissionais (MELO et al, 2016). Alterações biopsicossociais decorrentes do estresse no trabalho podem ocasionar desordens no desempenho profissional, absenteísmo, alta rotatividade, baixa moral e violência no local do trabalho (RODRIGUES; CHAVES, 2008).

A utilização das estratégias de *coping* tornam-se fundamentais para manter o equilíbrio entre o prazer e o sofrimento no cotidiano de trabalho, levando o trabalhador a recuperar em curto espaço de tempo seu bem-estar e funcionamento laboral (GARCIA et al, 2016; LAZARUS et al, 1985).

O *Coping* tem como foco a minimização ou superação dos efeitos negativos relacionados ao estresse e/ou eventos traumáticos. Para lidar com essas situações, os indivíduos utilizam esforços cognitivos e comportamentais conscientemente como forma de enfrentamento (SINGH, SHARMA, SHARMA, 2011; VALCANTI, 2012).

O modelo de *coping* proposto por Folkman e Lazarus (1980) compreende duas categorias funcionais: focado no problema (forma ativa) é constituído por esforços que modifiquem a situação desencadeadora do evento estressante ou traumatizante através de um plano de ação e racionalização das ocorrências, considerando o lado positivo. Já o *coping* focado na emoção (forma passiva) inclui condutas de distanciamento, fuga, autodefesa, aceitação e religião. Com o objetivo de distanciar-se do problema, como estratégia, muitas vezes os indivíduos utilizam substâncias psicoativas ou se alimentam mais para aliviar as tensões (LIM; BOGOSSIAN; AHEREN, 2010).

A utilização das estratégias de *coping* podem ter um efeito positivo no enfrentamento do ETS (FURLONGER; TAYLOR, 2013). A capacidade de se adaptar ao contexto de estresse emocional causado pela traumatização secundária está fortemente associada à utilização de estratégias de enfrentamento (GIL; WEINBERG, 2015).

Para manter o equilíbrio diário, em que o prazer no trabalho supere o sofrimento e o estresse, a utilização de estratégias de enfrentamento torna-se essencial. Contudo, é necessário que os profissionais compreendam como gerenciar as situações de insatisfação, estresse e sofrimento, de forma a identificar estratégias que possam proporcionar a satisfação no ambiente laboral (GRACIA et al, 2016).

Um estudo descreveu as principais estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais da saúde que atendem vítimas de violência sexual, dentre as quais constavam a resolução do problema, o suporte social (sair com a família e amigos, conversar com os colegas de

trabalho), a realização de atividades de lazer, a prática de esportes e rezar (WILHELM; SANTOS, 2013).

As estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais de saúde não podem ser classificadas em boas ou ruins ou se houve adaptação ou não; qualquer tentativa de modificar o agente estressor é considerada *coping* (ANTONIAZZI; DELL'AGLIO; BANDEIRA, 1998).

## 4 MÉTODO

Neste capítulo apresenta-se a trajetória metodológica utilizada e a descrição das etapas que foram percorridas para a realização do estudo.

### 4.1 Delineamento

Trata-se de um estudo quantitativo e analítico, do tipo transversal. O estudo transversal, também denominado seccional, corresponde a uma estratégia de estudo que se caracteriza pela observação direta de um número planejado de indivíduos em uma única oportunidade (HAYNES et al., 2008). Os delineamentos transversais são úteis quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição (HULLEY et al, 2015).

### 4.2 Fator em estudo e desfecho

Nesta pesquisa utilizou-se como fator em estudo ser profissionais da equipe multiprofissional em saúde que atendem casos de violência sexual em um hospital de referência, e como desfecho, a qualidade de vida profissional. Como covariável utilizou-se a avaliação das estratégias de enfrentamento (*coping*), com o intuito de verificar possíveis características que pudessem estar associadas ao desfecho (HAMID; MUSA, 2016).

### 4.3 Campo de estudo

O estudo foi realizado em um hospital de referência para o atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em Porto Alegre, o Hospital Materno Infantil Presidente Vargas (HMIPV). O HMIPV é administrado pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, oferecendo 100% do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Conta com diversas especialidades voltadas para o atendimento de crianças, adolescentes, gestantes e mulheres. A instituição conta com o Centro de Referência no Atendimento Infanto-Juvenil (CRAI) que atende crianças e famílias em situações de violência sexual (PMPA, 2016). Esse serviço foi criado no ano de 2001, em parceria com o Poder Público e Sociedade Civil, devido ao aumento dos casos de violência sexual infanto-juvenil em Porto Alegre.

O CRAI possui profissionais da área da saúde (médicos, psicólogos e assistentes sociais), profissionais da área de segurança e do Instituto Geral de Perícias. Esse serviço visa

minimizar as consequências dessas vivências em crianças e adolescentes, através de um atendimento integral biopsicossocial. O acesso a esse serviço pode ser feito através do Conselho Tutelar, pela Delegacia de Polícia, pelo Ministério Público, pela emergência do HMIPV ou por agendamento nos casos crônicos de violência sexual. Nos finais de semana, feriados e fora do horário de atendimento do CRAI, que funciona das 8 às 17 horas de segunda-feira à sexta-feira, crianças e adolescentes vítimas de violência sexual são atendidas pela equipe de saúde da emergência pediátrica ou centro obstétrico, permanecendo internadas em leito social, se for o caso, para avaliação completa pelo CRAI no primeiro dia útil. No ano de 2015, esse serviço atendeu 1.743 crianças e adolescentes vítimas de violência sexual (VILLELA, 2016).

Esta pesquisa foi desenvolvida nos locais em que houve a possibilidade de os profissionais estarem expostos ao cuidado de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, ou seja, a emergência pediátrica, a internação pediátrica, ambulatórios e centro obstétrico.

#### 4.4 População

A população do estudo para avaliação dos níveis de qualidade de vida profissional foi constituído por 241 profissionais de saúde, das seguintes categorias: assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos e técnicos de enfermagem que atuam nos serviços de internação pediátrica, emergência pediátrica, ambulatórios e centro obstétrico do HMIPV.

**Crítérios de inclusão:** foram incluídos na amostra todos os profissionais de saúde que estavam atuando na assistência direta aos pacientes no período da coleta dos dados.

**Crítérios de exclusão:** profissionais que informaram nunca ter atendido crianças e adolescentes vítimas de violência sexual.

#### 4.5 Tamanho amostral

O cálculo do tamanho amostral para avaliação dos níveis de qualidade de vida profissional foi realizado mediante o programa Winpepi®. No cálculo amostral utilizou-se como parâmetro o estudo feito por Hamid e Musa (2016), o qual foram comparados escores do domínio estresse secundário do ProQoL-BR entre profissionais que atuavam em centros de referência para atendimento de vítimas de trauma ( $24,86 \pm 9,37$ ), e os escores dos

profissionais que trabalhavam em hospitais gerais ( $19,44 \pm 6,83$ ). O tamanho amostral suficiente para detectar uma diferença mínima aproximada de cinco pontos no escore de qualidade de vida profissional, com um poder de 80% e alfa 5%, resultou em 178 participantes. A seleção amostral foi por conveniência e incluiu 177 participantes (assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos e técnicos de enfermagem), sendo que um profissional negou-se a participar da pesquisa.

#### 4.6 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada no período de julho a setembro de 2018. Os pesquisadores, previamente treinados e vinculados ao Grupo Interdisciplinar de Saúde Ocupacional (GISO/UFGRS), abordaram os participantes no local e turno de trabalho e apresentaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A). Após aceite e assinatura do TCLE, os profissionais foram abordados, individualmente, pelos componentes do grupo, em seu turno de trabalho e local privativo nas unidades do HMIPV. As entrevistas tiveram a duração média de 15 minutos.

#### 4.7 Instrumentos de coleta de dados

- a) Instrumento de dados sociodemográficos construído pela autora.
- b) A qualidade de vida profissional foi avaliada por meio do instrumento ProQol-BR, validado no Brasil por Lago e Codo (2013). Conta com 28 questões que mensura a exaustão física e emocional em decorrência do custo empático de lidar com o sofrimento alheio e a satisfação com o trabalho. A análise de consistência dos fatores por meio do alfa de Cronbach apresentou índices de 0,81 para o primeiro fator; 0,83 para o segundo fator; e 0,76 para o terceiro fator. O primeiro fator refere-se aos benefícios do trabalho ligado à ajuda, como o orgulho, entusiasmo e o sentimento de poder fazer a diferença. Esse fator representa a satisfação por compaixão e é composto pelos itens 1, 2, 3, 4, 6, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 22, 24, 27 e 30. O segundo fator – estresse traumático secundário – representa situações ligadas ao estresse, a um estado de tensão, acontecimentos que interferem na vida pessoal do profissional, pontos negativos relacionados à atividade laboral e questões ligadas ao “contágio emocional” relacionado ao trabalho com pessoas em sofrimento,



representadas pelos itens 5, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 14, 23 e 25. O terceiro fator refere-se aos aspectos ligados à exaustão emocional, desânimo e falta de energia - síndrome de *burnout*, composta pelos itens 19, 21 e 26.

A escala de respostas do instrumento é do tipo *Likert*, variando de 0 a 5, em que 0 = nunca, 1 = raramente, 2 = poucas vezes, 3 = algumas vezes, 4 = muitas vezes e 5 = quase sempre. Dependendo do escore alcançado em cada fator, ele poderá ser considerado baixo, moderado ou alto. Cabe ressaltar que o ProQol-BR não é considerado um instrumento para diagnóstico, pois a fadiga por compaixão não compõe a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) ou o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-V). Contudo, o instrumento pode servir como um “rastreador” de aspectos a serem identificados conjuntamente com outros métodos diagnósticos.

- c) Inventário de Respostas de *Coping* no Trabalho (IRC-T) foi adaptado por Peçanha (2006) para o contexto laboral brasileiro. Esse instrumento é constituído por 48 itens, em que as respostas se agrupam em duas categorias e quatro subcategorias: Respostas de Enfrentamento: (1) Raciocínio lógico, (2) Reavaliação positiva, (3) Orientação/apoio, (4) Tomada de decisão; e Respostas de evitação: (1) Racionalização evasiva, (2) Aceitação resignada, (3) Alternativas compensatórias, (4) Extravasamento emocional (PEÇANHA, 2006). A estrutura prevê quatro respostas de enfrentamento sucessivas, que se alternam com quatro respostas de evitação, sucessivamente (PEÇANHA, 2006).

A soma dos escores atribuídos a cada item de uma mesma subcategoria permite identificar as estratégias de *coping* mais utilizadas pelos trabalhadores para lidar com situações estressoras na vida pessoal e profissional. A pontuação do questionário é avaliada em escala de tipo *Likert* (0-3), podendo a pontuação variar de zero a 144 pontos para o valor total. Quanto maior a pontuação, maior a utilização dessas estratégias de enfrentamento.

#### 4.8 Análise de dados

Os dados desta pesquisa foram organizados e digitados duplamente em forma de tabelas no Programa Excel da *Microsoft Windows*, e processados e analisados no Programa

SPSS “*Statistical Package for the Social Sciences*” versão 21.0. Os dados foram avaliados quanto à distribuição normal ou não paramétrica e sumarizados utilizando-se análise descritiva por meio de medidas de tendência central (média e mediana), intervalo interquartil e dispersão (desvio padrão) para variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram sumarizadas por meio de frequência absoluta e relativa. As análises relativas foram realizadas por meio do teste *t de Student* para amostras independentes (comparações entre grupos) ou dependentes (comparações intragrupo), ou ANOVA, de uma via seguida de teste de *Tukey* quando fosse o caso. As análises de associação foram realizadas através do teste qui-quadrado, com correção de *Yates* ou exato de *Fisher* quando necessários (HAYNES et al., 2008). A correlação de Pearson foi utilizada para associar duas variáveis quantitativas. Para fins de interpretação do coeficiente de correlação de Pearson ( $r$ ) ressalta-se que este pode ser avaliado qualitativamente da seguinte forma: se  $r \leq 0,30$ , existe fraca correlação linear; se  $r \leq 0,60$ , existe moderada correlação linear; se  $r \leq 0,90$ , existe forte correlação linear; se  $r \leq 1,00$ , existe correlação linear muito forte. Dessa forma, quanto mais perto de 1 (independente do sinal -1 ou +1), maior será o grau de dependência estatística linear entre as variáveis; em contrapartida, quanto mais próximo de zero, menor será a força dessa relação (CALLEGARI; ACQUES, 2003). O modelo multivariado foi analisado por meio da Regressão de Poisson. O nível de significância estatística adotado foi de 5% ( $p < 0,05$ ).

#### 4.9 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Pesquisa da instituição (CAAE: 6700318.3.3001.5329). Pelo fato de o presente estudo envolver seres humanos, os aspectos bioéticos foram respeitados conforme Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

No momento da abordagem para o convite de participação da pesquisa, os profissionais receberam orientação sobre o projeto, sua finalidade e importância, e os que concordaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), em duas vias, ficando com uma delas.

Os dados coletados foram utilizados somente para esta pesquisa, e ficarão sob a responsabilidade dos pesquisadores. O tempo de armazenamento será de cinco anos, e, após esse tempo, os protocolos de pesquisa e o banco de dados serão destruídos. Salienta-se que em todas as fases do estudo o anonimato será mantido.

## 5 RESULTADOS

### 5.1 Artigo

#### **Qualidade de vida profissional e *coping* em profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em um serviço de referência**

**Thayane Martins Dornelles<sup>1</sup>; Sônia Beatriz Cócáro de Souza<sup>2</sup>**

#### **Resumo**

**Objetivo:** verificar os níveis de qualidade de vida profissional e  *coping*  na equipe multiprofissional em saúde que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Método:** estudo quantitativo, descritivo e transversal, realizado com 177 profissionais de saúde que prestam assistência a crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em um centro de referência, durante os meses de julho e outubro de 2018. A coleta de dados foi realizada por meio de questionários autoaplicáveis. Para avaliação da qualidade de vida profissional foi utilizado o instrumento ProQol-BR, e para verificação das estratégias de  *coping* , o Inventário de Respostas de  *Coping*  no Trabalho (IRC-T). **Resultado:** a amostra foi constituída, predominantemente, por mulheres adultas, com relacionamento conjugal estável e filhos. Identificou-se que 65% dos profissionais não receberam capacitação para atuar com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Constatou-se o predomínio de profissionais com nível médio de satisfação por compaixão, estresse traumático secundário e  *burnout* . As estratégias de evitação (negação) apresentaram uma correlação moderada, com estresse traumático secundário e  *burnout* . O sexo feminino apresentou associação estatisticamente significativa com estresse traumático secundário (0,002), e as categorias profissionais assistente social e psicólogo, com  *burnout*  (0,001). **Conclusão:** a equipe multiprofissional está exposta ao desenvolvimento de fadiga por compaixão. A identificação e o fortalecimento das estratégias de  *coping*  são fatores que podem favorecer níveis altos de satisfação por compaixão e também de capacitações institucionais.

**Descritores:** Saúde ocupacional. Pessoal de saúde. Fadiga por compaixão. Adaptação psicológica. Abuso sexual na infância.

#### **Introdução**

Profissionais de saúde que têm como demanda de trabalho o sofrimento e trauma de seus pacientes podem estar expostos ao trauma psicológico indireto, resultante da relação de

empatia e compaixão, o que pode interferir no seu rendimento profissional e bem-estar.<sup>1-3</sup> Entretanto, é possível manter um equilíbrio entre os sentimentos positivos e negativos relacionados ao trabalho, e esse equilíbrio é denominado Qualidade de Vida Profissional (QVP).<sup>1</sup>

A QVP é a sensação de bem-estar e prazer em poder ajudar pessoas que estão em sofrimento<sup>1</sup>, utilizar os sentimentos de compaixão e empatia no cotidiano laboral é imprescindível, entretanto, na ausência destes ou a incapacidade para utilizá-los na relação terapêutica, o profissional poderá estar exposto a custos psíquicos e físicos, devido à absorção de traumas e medos.<sup>1,4,5</sup> A QVP incorpora dois aspectos: satisfação por compaixão (sentimentos positivos) e fadiga por compaixão (sentimentos negativos).<sup>1-6</sup>

A satisfação por compaixão é caracterizada pelos sentimentos de bem-estar e prazer obtidos por meio do trabalho<sup>1</sup>. É a satisfação que se sente ao ajudar pessoas que vivenciaram um evento traumático, a capacidade de contribuir para um ambiente de trabalho saudável ou até mesmo para a sociedade.<sup>7</sup> A satisfação profissional tem implicações diretas na qualidade e na eficiência dos serviços prestados à população.<sup>8</sup> Em contrapartida, a fadiga por compaixão é resultante da exposição prolongada ao estresse por compaixão e divide-se em duas dimensões: *Burnout* (BO) e estresse traumático secundário (ETS).<sup>1,3,9</sup> Estudos sugerem que a fadiga por compaixão é a principal ameaça à saúde mental dos profissionais de saúde.<sup>10</sup>

O BO corresponde a uma síndrome psicológica em resposta a estressores crônicos presentes no ambiente de trabalho e tem como características sentimentos como a exaustão emocional, despersonalização, frustração e incapacidade de trabalhar efetivamente. Já o ETS é definido como um estado de exaustão e disfunção biopsicossocial, em decorrência da exposição a pacientes vítimas de traumas.<sup>9</sup> Os sintomas do ETS incluem dificuldades para dormir, imagens intrusivas, ansiedade e sintomas cognitivo-emocionais semelhantes aos da pessoa traumatizada.<sup>4,11</sup> Sintomas de BO e ETS são semelhantes, no entanto, o ETS tem início súbito e agudo, enquanto o BO manifesta-se por um desgaste emocional de modo gradual.<sup>7</sup>

Profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual apresentam maiores riscos de desenvolver fadiga por compaixão.<sup>12-14</sup> Além disso, estão mais expostos a desenvolver os efeitos negativos do ETS.<sup>11</sup> O cuidado às vítimas mobilizam diversos sentimentos de sofrimento e emoções nos trabalhadores, pois envolve questões de ordem moral, ética, ideológica e cultural. Os sentimentos negativos relatados, relacionados aos atendimentos, incluem tristeza, angústia, indignação, raiva, medo, impotência.<sup>15-17</sup>

A consciência do abuso sexual infantil cresceu exponencialmente nas últimas cinco décadas.<sup>7</sup> Estima-se, mundialmente, que uma em cada cinco meninas já foram vítimas de violência sexual, e esse número diminui quando se analisam países do continente Africano, em que essa proporção é de uma em cada três meninas.<sup>18</sup> A equipe multiprofissional de saúde está inserida diretamente no processo de enfrentamento à violência, gerando desgaste profissional, pois os trabalhadores compartilham do sofrimento das vítimas.<sup>19</sup>

Diante dessa demanda laboral e eventos estressantes, os profissionais de saúde utilizam diversas estratégias com o intuito de minimizar o impacto do sofrimento e do estresse em suas vidas. Estudos evidenciam as estratégias de *coping* como preditivas à saúde ocupacional, pois são determinantes na prevenção de doenças relacionadas ao trabalho, além de ser o centro do bem-estar psicológico. As estratégias de *coping* são consideradas um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais utilizados conscientemente pelos indivíduos para se adaptarem a situações nocivas ou desgastantes.<sup>20</sup>

O modelo proposto por Folkman e Lazarus divide o *coping* em duas categorias: o *coping* focado no problema e o *coping* focado na emoção. O *coping* focado no problema constitui-se no esforço utilizado para atuar na origem do problema, tentando modificá-lo. Já o *coping* focado na emoção é entendido como um fator regulador do estado emocional, com o objetivo de reduzir as sensações causadas pelo estresse.<sup>21</sup>

As estratégias de *coping* podem reduzir os sintomas causados pela fadiga por compaixão, pois situações estressoras são uns dos principais riscos ao bem-estar psicossocial dos trabalhadores.<sup>5,22</sup> A utilização dessas estratégias tornam-se fundamentais para manter o equilíbrio entre o prazer e o sofrimento no cotidiano de trabalho, levando o trabalhador a recuperar em curto espaço de tempo seu bem-estar e funcionamento laboral.<sup>23</sup>

Assim, neste estudo verificou-se a relação entre os escores de qualidade de vida profissional e os níveis de *coping* na equipe multiprofissional de saúde que atendia crianças vítimas de violência sexual em um hospital de referência no Sul do Brasil.

## **Método**

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, desenvolvido em um hospital de referência para atendimento de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em um município no Sul do Brasil. A instituição é administrada pelo município e oferece 100% do atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Os setores incluídos neste estudo foram

selecionados devido à possibilidade de os profissionais estarem expostos ao cuidado de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual como: emergência pediátrica, internação pediátrica, ambulatórios e centro obstétrico.

O cálculo do tamanho amostral para avaliação dos escores de qualidade de vida profissional e utilização de estratégias de *coping* foi realizado mediante o programa Winpepi®. Considerando o poder do teste de 80%, nível de significância estatística ( $\alpha$ ) de 0,05, chegou-se ao tamanho de amostra total de 178 participantes. A amostra foi composta por 177 profissionais de saúde, sendo que um trabalhador negou-se a participar do estudo, incluindo assistentes sociais, enfermeiros, fisioterapeutas, médicos, nutricionistas, psicólogos e técnicos de enfermagem, os quais atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ter atendido pelo menos um caso de violência sexual contra criança ou adolescente e atuar na assistência direta aos pacientes no período da coleta de dados.

A seleção amostral foi realizada por conveniência, convidando todos os profissionais da instituição. A coleta de dados foi realizada entre julho e outubro de 2018, por meio de questionários autoaplicados, individualmente, no local de trabalho dos profissionais.

Para avaliar os escores de Qualidade de Vida Profissional foi utilizado o instrumento ProQol-BR. Esse instrumento conta com 28 questões distribuídos em três fatores: satisfação por compaixão, BO e ETS (os dois últimos fatores medem a fadiga por compaixão). A escala de respostas do instrumento é do tipo *Likert*, variando de 0 a 5, sendo que escores mais altos no fator da satisfação por compaixão indica melhor qualidade de vida profissional, e escores maiores nos fatores de BO e ETS indicam pior qualidade de vida profissional.<sup>10</sup> As estratégias de *coping* foram avaliadas por meio do Inventário de Respostas de *Coping* no Trabalho (IRC-T). Esse instrumento possui 48 itens, em que as respostas se agrupam em duas categorias e quatro subcategorias: Respostas de Enfrentamento: raciocínio lógico, reavaliação positiva, orientação/apoio, tomada de decisão; e Respostas de evitação: racionalização evasiva, aceitação resignada, alternativas compensatórias e extravasamento emocional. A pontuação do questionário é avaliada em escala de tipo *Likert* (0-3), sendo que quanto maior a pontuação em cada resposta, maior a utilização dessas estratégias de enfrentamento.<sup>24</sup>

Os dados foram avaliados quanto à distribuição normal ou não paramétrica e sumarizados, utilizando-se a análise descritiva por meio de medidas de tendência central (média e mediana), intervalo interquartil e dispersão (desvio padrão) para variáveis contínuas. As variáveis categóricas foram analisadas por meio de frequência absoluta e relativa.

O teste de qui-quadrado foi utilizado para comparar variáveis categóricas; teste t de Student para amostras independentes, quando comparada uma variável quantitativa de distribuição simétrica entre dois grupos; o teste de Kruskal-Wallis, para comparação de médias; e correlação de Pearson, para associação de duas variáveis quantitativas. Para fins de interpretação do coeficiente de correlação de Pearson (r) ressalta-se que este pode ser avaliado qualitativamente da seguinte forma: de 0 a 0,3, existe correlação linear fraca; entre 0,3 e 0,7, existe correlação linear moderada; de 0,7 a 0,9, existe correlação linear forte; de 0,9 a 1 existe correlação linear muito forte. Dessa forma, quanto mais perto de 1 (independente do sinal -1 ou +1), maior será o grau de dependência estatística linear entre as variáveis; em contrapartida, quanto mais próximo de zero, menor será a força dessa relação. O nível de significância estatística adotado foi de 5%. Os modelos multivariados foram analisados por meio da regressão de Poisson.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Pesquisa da instituição (CAAE: 6700318.3.3001.5329). E pelo fato de o presente estudo envolver seres humanos, os aspectos bioéticos foram respeitados.

## Resultados

Dos 177 profissionais, 78% eram do sexo feminino, com média de idade entre 40 e 55 anos, sendo que destes, 82,4% informaram ter atendido pelo menos um caso de violência sexual contra criança e adolescentes no último mês (Tabela 1).

**Tabela 1 – Distribuição de frequências das variáveis de caracterização da equipe multiprofissional em saúde. Porto Alegre, 2019. (n=177)**

| Variáveis          | n=177         |
|--------------------|---------------|
| Idade (anos)*      | 40,55 ± 10,35 |
| Sexo**             |               |
| Masculino          | 39 (22)       |
| Feminino           | 138 (78)      |
| Estado civil**     |               |
| Com companheiro    | 114 (64,4)    |
| Sem companheiro    | 63 (35,6)     |
| Número de filhos** |               |
| 0                  | 74 (41,8)     |
| 1                  | 45 (25,4)     |

|  |            |
|--|------------|
| 2 ou mais  | 58 (32,8)  |
| Religião**   |            |
| Com  | 98 (55,4)  |
| Sem  | 79 (44,6)  |
| Categoria profissional**   |            |
| Assistente Social  | 11 (6,2)   |
| Enfermeiro   | 26 (14,7)  |
| Fisioterapeuta   | 6 (3,4)    |
| Médico   | 47 (26,6)  |
| Psicólogo  | 10 (5,6)   |
| Técnico de enfermagem  | 75 (42,4)  |
| Nutricionista  | 2 (1,1)    |
| Curso de Pós-Graduação**   |            |
| Sim  | 71 (40,1)  |
| Não  | 106 (59,9) |
| Unidade de trabalho**  |            |
| Emergência pediátrica  | 73 (41,2)  |
| Internação pediátrica  | 61 (34,5)  |
| Centro Obstétrico  | 15 (8,5)   |
| Ambulatórios   | 17 (9,6)   |
| Outros   | 11 (6,2)   |
| Há quantos dias atendeu o último caso de violência sexual**                                    |            |
| ≤ de 30 dias   | 146 (82,4) |
| > de 30 dias   | 31 (17,6)  |
| Capacitação institucional para atuar com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual** |            |
| Sim  | 62 (35)    |
| Não  | 115 (65)   |
| Realiza acompanhamento psicológico**   |            |
| Sim  | 42 (23,7)  |
| Não  | 135 (76,3) |

---

(\*) média ± desvio padrão

(\*\*) n (%)



Na Tabela 2 é possível observar que o estresse traumático secundário é maior em profissionais do sexo feminino em relação aos do sexo masculino ( $p=0,002$ ) (Tabela 2).

**Tabela 2 – Dimensões da Qualidade de Vida Profissional (ProQol-BR) conforme sexo. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019. (n=177)**

| Variáveis                             | Amostra total<br>(n=177) | Feminino   | Masculino  | P            |
|---------------------------------------|--------------------------|------------|------------|--------------|
| Satisfação por Compaixão – n(%)       |                          |            |            |              |
| Baixo (<47)                           | 39 (22)                  | 33 (23,9)  | 6 (15,4)   | 0,220        |
| Médio (47-53)                         | 96 (54,2)                | 76 (55,1)  | 20 (51,3)  |              |
| Alto (>53)                            | 42 (23,7)                | 29 (21,0)  | 13(33,3)   |              |
| Estresse traumático secundário – n(%) |                          |            |            |              |
| Baixo (<9)                            | 44 (24,9)                | 27 (19,6)  | 17 (43,6)* | <b>0,002</b> |
| Médio (9-20)                          | 90 (50,8)                | 71 (51,4)  | 19 (48,7)  |              |
| Alto (>20)                            | 43 (24,3)                | 40 (29,0)* | 3 (7,7)    |              |
| Burnout – n(%)                        |                          |            |            |              |
| Baixo (<6)                            | 34 (19,2)                | 24 (17,4)  | 10(25,6)   | 0,450        |
| Médio (6-10)                          | 108 (61,0)               | 85(61,6)   | 23 (59,0)  |              |
| Alto (>10)                            | 35 (19,8)                | 29 (21,0)  | 6 (15,4)   |              |

(\*) associação estatisticamente significativa pelo teste dos resíduos ajustados a 5% de significância. Classificação dos profissionais por Amplitude Interquartis, onde: Baixo = <Percentil 25%; Médio = Percentil entre 25% e 75%; Alto = > Percentil 75%.

Na Tabela 3 apresentam-se as correlações entre o ProQol-BR e as Estratégias de Coping, identificando que as correlações foram mais fracas nas respostas de enfrentamento do que nas de evitação, sendo que o extravasamento emocional apresentou correlação direta e moderada com fadiga por compaixão ( $r=0,485$ ;  $p<0,001$ ) e *burnout* ( $r=0,399$ ;  $p<0,001$ ), respectivamente.

**Tabela 3 – Correlação entre os domínios da Qualidade de Vida Profissional (ProQol-BR) e as categorias de estratégias de *coping* utilizadas pelos profissionais de saúde. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019. (n=177)**

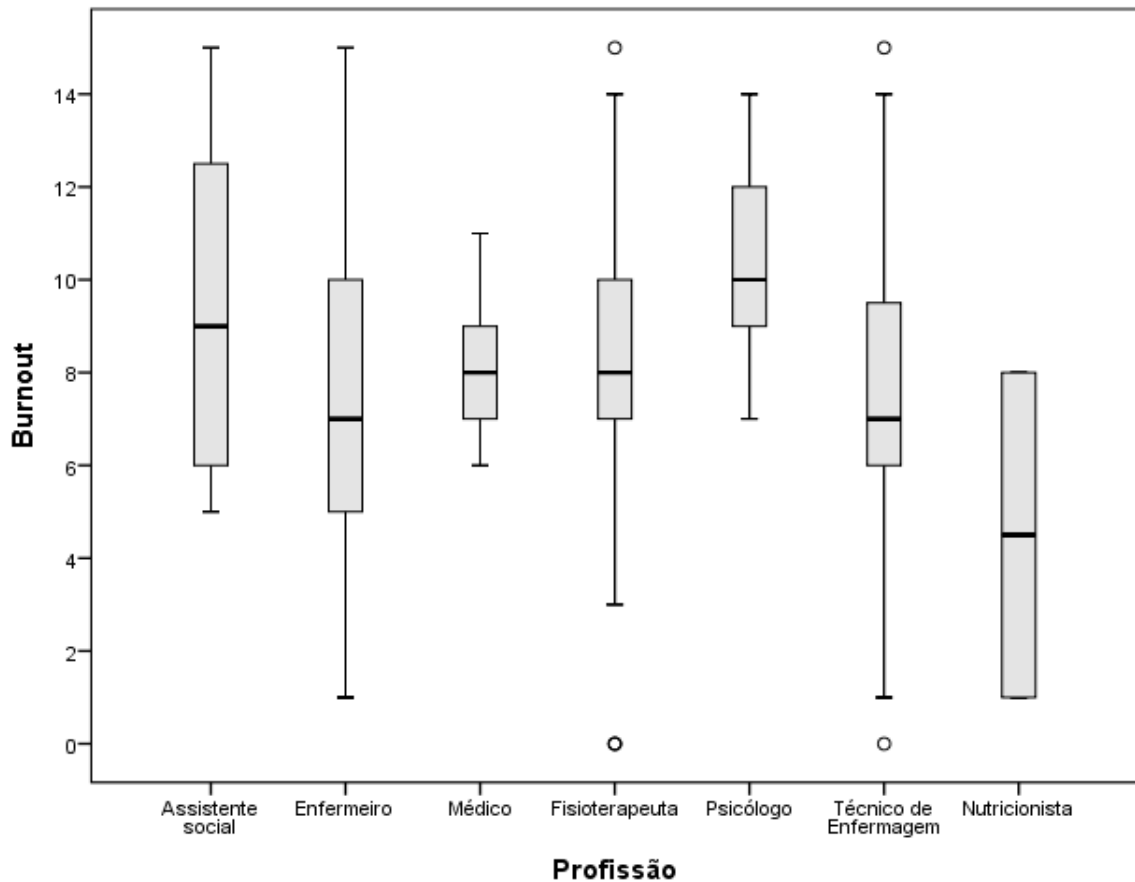
| <i>Coping</i>                            | Satisfação por<br>compaixão | Estresse Traumático<br>Secundário | Burnout  |
|--|-----------------------------|-----------------------------------|----------|
| <b>Respostas de Enfrentamento (0-72)</b> | 0,164*                      | 0,134                             | 0,204**  |
| Raciocínio Lógico (0-18)                 | 0,072                       | 0,113                             | 0,258**  |
| Reavaliação positiva (0-18)              | 0,065                       | 0,107                             | 0,135    |
| Orientação/apoio (0-18)                  | 0,122                       | 0,227**                           | 0,264*** |
| Tomada de Decisão (0-18)                 | 0,261***                    | -0,034                            | -0,014   |
| <b>Respostas de Evitação (0-72)</b>      | -0,094                      | 0,355***                          | 0,360*** |
| Racionalização evasiva (0-18)            | -0,067                      | 0,170*                            | 0,137    |
| Aceitação resignada (0-18)               | -0,058                      | 0,269***                          | 0,322*** |
| Alternativas compensatórias (0-18)       | 0,018                       | 0,094                             | 0,169*   |
| Extravasamento emocional (0-18)          | -0,163*                     | 0,485***                          | 0,399*** |
| <b>Total (0-144)</b>                     | 0,054                       | 0,272***                          | 0,319*** |

Dados analisados por meio do Coeficiente de Correlação de Pearson considerando os níveis de significância \*p<0,05; \*\*p<0,01; \*\*\*p<0,001; Correlações: 0 – 0,3 fraca; 0,3 – 0,7 moderada; 0,7 -0,9 forte; 0,9 – 1,0 muito forte.

Ao analisar a correlação entre as variáveis de caracterização da equipe multiprofissional em saúde e *coping*, observou-se somente associação inversa entre idade e extravasamento emocional ( $r=-0,156$ ;  $p=0,038$ ).

A associação entre ProQol-BR e as categorias profissionais identificou que a média dos escores na dimensão do Burnout foram mais altas em assistentes sociais e psicólogos quando comparado com as outras profissões (Figura 1). Agrupando estas duas profissões, há significância estatística (Teste Mann-Whitney;  $p=0,004$ ).

**Figura 1 – Associação entre a dimensão Burnout e categorias profissionais\*. Porto Alegre, RS, Brasil, 2019. (n = 177)**



\*Teste de Kruskal-Wallis ( $p=0,058$ )

De acordo com o modelo multivariado incluindo idade, sexo, profissão, acompanhamento psicológico e estratégias de Coping para um escore alto de Burnout, identificou-se que assistentes sociais e psicólogos apresentam uma probabilidade 2,4 vezes maior de possuir escores altos na dimensão do Burnout (RP=0,24; IC 95%: 1,95 a 8,98;  $p<0,001$ ). A idade também se manteve associada com altos escores de Burnout, porém como protetora, sendo que para cada ano a mais, há uma redução de 5% na probabilidade de Burnout elevado (RP=0,95; IC 95%: 0,92 a 0,98;  $p<0,001$ ). A aceitação resignada (resposta de evitação) apresentou significância estatística, sendo que para cada ponto a mais a probabilidade de escores altos para Burnout aumenta em 17% (RP=1,17; IC 95%: 1,05 a 1,30;  $p=0,006$ ).

Utilizando o mesmo modelo para um escore alto em ETS, o sexo feminino se mantém como um fator associado, apresentando uma probabilidade 3,50 vezes maior de possuir um

escore elevado no ETS (RP=3,50; IC 95%: 1,20 a 10,2; p=0,022). O extravasamento emocional (resposta de evitação), apresentou significância estatística, sendo que para cada ponto a mais a probabilidade de elevação de ETS aumenta em 18% (RP=1,18; IC 95%: 1,09 a 1,27; p<0,001).

A idade se mantém como um fator associado para um escore baixo em satisfação por compaixão, apresentando uma probabilidade 3% menor de escores baixos na satisfação por compaixão a cada ano a mais de vida (RP=0,97; IC 95%: 0,95 a 0,99; p=0,033). A tomada de decisão (resposta de enfrentamento) apresentou significância estatística, sendo que para cada ponto a mais, a probabilidade de ter escores baixos na satisfação por compaixão reduz em 9% (RP=0,91; IC 95%: 0,84 a 0,99; p=0,033).

## **Discussão**

Neste estudo identificou-se o predomínio de profissionais com nível médio de satisfação por compaixão, estresse traumático secundário e *burnout*. Esse achado indica que profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual estão expostos ao desenvolvimento de fadiga por compaixão, considerando-se que estresse traumático secundário e *burnout* constituem domínios da mesma. Considerando que a qualidade de vida profissional ocorre quando a dimensão satisfação por compaixão sobrepõe-se à fadiga por compaixão, o achado deste estudo caracteriza potencial dano à saúde do trabalhador.

No presente estudo ocorreu predomínio de mulheres adultas, com relacionamento conjugal estável e com filhos, semelhante ao perfil sociodemográfico das equipes de saúde dos hospitais brasileiros.<sup>25-26</sup>

Contatou-se que 65% dos profissionais não receberam capacitação para atuar com crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Embora alguns autores tenham evidenciado que fatores sociodemográficos e profissionais não estivessem relacionados à fadiga por compaixão,<sup>7-27-28</sup> a literatura aponta que poucas capacitações, níveis de escolaridade mais baixos, carga de trabalho e longas jornadas de trabalho estão relacionadas ao desenvolvimento da fadiga por compaixão.<sup>7-27-29</sup> Em um estudo realizado com profissionais que atendiam crianças vítimas de violência sexual observou-se que eles tinham uma relação mais autoritária com os próprios filhos quando comparados a colegas de profissão que não atendiam crianças vítimas de violência sexual.<sup>30</sup>

O predomínio de profissionais com níveis médios de satisfação por compaixão e uma minoria com altos níveis pode ser explicado pela alta demanda psicológica para desenvolver seu trabalho na assistência à saúde para crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, e também a ocorrência de poucas capacitações institucionais e a ausência de acompanhamento psicológico. Outros fatores podem influenciar o aumento da demanda psicológica dos trabalhadores, como o apoio institucional, a sobrecarga de trabalho e a complexidade das atividades realizadas no ambiente laboral.<sup>25</sup>

A fadiga por compaixão é evidenciada pela ocorrência de níveis médios de estresse traumático secundário e o sexo feminino apresentou associação com altos níveis de estresse traumático secundário. Apesar da relação entre estresse traumático secundário e gênero ainda ser controversa, outros estudos também encontraram associação entre estresse traumático secundário e o sexo feminino.<sup>11,26,31</sup> Autores dizem que esse fato está ligado às elevadas taxas de traumas sexuais entre as mulheres, pois o sexo feminino é a maior vítima de violência sexual.<sup>18</sup> Esse tipo de exposição pode contribuir para uma carga mais elevada de estresse traumático secundário. Contudo, a relação entre gênero e estresse traumático secundário não está bem estabelecida na literatura.<sup>18,32,33</sup> Sabe-se que o tempo de exposição traumática, a duração dos atendimentos e o número de casos atendidos estão diretamente relacionados ao desenvolvimento de estresse traumático secundário, pois apresentam maiores riscos de desenvolver os mesmos sintomas que a vítima.<sup>5,11</sup>

Em contrapartida, estudo realizado por Howard (2015), com 192 profissionais que trabalham com crianças abrigadas, revelou que indivíduos com mais experiências traumáticas na infância possuíam maior satisfação por compaixão e menores taxas de *burnout*. Além disso, o número de traumas na infância não foi significativamente relacionado ao estresse traumático secundário. Muitas vezes, experiências próprias podem ser consideradas um fator motivacional na escolha da profissão. Devido às suas experiências traumáticas, esses profissionais possuem um nível mais alto de empatia e preocupação pelas crianças e famílias atendidas, pois identificam-se com as situações.<sup>32-33</sup>

No presente estudo constatou-se que 61% dos trabalhadores apresentavam níveis médios na dimensão do *burnout*. O desenvolvimento do *burnout* pode estar relacionado a condições estressantes no trabalho, falta de recursos, apoio e prazos curtos para realizar determinadas tarefas.<sup>34</sup>

Na amostra deste estudo, a associação entre qualidade de vida profissional e as categorias profissionais identificou que a média na dimensão do *burnout* foi mais alta em

assistentes sociais e psicólogos quando comparados a outras profissões. Lidar com casos mais graves em que estejam envolvidas questões sociais e emocionais são determinantes para o desenvolvimento de fadiga por compaixão, pois os profissionais estão submetidos ao sofrimento de outras pessoas. Isto sugere que realizar algum tipo de trabalho não terapêutico ou atender pacientes que não foram vítimas de trauma configura-se como proteção.<sup>16,32</sup>

Neste estudo, identificou-se que a idade é um fator de proteção para o desenvolvimento de *burnout*, pois, para cada ano a mais há uma redução de 5% na probabilidade de *burnout* elevado. Através da experiência, os profissionais desenvolvem estratégias mais eficientes para lidar com as demandas do trabalho, e alguns estudos corroboram esse resultado, indicando que profissionais mais jovens possuem maiores riscos de desenvolver fadiga por compaixão.<sup>5,13</sup> A idade também apresentou associação com níveis de satisfação por compaixão baixos, a cada ano de vida a probabilidade de apresentar menores escores foi de 3%. Esse resultado vai ao encontro de um *survey* realizado nos Estados Unidos, com enfermeiros de diversas especialidades, no qual profissionais de 21 a 33 anos apresentaram altos níveis de *burnout* e estresse traumático secundário e baixa satisfação por compaixão quando comparados a enfermeiros com idade entre 34 e 65 anos.<sup>35</sup>

Em uma metanálise realizada com enfermeiros, a taxa de prevalência estimada de fadiga por compaixão foi de 53%, contudo, enfermeiros que trabalhavam em unidades de psiquiatria tinham maiores taxas de fadiga do que satisfação por compaixão.<sup>27,33</sup> Outro estudo realizado com profissionais de saúde mental apontou que a prevalência estimada de exaustão emocional foi de 40%; de despersonalização foi 22%; e de baixa realização pessoal, de 19%. O aumento da idade estava associado a um risco maior de despersonalização, porém, a um elevado sentimento de realização profissional. Fatores relacionados ao trabalho, como carga de trabalho e relacionamento intraequipe, são determinantes para o desenvolvimento de *burnout*, enquanto a clareza de papéis, autonomia profissional e supervisão foram considerados fatores de proteção. Nessa metanálise, profissionais assistentes sociais apresentaram maiores riscos de desenvolver *burnout* quando comparados a outras profissões<sup>34</sup>, o que vai ao encontro dos resultados encontrados no presente estudo.

A utilização de estratégias de *coping* poderia aumentar a satisfação por compaixão nesses profissionais, entretanto, observou-se que a categoria respostas de evitação apresentou uma correlação moderada com estresse traumático secundário e *burnout*, o que corrobora a literatura que evidencia que as estratégias de negação aumentam o risco de os profissionais desenvolverem fadiga por compaixão.<sup>11,36</sup> O apoio entre colegas e supervisão da chefia foram

descritos, na literatura, como fatores de proteção contra estresse traumático secundário e *burnout*.<sup>11,32</sup> Ambientes de trabalho que não possuem apoio da chefia, ausência de trabalho em equipe e falta de acolhimento por parte dos colegas, após um profissional atender um caso emocionalmente desgastante, foram relacionados a altas taxas de fadiga por compaixão.<sup>22</sup>

A categoria respostas de enfrentamento e a subcategoria tomada de decisão apresentaram uma correlação moderada com a dimensão da satisfação por compaixão. Um estudo realizado com 400 profissionais da área da saúde mental, na Itália, identificou três fatores que influenciaram positivamente os profissionais nos níveis de satisfação por compaixão: capacitações contínuas, qualidade nas reuniões de equipe e riscos percebidos para o futuro (perder o emprego). Realizar reuniões de forma sistemática, nas quais se possibilita a discussão de casos e o compartilhamento de emoções, reforça aspectos motivacionais no trabalho.<sup>37</sup>

## **Conclusão**

Profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual estão suscetíveis a desenvolver fadiga por compaixão. Sem estratégias eficazes para gerenciar o estresse e o desgaste profissional, a satisfação por compaixão fica comprometida. Além disso, profissionais que apresentaram níveis mais altos de satisfação por compaixão dispõem de mecanismos de enfrentamento.

A identificação de mecanismos de enfrentamento positivos e negativos poderiam ajudar os gestores a desenvolver estratégias para que os profissionais lidem com o cotidiano laboral de forma mais saudável, além de serem mais cuidadosos com aqueles que apresentam fatores de risco para desenvolver estresse traumático secundário e *burnout*. Implementar ações para superar a tendência de “evitar” ou “negar” poderia proteger os profissionais de desenvolverem fadiga por compaixão.

A análise das estratégias de enfrentamento em diferentes categorias profissionais poderá oferecer informações importantes para auxiliar o desenvolvimento das políticas públicas em saúde do trabalhador, e também para prevenir e desenvolver programas de promoção à saúde ocupacional. É necessário desenvolver práticas de reforço das estratégias de *coping* e programas de capacitação institucionais continuadas relacionadas à violência sexual contra crianças e adolescentes, considerando-se que este tema envolve questões de ordem ética, moral, ideológica e cultural.

## Referências

- 1 Stamm BH. The Concise ProQOL Manual [Internet]. 2010 [cited 2018 jun 15]. Available from: [https://www.proqol.org/uploads/ProQOL\\_Concise\\_2ndEd\\_12-2010.pdf](https://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf)
- 2 Al-Mateen CS, Linker JA, Damle N, Hupe J, Helfer T, Jessick V. Vicarious Traumatization and Coping in Medical Students: a Pilot Study. *Acad Psychiatry* [cited 2018 jun 15]. 2015 Feb; 39(1):90-3. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25082720>
- 3 Figley CR, Stamm BH. Psychometric Review of Compassion Fatigue Self Test. In B.H. Stamm (Ed), *Measurement of stress, Trauma and Adaptation* [Internet]. Lutherville, MD: Sidran. 1996. Available from: <http://www.sidran.org/digicart/products/stms.html>
- 4 Barbosa SC, Souza S, Moreira JS. Compassion fatigue as a professional quality of life hazard for hospital service workers. *Rev Psicol Organ Trab* [cited 2018 jun 15] 2014 Sep; 14(3):315-323. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1984-66572014000300007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007)
- 5 Hamid ARM, Musa AS. The mediating effects of coping strategies on the relationship between secondary traumatic stress and burnout in professional caregivers in the UAE. *J of Ment Health* [Internet]. 2017 Feb [cited 2018 jun 18]; 26(1):28-35. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27929700>
- 6 Galiana L, Arena F, Oliver A, Sanso N, Benito E. Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2017 Mar [cited 2018 jun 18]; 53(3):598-604. Available from: [https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924\(16\)31198-8/pdf](https://www.jpmsjournal.com/article/S0885-3924(16)31198-8/pdf)
- 7 Mangoulia P, Koukia E, Alevizopoulos G, Fildissis G, Katostaras T. Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2015 Oct [cited 2018 jun 18]; 29(5):3338. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26397438>
- 8 García C, Ruíz CM, Roche ME, García CI. Job satisfaction among health care workers: the role of gender and age. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2013 Dec [cited 2018 Nov 12]; 21(6): 1314-1320. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-11692013000601314&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692013000601314&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.3224.2369>.
- 9 Figley CR. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C. R. Figley (Ed.) *Compassion Fatigue* (pp. 1-20). New York: Brunner/Mazel. 1995.
- 10 Lago K, Codo W. Compassion fatigue: Evidence of internal consistency and factorial validity in ProQol-BR. *Estudos de Psico* [Internet]. 2013 Apr [cited 2018 Nov 12]; 18(2): 213-221. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a06.pdf>
- 11 Sage AM, Brooks SK, Greenberg N. Factors associated with Type II trauma in ocupacional groups working with traumatised children: a systematic review. *J Ment Health* [Internet] 2017 Sep [cited 2018 Nov 12]; 27(5): 457-467. Available from: [tps://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370630](https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1370630)



- 12 Sorenson C, Bolick B, Wright K, Hamilton R. Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. *J Nurs Scholarsh* [Internet], 2016 Sep [cited 2018 Nov 12];48(5):456-65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27351469>
- 13 Berger J, Polivka B, Smoot EA, Owens H. Compassion Fatigue in Pediatric Nurses. *J Pediatr Nurs* [Internet]. 2015 Nov [cited 2018 Nov 12];30(6):e11-7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25800590>
- 14 Máirean C. Emotion Regulation Strategies, Secondary Traumatic Stress, and Compassion Satisfaction in Healthcare Providers. *J Psychol*. [Internet] 2016 Nov [cited 2018 Nov 12]; 150(8):961-975 Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27629057>
- 15 Egry EY, Apostólico MR, Morais TCP, Lisboa CCR. Coping with child violence in primary care: how do professionals perceive it?. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 12]; 70(1):113-19. Available from: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0009>
- 16 Amaral LVOQ, Gomes AMA, Figueiredo SV, Gomes ILV. The meaning of care for child victims of violence from the perspective of health professionals. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [cited 2018 Nov 12]; 34(4):146-152. Available from: <http://dx.doi.org/10.1080/00223980.2016.1225659>
- 17 Maia JN, Ferrari RAP, Gabani FL, Tacla MTG, Reis TB, Fernandes, MLC. Violence against children: the routine of the professionals in the primary health care. *Rev Rene* [Internet]. 2016 Sep [cited 2018 Nov 12]; 17(5):593-601. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/6179/4417>
- 18 World Health Organization. Global Status Report on Violence Prevention. Geneva; 2014 [cited 22 out 2018]. Disponível em: [https://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/status\\_report/2014/en/](https://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/status_report/2014/en/)
- 19 Donoso MT, Bastos MA. The daily life of professionals that work directly with victims of social violence. *R. Enferm. Cent. O. Min* [Internet]. 2014 jan [cited 2018 Nov 12]; 4(1):951-960. Available from: <http://seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/423>
- 20 Melo LP, Carlotto MS, Rodriguez SYS, Diehl L. Coping in workers: a systematic review of national literature. *Arq. bras. Psicol.* [Internet]. 2016 Jan [cited 2018 Nov 12]; 68(3): 125-144. Available from: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1809-52672016000300010](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672016000300010)
- 21 Lazarus RS, Folkman S. Stress, appraisal and coping. New York: Springer, 1984.
- 22 Bourke ML, Craun SW. Secondary traumatic stress among internet crimes against children task force personnel: Impact, risk factors, and coping strategies. *Sex Abuse* [Internet]. 2014 Dec [cited 2018 Nov 12]; 26(6): 586-609. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24259539>
- 23 Garcia AB, Haddad MC, Dellaroza MS, Rocha FL, Pissinati PS. Strategies used by nursing technicians to face the occupational suffering in an emergency unit. *Rev Rene* [Internet]. 2016 Mar [cited 2018 Nov 12]; 17(2): 285-92. Available from: <http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3019>

- 24 Peçanha DL. Avaliação do coping numa equipe de enfermagem oncopediátrica. *Bol Acad Paul Psicol* [Internet]. 2006 May [cited 2018 Jun 22]; 26(2):69-88. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=94626212>
- 25 Ribeiro RP, Marziale MH, Martins JT, Galdino MJ, Ribeiro PH. Occupational stress among health workers of a university hospital. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2018 Jul [cited 2018 Nov 12]; 39:e65127. Available from: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2018.65127>
- 26 Scholze AR, Martins JT, Robazzi ML, Haddad MC, Galdino MJ, Ribeiro RP. Occupational stress and associated factors among nurses at public hospitals. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2017 Jul [cited 2018 Nov 12]; (22)3: e50238. Available from: <https://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/50238>
- 27 Zhang YY, Han WL, Qin W, et al. Extent of compassion satisfaction, compassion fatigue and burnout in nursing: A meta-analysis. *J Nurs Manag* [Internet]. 2017 Oct [cited 2018 Jun 22];26:810–819. Available from: <https://doi.org/10.1111/jonm.12589>
- 28 Zhang YY, Zhang C, Han XR, Li W, Wang YL. Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing: A correlative meta-analysis. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 2018 Jun [cited 2018 Jun 22] 97(26):e11086. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29952947>
- 29 Cocker F, Joss N. Compassion Fatigue among Healthcare, Emergency and Community Service Workers: A Systematic Review. *Int. J Environ Res Public Health* [Internet] 2016 Jun [cited 2018 Jun 22]; 13(6). pii: E618. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27338436>
- 30 Dursun OB, Sener MT, Esin IS, Ançi Y, Sapmaz SY. Does working with child abuse cases affect professionals' parenting and the psychological well-being of their children? *J Trauma Dissociation* [Internet]. 2014 Jul [cited 2018 Jun 22]; 15: 557–71. Available from: <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.912713>
- 31 Weintraub AS, Geithner EM, Stroustrup A, Waldman ED. Compassion fatigue, burnout and compassion satisfaction in neonatologists in the US. *J Perinatol* [Internet]. 2016 Nov [cited 2018 Jun 22]; 36(11): 1021-1026. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27490191>
- 32 Hensel JM, Ruiz C, Finney C, Dewa CS. Meta-Analysis of Risk Factors for Secondary Traumatic Stress in Therapeutic Work With Trauma Victims. *J Trauma Stress* [Internet]. 2015 Apr [cited 2018 Jun 22]; 28(2):83-91. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25864503>
- 33 Howard AR, Parris S, Hall JS, Call CD, Razuri EB, Purvis KB, Cross DR. An examination of the relationships between professional quality of life, adverse childhood experiences, resilience, and work environment in a sample of human service providers. *Children and Youth Services Review* [Internet]. 2015 Oct [cited 2018 Jun 22]; 57: 141–148. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2015.08.003>
- 34 O'Connor K, Muller D, Pitman S. Burnout in mental health professionals: A systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. *Eur Psychiatry* [Internet] 2018 Sep [cited 2018 Jun 22]; 53:74-99. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29957371>

- 35 Kelly L, Runge J, Spencer C. Predictors of compassion fatigue and compassion satisfaction in acute care nurses. *J Nurs Scholarsh* [Internet]. 2015 Nov [cited 2018 Jun 22]; 47(6):522-8. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26287741>
- 36 Dursun OB, Sener MT, Esin IS, Ançi Y, Sapmaz SY. Does working with child abuse cases affect professionals' parenting and the psychological well-being of their children? *J Trauma Dissociation* [Internet]. 2014 Jul [cited 2018 Jun 22]; 15: 557–71. Available from: <https://doi.org/10.1080/15299732.2014.912713>
- 37 Cetrano G, Tedeschi F, Rabbi L, Gosetti G, Lora A, Lamonaca D, et al. How are compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction affected by quality of working life? Findings from a survey of mental health staff in Italy. *BMC Health Serv Res* [Internet] 2017 Nov [cited 2018 Jun 22]; 17(1):755. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29162095>

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como objetivo principal verificar a qualidade de vida profissional na equipe multiprofissional em saúde que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em um serviço de referência.

A limitação deste estudo deve-se ao seu delineamento transversal, impossibilitando a generalização de seus resultados. Ainda, acrescenta-se a dificuldade de comparar os achados da pesquisa com outros estudos utilizando-se a mesma população devido à escassez de evidências nessa temática.

A investigação sobre qualidade de vida profissional fornece informações sobre a saúde mental dos trabalhadores, considerando-se há um desequilíbrio entre a satisfação por compaixão e a fadiga por compaixão, pois se constatou um predomínio de níveis médios na dimensão do estresse traumático secundário, do *burnout* e da satisfação por compaixão. Vale ressaltar que o uso das estratégias de enfrentamento de *coping* implica níveis mais altos de satisfação por compaixão, portanto, é necessário reforçar as estratégias de *coping* para que os profissionais de saúde desenvolvam estratégias eficazes para minimizar os efeitos da fadiga por compaixão em suas vidas.

Esses achados enfatizam a necessidade das instituições de saúde direcionarem a devida atenção para o bem-estar psicossocial dos profissionais nos ambientes de trabalho, para que possam oferecer um cuidado efetivo às crianças e aos adolescentes vítimas de violência sexual, além de promover qualidade de vida social e familiar. Alguns fatores que favorecem o desenvolvimento de fadiga por compaixão identificados neste estudo poderiam ser modificados através de ações implementadas pelos gestores da instituição, com o intuito de oferecer um suporte adequado e eficaz aos profissionais.

Os resultados também indicam a intensificação de desenvolvimento de programas institucionais para subsidiar condições favoráveis aos trabalhadores para lidarem com o envolvimento emocional e afetivo relacionado ao sofrimento e às dores dos pacientes a quem prestam assistência. Para tanto, entende-se que a criação de capacitações sistematizadas sobre violência sexual contra crianças e adolescentes é fundamental para enfrentar situações do cotidiano profissional, além de espaços que propiciem aos trabalhadores a troca de experiências e a falar a respeito dos atendimentos. Compreende-se que a instituição poderia disponibilizar acompanhamento psicológico para ajudar os profissionais a lidarem com os casos de violência sexual contra crianças e adolescentes, levando-se em conta a alta demanda

psicológica necessária para lidar com os casos atendidos, e também identificar aqueles que, no momento, não apresentam condições de exercer as suas atividades.

Dessa forma, a contribuição deste estudo para a enfermagem e campo da saúde está em entender e auxiliar na compreensão desse fenômeno, pois, há ausência de estudos nacionais e insuficiência de estudos internacionais sobre esse tema. Considera-se fundamental o desenvolvimento de outros estudos para a compreensão da qualidade de vida profissional de trabalhadores que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual, incluindo os fatores carga de trabalho, apoio institucional, tempo de contato com as vítimas e complexidade das atividades realizadas para melhor entendimento desse evento. Finalmente, deseja-se que o conhecimento aqui produzido instrumentalize os profissionais e gestores e lhes permita desenvolver e implementar estratégias de proteção e prevenção de danos à saúde.

## REFERÊNCIAS

- AMARAL, L.V.O.; GOMES, A. M. A.; FIGUEIREDO, S. V.; GOMES, I. L.V. Significado do cuidado às crianças vítimas de violência na ótica dos profissionais de saúde. **Rev Gaúcha Enferm**, v. 34, n. 4, p. 146-152, 2013.
- ANDRADE, E. M., et al. A visão dos profissionais de saúde em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes: um estudo qualitativo. **Saúde soc**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 147-155, 2011.
- ANTONIAZZI, A. S.; DELL'AGLIO, D. D.; BANDEIRA, D. R. O conceito de coping: uma revisão teórica. **Estudos de Psicologia**, v. 3, n. 2, p. 273-294, 1998.
- ASSIS, S.G., et al. Notificações de violência doméstica, sexual e outras violências contra crianças no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 9, p. 2305-2317, Set. 2012.
- BARBOSA, S.C.; SOUZA, S.; MOREIRA, J.S. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Rev. Psicol., Organ. Trab.**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 315-323, 2014.
- BERESFORD, B. A. Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 35, p. 171-209, 1994.
- BONACH, K., HECKERT, A. Predictors of secondary traumatic stress among children's advocacy center forensic interviewers. **J Child Sex Abus**, v. 21, p. 295-314, 2012.
- BOURKE, M. L., CRAUN, S.W. Secondary traumatic stress among internet crimes against children task force personnel: Impact, risk factors, and coping strategies. **Sex Abuse**, v. 26, p. 586-609, 2014.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – Resolução 466/12**. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 22 set. 2017.
- \_\_\_\_\_. **Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999**. Aprova o regulamento da Previdência Social e dá outras providências. Diário Oficial, Brasília, DF, 07, mai, 1999. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.html](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.html). Acesso em: 23 out. 2018.
- \_\_\_\_\_. Lei nº 8069, de 13 de julho de 1990. **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8069Compilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069Compilado.htm)>. Acesso em: 17 set. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Abuso sexual é o segundo maior tipo de violência**. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2012/05/abuso-sexual-e-o-segundo-maior-tipo-de-violencia-contras-criancas-mostra-pesquisa>>. Acesso em: 18 set. 2017.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria nº 104, de 25 de janeiro de 2011**. Define as terminologias adotadas em legislação nacional, conforme o disposto no Regulamento Sanitário Internacional 2005 (RSI 2005), a relação de doenças, agravos e eventos em saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional e estabelece fluxo, critérios,

responsabilidades e atribuições aos profissionais e serviços de saúde. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104\\_25\\_01\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt0104_25_01_2011.html). Acesso em: 22 out. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências: orientação para gestores e profissionais de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha\\_cuidado\\_crianças\\_famílias\\_violências.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/linha_cuidado_crianças_famílias_violências.pdf). Acesso em: 20 set. 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Violência faz mal à saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia\\_faz\\_mal.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/violencia_faz_mal.pdf). Acesso em: 17 set. 2017.

A GENERIC MODEL OF COMPASSION FATIGUE RESILIENCE. Various observations about world events by Charles R. Figley, PhD. Disponível em: <http://figley.blogspot.pt/2014/04/compassion-fatigue-resilience-model.html>. Acesso em: 16 out. 2018.

BRITO, A. M., et al . Violência doméstica contra crianças e adolescentes: estudo de um programa de intervenção. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 10, n. 1, p. 143-149. Mar. 2005.

CARDOSO, H. F. et al . Síndrome de burnout: análise da literatura nacional entre 2006 e 2015. **Rev. Psicol Organ. Trab.**, Brasília , v. 17, n. 2, p. 121-128, jun. 2017.

COHEN, E., et al. “Common-Fate”: Therapists’ benefits and perils in conducting child therapy following the shared traumatic reality of war. **Clin Soc Work J**, v. 43, p. 77–88, 2015.

CORREA, M. E. C.; LABRONICI, L. M.; TRIGUEIRO, T. H. Sentir-se impotente: um sentimento expresso por cuidadores de vítimas de violência sexual. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 17, n. 3, p. 289-294, Jun. 2009.

DURSun, O.B., et al. Does working with child abuse cases affect professionals’ parenting and the psychological wellbeing of their children? **J Trauma Dissociation**, v. 15, p. 557–71, 2014.

FALEIROS, J. M.; MATIAS, A. S. A.; BAZON, M. R. Violência contra crianças na cidade de Ribeirão Preto, São Paulo, Brasil: a prevalência dos maus-tratos calculada com base em informações do setor educacional. **Cad Saúde Publica**, v. 25, n. 2, p. 337-348, 2009.

FIGLEY, C.R. Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview. In C. R. Figley (Ed.) **Compassion Fatigue** (pp. 1-20). New York: Brunner/Mazel. 1995.

FIGLEY, C.R.; STAMM, B.H. Psychometric Review of Compassion Fatigue Self Test. In B.H. Stamm (Ed), **Measurement of stress, Trauma and Adaptation**. Lutherville, MD: Sidran. 1996. Disponível em: <http://www.sidran.org/digicart/products/stms.html>. Acesso em: 25 Set. 2017.

- FLACH, L., et al Sofrimento psíquico no trabalho contemporâneo: analisando uma revista de negócios. **Psicol. Soc.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 193-202, Ago. 2009.
- FURLONGER, B.; TAYLOR, W. Supervision and the management of vicarious traumatisation among Australian telephone and online counsellors. **Aust j Guid Couns**, v.23, p. 82–94, 2013.
- GARCIA, A. B. *et al.* Estratégias utilizadas por técnicos de enfermagem para enfrentar o sofrimento ocupacional em um pronto-socorro. **Rev Rene**, v. 17, n. 2, p. 285-92, mar./abr. 2016.
- HAMID, A. A. R.; MUSA, S. A. The mediating effects of coping strategies on the relationship between secondary traumatic stress and burnout in professional caregivers in the UAE, **Journal of Mental Health**, v. 26, n. 1, Fev. 2016.
- HAYNES, R. B. de et al. **Epidemiologia Clínica**: como realizar pesquisa clínica na prática. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 401– 402.
- HOFT, M.; HADDAD, L. Screening Children for Abuse and Neglect: A Review of the Literature. **Journal of Forensic Nursing**, v. 13, n. 1, 2017.
- HOLAHAN, J. C.; MOOS, H. R. Personal and contextual determinants of coping strategies. **Journal of Personality and Social Psychology**, [S.L], v. 52, n. 5, p. 946-955, mai. 1987
- HOOK, V. M. P.; ROTHENBERG M. Quality of life and compassion satisfaction/fatigue and burnout in child welfare workers: A study of the child welfare workers in community based care organizations in central Florida. **Social Work and Christianity**, v. 36, p. 36–54, 2009.
- HULLEY, S.B. *et al.* **Delineamento a Pesquisa Clínica**. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.
- HYATT-BURKHART, D. The experience of vicarious posttraumatic growth in mental health workers. **J Loss Trauma**, v. 19, p. 452–61, 2014.
- IP, P., et al. Mental Health Consequences of Childhood Physical Abuse in Chinese Populations: A Meta-Analysis. **Trauma, violence, & abuse**, v. 1, n. 14, 2015.
- JAKIMOWICZ, S.; PERRY, L.; LEWIS, J. Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. **Aust Crit Care**, 2017.
- LAFER, C. A ONU e os direitos humanos. **Estud. Av.**, v. 9, n. 25, p. 169-185, Dec. 1995.
- LAGO, K.; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. **Estudos de Psico**, v. 18. n. 2, p. 213-221, 2013.
- LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer, 1984.
- LAZARUS, R.; DELONGIS, A.; FOLKMAN, S.; GRUEN, R. Stress adaptational outcomes: The problem of confounded measures. **American Psychologist**, [S.L.], v. 40, n. 7, p. 770-779, 1985.



- LEITER, M. P. Burnout as a developmental process: Consideration of models. In W. B. Schaufeli, C. Maslach, & T. Marek (Eds.), *Series in applied psychology: Social issues and questions. Professional burnout: Recent developments in theory and research*. Philadelphia, PA, US: Taylor & Francis., p. 237-250, 1993.
- LIM, J.; BOGOSSIAN, F.; AHERN, K. Stress and coping in Singaporean nurses: a literature review. **Nursing and Health Sciences**, Carlton, v. 12, n. 2, p. 251-258, 2010.
- MASLACH, C.; LEITER, M. P. The truth about burnout: How organization cause, personal stress and what todo about it. San Francisco: **Jossey-Bass**, 1997.
- MASLACH, C.; SCHAUFELI, W.B.; LEITER, M. P . Job burnout. **Annual Review of Psychology**. v. 52, p. 1-14, 2001.
- MASLACH, S. C. Compreendendo el burnout. **Revista Ciencia & Trabalho**, v. 11, n. 32, p. 37-43, 2009.
- MELO, L. P. et al . Estratégias de enfrentamento (coping) em trabalhadores: revisão sistemática da literatura nacional. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro , v. 68, n. 3, p. 125-144, dez. 2016.
- MENASHE, A., POSSICK, C., BUCHBINDER, E. Between the maternal and the professional: The impact of being a child welfare officer on motherhood. **Child Fam Soc Work**, v.19, p. 391–400, 2014.
- MINAYO, M. C. S. **Violência social sob a perspectiva da saúde pública**. Caderno Saúde Pública. Rio de Janeiro, 1994. p 07-18. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1994000500002&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X1994000500002&script=sci_arttext). Acesso em: 16 out. 2017.
- MINAYO, M. C. S. Violência: um problema para a saúde dos brasileiros. Secretaria de Vigilância em Saúde. Impacto da violência na saúde dos brasileiros. Brasília: **Ministério da Saúde**; p.9-42, 2005.
- MPS – Ministério da Previdência social. DATAPREV – Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social**. 2016. Brasília: MPS/DATAPREV; 2016 24v. Disponível em: < <http://sa.previdencia.gov.br/site/2018/08/aeps2016.pdf> >. Acesso em: 28 set. 2018.
- NUNES, A.J.; SALES, M. C. V. Violência contra criança no cenário brasileiro. **Ciênc. Saúde coletiva**, v. 21, n. 3, p. 871-880, 2016.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório Mundial Sobre a Prevenção da Violência**, Geneva, 2014.
- PEARLMAN L.A .; MAC IAN, P. S. Vicarious traumatization: An empirical study of the effects of trauma work on trauma therapists. **Professional Psychology: Research and Practice**. v. 26, n. 6, p. 558-65, 1995.
- PEÇANHA, D. L. Avaliação do *coping* numa equipe de enfermagem oncopediátrica. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, São Paulo, v. XXVI, n. 2, p. 69-88, mai./ago. 2006.

- PELISOLI, C., et al. Violência sexual contra crianças e adolescentes: dados de um serviço de referência. **Temas em Psicologia**, v. 18, n. 1, p. 85 – 97, 2010.
- PENSO, M. A., et al. Profissionalização de psicólogos para atuação em casos de abuso sexual. **Psico**, Porto Alegre, v. 39, n. 2, p. 211-218, Abr. 2008.
- PEREDA, N., et al. The international epidemiology of child sexual abuse: A continuation of Finkelhor (1994). **Child Abuse Neglect**, v. 33, p. 331-342, 2009.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE – PMPA/SMS/HMIPV. **Histórico**, 2016. Disponível em: <<http://www.portoalegre.rs.gov.br/hmipv/>>. Acesso em: 16 set. 2016.
- RICAS, J.; DANOSO, M. T. V. History aspects of education in Brazil versus physical violence during childhood: reflections. **Rev Med Minas Gerais**, v. 20, n. 2, p. 121-217, 2010.
- RODRIGUES, A. B.; CHAVES, E. C. Fatores estressantes e estratégias de coping dos enfermeiros atuantes em oncologia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 16, n. 1, p 1-5, fev. 2008.
- SAGE, A. M.; BROOKS, S. K.; GREENBERG,, N. Factors associated with Type II trauma in ocupacional groups working with traumatised children: a systematic review. **Journal of Mental Health** – Early Online.. v. 1, n. 11, 2017.
- SANTOS, J. L. G., et al. Prazer e sofrimento no exercício gerencial do enfermeiro no contexto hospitalar. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 97-103, Mar. 2013.
- SAVOIA, M. G.; SANTANA, P. R.; MEJIAS, N. P. Adaptação do inventário de Estratégias de Coping<sup>1</sup> de Folkman e Lazarus para o português. **Psicol. USP**, São Paulo, v. 7, n. 1-2, p. 183-201, 1996.
- SCHRAIBER, L., et al. A Revista de Saúde Pública na produção bibliográfica sobre Violência e Saúde (1967-2015). **Rev Saúde Pública**, v. 50, n, 63, 2016.
- SINGH, C.; SHARMA, S.; SHARMA, R.K. Level of stress and coping strategies used by nursing interns. **Nursing and Midwifery Research Journal**, v. 7, n. 4, Out. 2011.
- SINIMBU, R. B. et al. Caracterização das vítimas de violência doméstica, sexual e/ou outras violências no Brasil – 2014. **Rev Saúde em Foco**, v. 1, n. 1, 2016.
- STAMM, B.H. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. In Figley, C. R. (Org). Treating compassion fatigue (pp.107-119). New York: **Brunnr-Routledge**. 2002
- STAMM, B.H. The Concise ProQOL Manual. Pocatello, ID: ProQOL.org. 2010.
- STAMM, B.H. The ProQOL manual. Pocatello, ID: **Idaho University with Sidran Press**. 2005
- VALCANTI, C. C. et al. *Coping* religioso/espiritual em pessoas com doença renal crônica em tratamento hemodialítico. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 838-45, 2012.

VALERETTO, F.A.; ALVES, D.R. Fatores desencadeantes do estresse ocupacional e da síndrome de burnout em enfermeiros. **Revista Saúde Física & Mental**, [s. L.], v. 3, n. 2, p. 1-11, 2013.

VILLELA, D.C. Centro de Referência ao atendimento infantojuvenil – CRAI: como estruturar um centro de referência para avaliação de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. **Revista do Ministério Público do RS**, n. 79, 2016.

WEINTRAUB, A.S. et al. Compassion fatigue, burnout and compassion fatigue in neonatologists in the US. **Journal of Perinatology**, v.1, n. 6, 2016.

WILHEM, F. A.; SANTOS, S. A. Coping em profissionais que atuam com vítimas de violência sexual. **Psicol Argum**, v. 31, n. 400, p.383-393, Jul. 2013.

ZANATTA, A. B.; LUCCA, S. R. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo , v. 49, n. 2, p. 253-258, Abr. 2015.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### **Título do Projeto: Qualidade de vida profissional e *Coping* na equipe multiprofissional de saúde que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual**

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa cujo objetivo é verificar os níveis de qualidade de vida profissional em profissionais de saúde que atendem crianças e adolescentes vítimas de violência sexual em um hospital de referência em Porto Alegre.

Esta pesquisa está sendo realizada para o projeto de Mestrado em Enfermagem da pesquisadora Thayane Martins Dornelles sob a orientação da Prof. Dr.<sup>a</sup> Sônia Beatriz Cocaro de Souza.

Se você aceitar participar da pesquisa, os procedimentos envolvidos em sua participação são os seguintes:

Será realizada uma entrevista em sala reservada da instituição após o expediente de trabalho, de aproximadamente 30 minutos, na qual você receberá três questionários de pesquisa:

- Questionário com questões sociodemográficas;
- Instrumento de Qualidade de vida profissional: Conta com 28 questões que mensura a exaustão física e emocional em decorrência do custo empático de lidar com o sofrimento alheio;
- Inventário de respostas de *Coping* no Trabalho - Composto por 48 itens, utilizado para aferir os níveis de *coping*, ou seja, estratégias de enfrentamento, o qual é usualmente definido como os esforços cognitivos e comportamentais conscientemente utilizados pelo indivíduo para administrar situações que possam ser desafiadoras.

Estes questionários contêm questões de escolha única e você irá marcar as suas respostas. Você poderá sanar suas dúvidas junto ao pesquisador que estará realizando a aplicação dos instrumentos.

Os possíveis desconfortos decorrentes da participação na pesquisa poderão estar relacionados com o tempo dispensado para realização da entrevista e com a possibilidade de você sentir algum constrangimento ao responder aos questionamentos, por tratar-se de questões pessoais. Se você achar necessário, a pesquisadora dará o atendimento necessário, assumindo a responsabilidade pelos possíveis riscos gerados.

Talvez você não se beneficie diretamente com a participação na pesquisa, mas estará contribuindo para produzir conhecimento sobre a qualidade de vida profissional e como os profissionais lidam com as dificuldades no trabalho, propiciando o desenvolvimento de programas institucionais que garantam e propiciem um cuidado em saúde aos profissionais de instituições que atendam crianças vítimas de violência sexual.

Sua participação na pesquisa é totalmente voluntária, ou seja, não é obrigatória. Caso você decida não participar, ou ainda, desistir de participar e retirar seu consentimento, não haverá nenhum prejuízo ao seu vínculo institucional. A participação no estudo não está associada a nenhum tipo de avaliação profissional ou de desempenho.

Não está previsto nenhum tipo de pagamento pela sua participação na pesquisa e você não terá nenhum custo com respeito aos procedimentos envolvidos.

Os dados coletados durante a pesquisa serão sempre tratados confidencialmente. Os resultados serão apresentados de forma conjunta, sem a identificação dos participantes, ou seja, o seu nome não aparecerá na publicação dos resultados.

Caso você tenha dúvidas, poderá entrar em contato com a pesquisadora Thayane Martins Dornelles pelo telefone (51) 993442964 ou com a pesquisadora principal Prof. Dr.<sup>a</sup> Sônia Beatriz Cocaro de Souza pelo telefone (51) 998088660. Você ainda poderá entrar em contato com a Pró-Reitoria de Pesquisa da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (PROPESQ-UFRGS) pelo telefone (51)3308-4085 ou através do endereço: Av. Paulo Gama, 110 – 7º andar - Porto Alegre (RS) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Materno Infantil Presidente Vargas pelo telefone (51) 3289-3357 ou através do endereço na Av. Independência, 661, bloco C – 7º andar.

Esse Termo é assinado em duas vias, sendo uma para o participante e outra para os pesquisadores.

---

Nome do participante da pesquisa

---

Assinatura

---

Nome do pesquisador que aplicou o Termo

---

Assinatura

Local e Data: \_\_\_\_\_

**Rubrica do participante** \_\_\_\_\_

**Rubrica do pesquisador** \_\_\_\_\_

**APÊNDICE B - PROTOCOLO DE PESQUISA - Qualidade de vida profissional e  
Coping em trabalhadores de saúde que atendem crianças vítimas de violência sexual em  
um serviço de referência**

**Número do participante:** \_\_\_\_\_

1 – Idade (em anos completos):

2 – Sexo: 1- Feminino 2- Masculino ( )

3 - Profissão:

4 - Nível de escolaridade: 1 - Médio 2 - Superior Completo 3 - Pós-Graduação ( )

5 – Unidade de trabalho: ( ) 1. Emergência Pediátrica ( ) 2. Internação Pediátrica ( )

3. Ambulatórios ( ) 4. Centro Obstétrico

6 - Tempo de trabalho na área da saúde (em anos completos):

7 – Há quanto tempo você atendeu o último caso de violência sexual contra criança?

8 - Utiliza alguma medicação? 1 – Sim 2 – Não ( )

Se sim, qual a dose \_\_\_\_\_ e frequência \_\_\_\_\_.

9 – Possui companheira (o): 1 – Sim 2 – Não ( )

10 – Número de filhos:

11 – Pratica alguma religião? 1 – Sim 2 – Não ( )

12 – Recebe ou recebeu alguma capacitação em serviço pela instituição para atender crianças vítimas de violência sexual?

13 – Realiza algum acompanhamento psicológico? 1 – Sim 2 – Não ( )

14 – Realiza alguma atividade física? 1 – Sim 2 – Não ( )

Se sim ( ) 1 vez na semana ( ) duas vezes na semana ( ) três ou mais vezes na semana

**ANEXO A – INSTRUMENTO DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL -  
PROQOL-BR**

**Instruções:**

Considere cada uma das seguintes questões sobre você e sua situação atual. Escolha a opção que melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias. **Considere a sua experiência enquanto profissional de saúde (independentemente do local de trabalho).**

| Nunca    | Raramente | Poucas vezes | Algumas vezes | Muitas vezes | Quase sempre |
|----------|-----------|--------------|---------------|--------------|--------------|
| <b>0</b> | <b>1</b>  | <b>2</b>     | <b>3</b>      | <b>4</b>     | <b>5</b>     |

1 – Sinto-me feliz.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

2 – Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

3 – Sinto-me satisfeito (a) por ser capaz de ajudar as pessoas.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

4 – Sinto-me ligado aos outros.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

5 – Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

6 – Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

7 – Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

8 – Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

9 – Creio que posso ter sido “infectado” pelo estresse traumático daqueles que atendo.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

10 – Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

11 – Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

12 – Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

13 – Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

14 – Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que atendi.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

15 – Tenho crenças que me sustentam.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

16 – Sinto-me satisfeito (a) por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

17 – Sou a pessoa que sempre desejei ser.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

18 – Sinto-me satisfeito (a) com meu trabalho.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

19 – Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

20 – Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajuda-los.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

21 – Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

22 – Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

23 – Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

24 – Estou orgulhoso (a) do que eu posso fazer para ajudar.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

25 – Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|



|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

27 – Ocorre-me que sou bem sucedido (a) no meu trabalho.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

28 – Estou feliz por ter escolhido este trabalho.

|   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|---|

## ANEXO B – INVENTÁRIO DE RESPOSTAS DE *COPING* NO TRABALHO (IRC-T)

(Shaefer e Moos, 1993; Adaptações: IRC-T - Pérez-Ramos e Pérez-Ramos, 1998, em Peçanha, 2006)

### Instruções:

Pense na situação mais estressante vivida por você, nos últimos meses, no ambiente de trabalho. Depois pense nas formas ou estratégias utilizadas por você para lidar com esse problema e responda às questões deste inventário. As suas respostas permanecerão sob caráter confidencial. Não se trata de uma prova de rendimento e nem de um teste de capacidade, portanto não há respostas certas nem erradas. O importante é que você avalie cada afirmação em relação à sua realidade, escolhendo apenas uma resposta, ou seja, aquela que melhor descreva a sua maneira de reagir frente ao problema escolhido. Se não houver uma resposta exata, marque a resposta que mais se aproxime da sua maneira de se comportar. A SUA PRIMEIRA REAÇÃO A CADA QUESTÃO DEVE CONSTITUIR SUA RESPOSTA.

Por favor, faça um círculo no número que indica a frequência com que você usa a estratégia da questão correspondente, empregando a seguinte classificação:

|            |                   |                   |                               |
|------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|
| 0<br>Nunca | 1<br>Uso um pouco | 2<br>Uso bastante | 3<br>Uso em grande quantidade |
|------------|-------------------|-------------------|-------------------------------|

### Exemplo:

Eu vou ao cinema                    0     ①     2     3

*(se você, às vezes, usa da estratégia de ir ao cinema, você deve fazer o círculo no número 1).*

### A melhor maneira de lidar com uma situação estressante vivida no meu ambiente de trabalho é:

1. Pensar em diferentes saídas para enfrentar o problema

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

2. Falar para mim mesmo coisas que me façam sentir melhor

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

3. Conversar com colegas de trabalho sobre o problema

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

4. Fazer um plano de ação e segui-lo

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

5. Tentar esquecer completamente o problema

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

6. Deixar o tempo passar

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

7. Tentar ajudar a outras pessoas a lidar com um problema semelhante

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

8. Descarregar em outras pessoas a tensão resultante

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

9. Tentar distanciar-se da situação e ser mais objetivo

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

10. Pensar o quanto as coisas poderiam ser piores

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

11. Aconselhar-me com um amigo sobre o problema

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

12. Saber o que deve ser feito e tentar seriamente fazer as coisas funcionarem

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

13. Tentar não pensar no problema

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

14. Perceber que não tenho controle sobre o problema

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

15. Envolver-me com novas atividades

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

16. Liberar-me da tensão emocional fazendo alguma coisa arriscada

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

17. Refletir sobre o que poderia dizer ou fazer

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

18. Tentar ver o lado bom da situação

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

19. Recorrer a um especialista para resolver a situação (ex: consultor, advogado, etc.)

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

20. Assumir uma posição para resolver o problema

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

21. Imaginar melhores condições e ambientes de trabalho

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

22. Aceitar a situação como força do destino

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

23. Procurar realização profissional em outro ambiente

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

24. Isolar-me das demais pessoas

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

25. Tentar prever as consequências da situação

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

26. Pensar que eu resolveria melhor o problema que os outros colegas

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

27. Pedir apoio aos colegas ou pessoas que estejam com o mesmo tipo de problema

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

28. Tentar pelo menos duas maneiras diferentes de resolver o problema

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

29. Tentar não pensar na situação mesmo que, no futuro, tenha que o fazer

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

30. Deixar a situação como está; nada pode ser feito

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

31. Dedicar mais tempo às atividades recreativas como fonte de bem-estar

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

32. Gritar para me aliviar do problema

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

33. Buscar um sentido ou um significado para a situação

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

34. Tentar dizer para mim mesmo que as coisas vão melhorar

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

35. Tentar entender melhor a situação

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

36. Tentar aprender a fazer mais coisas por meu próprio esforço

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

37. Desejar que o problema desapareça de alguma forma

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

38. Preparar-me para o pior

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

39. Dedicar mais tempo às atividades recreativas

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

40. Chorar para me aliviar das emoções

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

41. Prever novas exigências de trabalho que me serão feitas

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

42. Pensar que essa situação pode mudar minha vida de forma positiva

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

43. Pedir orientação ou força

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

44. Fazer uma coisa a cada dia, cada uma a seu tempo

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

45. Não dar importância à seriedade do problema

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

46. Perder as esperanças de que o problema possa ser superado

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

47. Dedicar-me a outras atividades para me ajudar a lidar com a situação

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|

48. Fazer alguma coisa, mesmo sabendo que isso não vai dar certo

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 0 | 1 | 2 | 3 |
|---|---|---|---|