

Fadiga por compaixão e estratégias de enfrentamento diante da finitude

Aline Aparecida Cardoso¹, Daniere Yurie Vieira Tomotani¹, Samantha Mucci¹

1. Universidade Federal de São Paulo, São Paulo/SP, Brasil.

Resumo

A fadiga por compaixão é uma ameaça à saúde mental de profissionais de saúde diante da dificuldade em manejar a empatia. Assim, buscou-se verificar na literatura científica a correlação entre a fadiga por compaixão e a atuação de profissionais em unidades hospitalares que lidam constantemente com a morte, considerando estratégias adotadas para autocuidado. Realizou-se revisão integrativa da literatura, que identificou 11 artigos, nas bases de dados MEDLINE e PubMed, publicados entre 2011 e 2021. Constatou-se que a fadiga por compaixão ocorre com maior frequência em profissionais que lidam direta e recorrentemente com a morte, principalmente quando medidas distanásicas são adotadas. As principais estratégias de adaptação psicológica detectadas foram discussão de casos entre equipes, momentos de lazer e apoio de colegas, espiritualidade e meditação, além de uma liderança construtiva. Ressalta-se a necessidade de maior aprofundamento e novas pesquisas diante da escassez de estudos sobre o tema, principalmente no Brasil.

Palavras-chave: Fadiga por compaixão. Morte. Autocuidado. Adaptação psicológica.

Resumen

Fatiga por compasión y estrategias de afrontamiento ante la finitud

La fatiga por compasión es una amenaza para la salud mental de los profesionales de la salud ante la dificultad para gestionar la empatía. Se buscó en la literatura científica la correlación entre la fatiga por compasión y el trabajo de los profesionales en unidades hospitalarias que lidian constantemente con la muerte considerando las estrategias adoptadas para el autocuidado. La revisión integradora de la literatura realizada identificó 11 artículos en las bases de datos MEDLINE y PubMed, publicados entre 2011 y 2021. La fatiga por compasión se presenta más en los profesionales que lidian directa y recurrentemente con la muerte, especialmente durante la adopción de medidas de distanasia. Como principales estrategias de adaptación psicológica destacan la discusión de casos entre equipos, el tiempo libre y apoyo de los compañeros, la espiritualidad y meditación, y el liderazgo constructivo. Son necesarias más investigaciones a fondo dados los escasos estudios, especialmente en Brasil.

Palabras clave: Desgaste por empatía. Muerte. Autocuidado. Adaptación psicológica.

Abstract

Compassion fatigue and coping strategies before death

Compassion fatigue threatens healthcare professionals' mental health in face of difficulties in managing empathy. This integrative review sought to verify the correlation between compassion fatigue and health professionals' performance in hospital units that frequently deal with death, considering the self-care strategies adopted. Bibliographic search conducted on the MEDLINE and PubMed databases retrieved 11 articles published between 2011 and 2021. Results show that compassion fatigue occurs frequently in professionals who deal directly and recurrently with death, especially when dysthanasia measures are adopted. Case discussion between teams, leisure time and peer support, spirituality and meditation as well as constructive leadership were the main psychological adaptation strategies identified. Further and in-depth research is needed given the scarcity of study on the topic, especially in Brazil.

Keywords: Compassion fatigue. Death. Self care. Adaptation, psychological.

Declararam não haver conflito de interesse.

Até o fim do século XVII, aquilo que era denominado hospital tinha função de abrigar pobres em transição da vida para a morte, sendo um espaço de separação desses indivíduos, adoecidos e marginalizados, do restante da população. Com o avanço da tecnologia, guerras e epidemias, a prática médica se sobrepôs ao valor humano e ganhou um novo olhar diante do capitalismo: as pessoas tornaram-se investimento, e a estrutura do hospital passou a ser um instrumento de terapêutica, destinado ao tratamento e controle de doenças¹.

Nesse campo de atuação, inserem-se profissionais de diversas áreas da saúde, com o objetivo de auxiliar no restabelecimento físico e mental do paciente diante do adoecimento. Entretanto, em determinadas situações, esses profissionais enfrentam situações adversas recorrentes, como piora do quadro clínico, morte e sofrimento familiar. Nesse cenário emergem questões subjetivas e, caso falem habilidades emocionais de manejo, a dor e o sofrimento do outro poderão desencadear agravos na saúde dos envolvidos no cuidado do doente, como sintomas de ansiedade, depressão e *burnout*, impactando de maneira negativa sua saúde e a prática assistencial².

São características da atuação dos sujeitos envolvidos no campo da saúde o vínculo e a humanização. Tais práticas promovem o suporte à família e ao paciente hospitalizado, que vivenciam incertezas e angústias diante da ruptura de seu “mundo presumido”, sendo este o conjunto de concepções idealizadas da própria realidade³.

Na construção do vínculo, da sensibilidade, da empatia e do conhecimento científico, promove-se uma experiência acolhedora e assertiva diante da doença, proporcionando melhoria da qualidade de atendimento e das relações estabelecidas. Dessa forma, é possível trazer benefícios e promover o bem-estar do paciente e dos demais envolvidos no processo⁴.

Antes de definir o conceito de fadiga por compaixão, cabe ressaltar o significado de empatia, aspecto importante das relações humanas, que está atrelado aos recursos emocionais de reconhecimento do eu/outro. Ela pode ser definida como a capacidade de percepção, compreensão e perspectiva do contexto e vivência de outra pessoa. Devido à complexidade

de seu significado, ainda não há consenso entre os autores sobre sua ocorrência, porém a empatia é multidimensional e abarca diversos fatores (cognitivos, emocionais, sociais e comportamentais), sendo essencial ao vínculo terapêutico e ao atendimento em saúde⁵⁻⁷.

A compaixão, por sua vez, é definida como a habilidade de ter consciência do sofrimento de outrem e suscita preocupação, comoção, desejo de aliviar as aflições e disposição a ajudar, podendo ser entendida para além de um sentimento: é comportamento orientador de conduta⁸. Portanto, enquanto a empatia trata da percepção e compreensão das emoções e sentimentos vivenciados por alguém, a compaixão é a ação tomada a partir dessa compreensão. Ou seja, é o comportamento empático, motivador do trabalho, que busca resoluções e intervenções que auxiliem no alívio do sofrimento e resulta em atuação cooperativa e altruísta direcionada ao outro diante do reconhecimento de sua dor⁹.

A vulnerabilidade e o sofrimento a que são expostos, aliados à sobrecarga de trabalho e à dificuldade de manejo de sentimentos e emoções, pode provocar desgaste e exaustão nos profissionais, impossibilitando uma atuação efetiva e ocasionando fadiga por compaixão². Ressalta-se que a concepção de fadiga por compaixão descrita por Figley¹⁰ é atualmente a mais utilizada na literatura científica, pois o conceito está ausente do *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (do inglês *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, mais conhecido como DSM)¹¹.

O DSM utiliza o transtorno de estresse pós-traumático (TEPT) para referir-se ao transtorno relacionado a situações em que pessoas são atingidas diretamente por eventos estressores (violência, adoecimentos ou acidentes)¹¹. Contudo, a fadiga por compaixão é um tipo de sofrimento causado indiretamente, diferindo do transtorno mencionado¹⁰.

É importante referir que, interligado aos conceitos anteriores, o *burnout* aparece com frequência nos textos sobre fadiga por compaixão e é definido como sensação de esgotamento emocional, despersonalização e diminuição da sensação de recompensa com o trabalho e conquistas pessoais¹². Portanto, trata-se de exaustão

emocional e física acompanhada da sensação de descaracterização profissional.

Isso significa que, devido a estresse crônico, a atuação que antes podia gerar satisfação e motivação torna-se um evento exaustivo e desagradável e, em casos mais graves, adoecedor. Essa situação caracteriza-se como parte da fadiga por compaixão, em sua dimensão física, impactando a atuação do profissional diante de situações que exigem empatia¹³.

A exposição constante do profissional de saúde a perdas e mortes sinaliza a necessidade de desenvolver estratégias de adaptação psicológica e de enfrentamento. Traduzido do inglês *coping*, esse conceito é definido por quatro características principais: 1) *uma interação que se dá entre o indivíduo e o ambiente*; 2) *sua função é de administração da situação estressora, ao invés de controle ou domínio da mesma*; 3) *os processos de coping pressupõem a noção de avaliação, ou seja, como o fenômeno é percebido, interpretado e cognitivamente representado na mente do indivíduo*; e 4) *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*¹⁴.

Segundo a literatura analisada, profissionais da saúde costumam utilizar, como apoio e autocuidado, o suporte social, a busca pela resolução de problemas, o gerenciamento de suas emoções, a evitação de situações consideradas estressantes/desnecessárias, a reavaliação de comportamento diante do contexto e a aceitação. Com isso, o sujeito assume a responsabilidade pela resolutividade do problema enfrentado, mantendo os dois objetivos principais do *coping*: mudar o desencadeador da questão

problemática e controlar sua resposta emocional diante do conflito¹⁵.

A exposição constante do profissional de saúde à terminalidade torna necessário explorar e compreender tais vivências diante da finitude de seus pacientes. Considerando o contexto de atuação e cultura, é importante refletir sobre possíveis estratégias de autocuidado a fim de elaborar condutas institucionais e facilitar estratégias pessoais, de modo a evitar prováveis adoecimentos ocupacionais e a perda da qualidade de cuidado ofertado ao paciente.

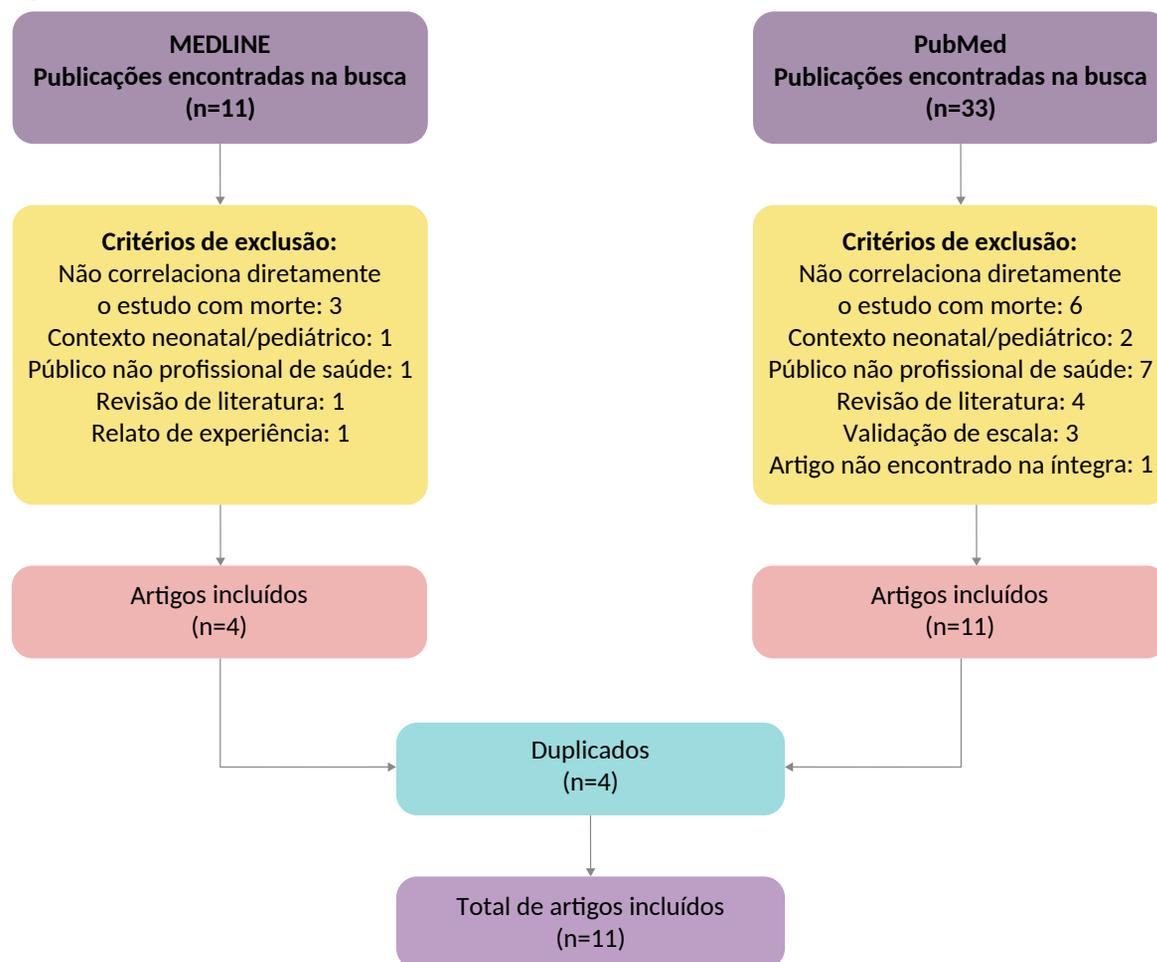
Considerando esse contexto, este estudo objetivou verificar a ocorrência da fadiga por compaixão em profissionais que lidam constantemente com a finitude em unidades de cuidados de adultos, assim como possíveis estratégias de enfrentamento e adaptação psicológica, por meio da análise da literatura científica.

Método

Foi realizada pesquisa nas bases de dados eletrônicas MEDLINE e PubMed com os seguintes descritores: “*compassion fatigue and death and coping or self-care*”. Os critérios de inclusão foram: 1) ser estudo de campo qualitativo e/ou quantitativo com profissionais da saúde; 2) ter sido conduzidos em contexto de cuidado em saúde de adultos; e 3) ter sido realizado entre os anos de 2011 e 2021. Os critérios de exclusão foram: 1) ser revisão bibliográfica; 2) ter sido realizado em contexto neonatal e pediátrico; 3) ser validação de escalas; e 4) ser relato de experiência. Apenas artigos na íntegra foram selecionados, sem restrição de idioma, e os dados foram cruzados para evitar a duplicação (Figura 1).

Após essa etapa, o *corpus* foi classificado de acordo com tipo de estudo, amostra, método, local de pesquisa e objetivos (Quadro 1).

Figura 1. Fluxograma de seleção dos artigos



Quadro 1. Categorização dos artigos selecionados

Autores; ano	Tipo de estudo	Amostra/método/local	Objetivos
Oliver e colaboradores; 2021 ¹⁶	Estudo transversal descritivo qualiquantitativo	817 profissionais de cuidados paliativos da Espanha, Argentina e Brasil responderam à questão aberta: “você já fez treinamento específico para enfrentar o sofrimento e a morte?”. Escalas utilizadas: Escala de Autocuidado Profissional (PSCS), Mindful Attention Awareness Scale (MAAS) e Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL).	Oferecer evidências sobre a generalização do modelo de consciência de autocuidado elaborado por Kearney e possíveis atitudes compassivas dos profissionais participantes.
Laor-Maayany e colaboradores; 2020 ¹⁷	Estudo transversal correlacional quantitativo	64 oncologistas de Israel preencheram questionários autoaplicáveis sobre fadiga por compaixão, satisfação por compaixão, tristeza, exposição ao sofrimento e à morte e sensação de fracasso.	Explorar associações da fadiga por compaixão e da satisfação da compaixão com o luto de oncologistas e a sensação de fracasso, além da exposição relatada ao sofrimento e à morte.

continua...

Quadro 1. Continuação

Autores; ano	Tipo de estudo	Amostra/método/local	Objetivos
Pattison, Droney, Gruber; 2020 ¹⁸	Estudo transversal descritivo quantitativo	Foi administrado o inventário de <i>burnout</i> de Maslach em 63 profissionais da equipe de cuidados intensivos e paliativos do Reino Unido, que também foram entrevistados com questões abertas sobre medidas de suporte.	Explorar a ocorrência de sofrimento moral em áreas de alto risco de esgotamento físico e emocional com profissionais da oncologia, além das medidas possíveis para lidar com o sofrimento moral.
Phillips, Volker; 2020 ¹⁹	Estudo transversal exploratório qualitativo	Entrevistas semiestruturadas com sete enfermeiros dos Estados Unidos que atuam na oncologia.	Explorar o desenvolvimento emocional durante o trabalho do enfermeiro na oncologia.
Chang; 2018 ²⁰	Estudo transversal exploratório correlacional quantitativo	Análise de 323 questionários respondidos por profissionais da enfermagem de Taiwan, correspondentes à aplicação da Escala de Autoeficácia de Enfrentamento da Morte e Escala de Suporte Social.	Explorar como o apoio social impacta a capacidade de enfrentamento da equipe de enfermagem diante da morte no trabalho.
Grech, Depares, Scerri; 2018 ²¹	Estudo transversal exploratório qualitativo	Foram realizadas entrevistas semiestruturadas com cinco enfermeiras estadunidenses que atuam em oncologia hematológica.	Explorar experiências de enfermeiros da oncologia hematológica que atuam diretamente com pacientes em cuidados de fim de vida.
Ko, Kiser-Larson; 2016 ²²	Estudo transversal descritivo quali quantitativo	40 enfermeiros e auxiliares de enfermagem de um ambulatório de oncologia dos Estados Unidos participaram de entrevista aberta, questionário demográfico e aplicação de escala (Nursing Stress Scale).	Identificar estressores em enfermeiros que atuam na oncologia, explorando os comportamentos de enfrentamento.
Pereira e colaboradores; 2016 ²³	Estudo transversal comparativo quantitativo	Estudo de âmbito nacional realizado em Portugal utilizando os seguintes instrumentos: Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey, questionário de experiências de trabalho e decisões éticas e questionário de características sociodemográficas e profissionais. Participaram da pesquisa 355 profissionais de dez unidades de terapia intensiva e de nove unidades de cuidados paliativos.	Identificar e comparar os níveis de <i>burnout</i> entre profissionais que atuam em unidades de cuidados intensivos e paliativos e avaliar quais experiências de trabalho estão associadas ao esgotamento.
Sansó e colaboradores; 2015 ²⁴	Estudo transversal exploratório quantitativo	Análise de pesquisa on-line com 387 profissionais de cuidados paliativos espanhóis, por meio de dados demográficos e das escalas Mindful Attention Awareness Scale, Coping with Death Scale, The Professional Quality of Life Scale.	Melhorar a compreensão da relação de aspectos psicológicos dos profissionais por meio da avaliação de uma adaptação do modelo de consciência de Kearney.
Mason e colaboradores; 2014 ²⁵	Estudo transversal exploratório, descritivo correlacional, quantitativo	26 enfermeiros atuantes em unidade de terapia intensiva dos Estados Unidos participaram da pesquisa por meio da aplicação total/parcial de quatro escalas.	Examinar o efeito da satisfação da paixão, fadiga da paixão, sofrimento moral e nível de educação de enfermagem no envolvimento no trabalho dos enfermeiros de cuidados intensivos.
Zambrano, Chur-Hansen, Crawford; 2014 ²⁶	Estudo transversal exploratório qualitativo	Sete médicos australianos especialistas em medicina paliativa participaram de entrevista aberta, individualmente.	Investigar experiências, recursos de enfrentamento e impacto em lidar com mortes e processo de finitude em médicos paliativistas.

Resultados e discussão

Por meio dos descritores, foram encontrados 44 artigos nas bases de dados mencionadas. A base PubMed apresentou maior número de resultados, com 33 artigos, seguida da MEDLINE, com 11 artigos. Após a exclusão de quatro artigos duplicados, também foram descartados revisões de literatura, validação de escalas, pesquisas com público não profissional de saúde e artigos que não abordavam fadiga por compaixão associada à finitude. No total, 11 artigos apresentaram compatibilidade com o objetivo deste estudo.

Dos artigos incluídos, apenas três empregaram a abordagem qualitativa, sendo oito quantitativos, representando o método mais adotado na temática revisada. Todos os artigos encontrados estavam em língua inglesa, entretanto, ressalta-se a diversidade dos locais das pesquisas: quatro trabalhos foram realizados nos Estados Unidos; um estudo multicêntrico incluiu Espanha, Brasil e Argentina; um era australiano; um israelense; um taiwanês; um espanhol; um do Reino Unido; e um de Portugal. Dos 11 artigos, seis foram constituídos predominantemente pelo sexo feminino, dois pelo masculino e os outros três estudos não consideraram a característica “sexo” em suas amostras (Tabela 1).

Tabela 1. Categorização das características observadas

Artigos	Profissão (participantes)	Sector de atuação	Mulheres	Homens
2021 ¹⁶	Médicos (339) e enfermeiros (198)	Cuidados paliativos	652	154
2020 ¹⁷	Psicólogos (138) e auxiliares de enfermagem (18)	Oncologia	N/A	N/A
2020 ¹⁸	Assistentes sociais (59) e outros (65)	Unidade de terapia intensiva (39)	14	48
2020 ¹⁹	Médicos (74)	Cuidados paliativos (24)	6	1
2018 ²⁰	Médicos (18), enfermeiros (39) e outros (7)	Oncologia	306	17
2018 ²¹	Enfermeiros (7)	Clínica médica (142) e unidade de terapia intensiva (52)	5	0
2016 ²²	Enfermeiros (323)	Cirurgia geral (65)	40	0
2016 ²³	Enfermeiras (5)	Cuidados paliativos (9)	271	121
2015 ²⁴	Enfermeiras (40)	Oncologia (24) e ginecologia (7)	N/A	N/A
2014 ²⁵	Médicos (100) e enfermeiros (292)	Nefrologia (24)	N/A	N/A
2014 ²⁶	Médicos (169) e enfermeiros (128)	Hematologia oncológica	2	5

A maior parte dos participantes são da área de enfermagem (49%), seguidos dos profissionais de medicina (33%). As demais profissões, como psicologia (9%), serviço social (3,6%), auxiliares de enfermagem (1,6%) e outros (3,3%), representaram pouco mais de 1/6 dos entrevistados, considerando todos os estudos. O setor de atuação com maior recorrência foi o de cuidados paliativos (62,4%), seguido por unidades de terapia intensiva (UTI) (19,5%), oncologia (6,7%) e clínica médica (6,6%). Cirurgia geral, ginecologia, nefrologia e hematologia oncológica apresentaram percentual inferior a 3% dos entrevistados.

Após leitura minuciosa dos artigos, emergiram três categorias centrais que se correlacionam com o objetivo deste estudo: 1) sentimentos vivenciados

diante da morte de pacientes; 2) correlação entre fadiga por compaixão e finitude, diferenças e comparações; e 3) propostas de autocuidado pessoais, institucionais e a competência para a morte.

Sentimentos vivenciados diante da morte de pacientes

Manifestações comportamentais e sentimentos encontrados em profissionais da saúde diante da finitude de pacientes foram: sensação de impotência^{17,21}, resiliência²¹, cinismo^{18,23}, insensibilidade¹⁸, dificuldade na expressão de emoções¹⁸, exaustão^{18,22,23}, choro^{21,22,26}, tristeza^{21,22}, ansiedade²², sintomas depressivos^{22,23} e culpa²⁶. Percebe-se que há uma gama de

sentimentos e comportamentos relatados pelos autores, com leve variação nos estudos, tendendo a ser mais frequente a tristeza e por consequência o choro, além do esgotamento profissional.

As reações emocionais descritas nos resultados vão ao encontro de diversos estudos sobre reações emocionais diante do morrer^{27,28}. Entende-se que sensações de fracasso, tristeza e angústia estão diretamente ligadas ao despreparo profissional, por uma defasagem na formação acadêmica e dificuldade de manejo diante da vinculação intensa com o paciente no processo de finitude. Por outro lado, vale ressaltar que, em nossa cultura, há intensidade de nossos vínculos e a proibição do sofrer.

Reação com choro não foi percebida como comportamento negativo, mesmo na presença de paciente e familiares, constatando-se que estar ciente das características dos pacientes e prognóstico auxiliaram nas reações emocionais²⁶. A idade do paciente foi uma característica ressaltada como desencadeadora de sofrimento, principalmente devido às identificações pessoais e à noção de que os pacientes teriam “uma vida pela frente”²¹. Entretanto, tal identificação pessoal pode ser considerada aspecto negativo ou neutro, dependendo do manejo do profissional diante de seu cuidado²⁶.

O olhar natural perante o chorar e o permitir-se sofrer revela preparo emocional e competência para a morte. Também demonstra que profissionais de saúde capazes de lidar com a morte estão capacitados não somente com prática e compreensão teórica, mas com o próprio autoconhecimento de vivências e sentimentos desencadeados por lidarem diretamente com a morte, refletindo sua própria finitude e dos entes pelos quais têm afeto.

Foi considerado como aspecto negativo da atuação o manejo de relações e contextos considerados difíceis, como: dificuldade de atingir o controle total dos sintomas de pacientes em processo de morte em alguns casos, decisões distantes, falta de diretivas antecipadas de vontade de pacientes e familiares e invalidação de apontamentos referentes aos cuidados do paciente pela equipe médica^{21,22,26}. Decisões terapêuticas exclusivamente médicas ainda são desencadeadoras negativas da fadiga por compaixão, o que é corroborado por estudos, revelando que a centralização de decisões em profissionais médicos, ignorando as demais profissões, ocasiona frustrações e sensação de impotência²⁹⁻³¹.

Para garantir qualidade de vida na terminalidade, é preciso considerar intervenções de uma equipe multiprofissional e seus diversos saberes. Por meio dessa pluralidade de perspectivas torna-se possível acolher a totalidade e complexidade do sofrimento humano, deixando a tecnologia voltada à cura e tornando a pessoa a prioridade e o centro de cuidado³².

Assim, centralizar a decisão no médico é perpetuar a cultura medicalocêntrica, que ocasiona também sofrimento a essa categoria profissional, devido às limitações próprias da atuação. Nesse sentido, é necessário um olhar mais abrangente, uma escuta empática e uma corresponsabilização, não somente com demais profissionais, mas também com pacientes e familiares, por meio de discussões e diálogo³⁰⁻³³.

A alta carga de trabalho, a falta de apoio e a preparação inadequada também foram identificadas como fatores estressantes, porém em menor grau²². A problemática leva pessoas a abandonar o emprego, gerando gastos com o treinamento de novos profissionais²¹. Dessa forma, queda na qualidade do trabalho, absenteísmo e rotatividade de profissionais são apontados como prejudiciais às empresas em termos financeiros e ao próprio sistema governamental, com afastamentos precoces e gastos públicos em saúde³⁰.

Correlação entre fadiga por compaixão e finitude

Poucos estudos caracterizaram de forma significativa a amostra estudada, contudo aqueles que o fizeram apresentaram contraste em seus resultados. Um dos estudos apontou que a experiência profissional não demonstrou diferença significativa no “lidar com a morte”¹, porém, outro identificou que, no início do percurso profissional, encontra-se maior dificuldade em lidar com a morte de pacientes, aumentando o risco de desenvolver fadiga por compaixão¹⁹. Assim, não é possível determinar diferenças características, como sexo ou idade, que se relacionem à maior ou menor probabilidade de vivenciar esse tipo de sofrimento.

Ao verificar a hipótese de que a fadiga por compaixão e o esgotamento estariam interligados – permanecendo a satisfação por compaixão independente, sem interligação com a fadiga por compaixão –, ficou evidente que a

generalização dessa relação pode ser conflituosa. Aspectos culturais interferem no processo de enfrentamento e, conseqüentemente, na satisfação no trabalho, podendo ser vivenciadas ambas as situações simultaneamente, fadiga e satisfação por compaixão¹⁶.

Os estudos^{16,18,23,24} demonstraram relações que não devem ser generalizadas, principalmente sobre a formação específica para cuidados relacionados à morte e a vivência simultânea de satisfação por compaixão e *burnout*. Aspectos subjetivos e culturais podem estar associados aos resultados, de modo que, por mais que profissionais vivenciem sofrimento, com sentimento de culpa e fracasso, não necessariamente apresentam fadiga por compaixão, talvez por não reconhecerem tais características como negativas à prática profissional, mas como esperadas para o contexto¹⁷.

Arelado à hipótese anterior, também cabe ressaltar o pressuposto de que pertencer a uma equipe de cuidados paliativos possibilita maior satisfação por compaixão em relação a outras áreas. Por outro lado, apesar de profissionais intensivistas vivenciarem maiores chances de *burnout*, principalmente na característica de exaustão e despersonalização, apresentam também maior satisfação por compaixão em sua atuação^{18,23}. Os autores não conseguiram definir possíveis fatores, mas consideraram que o ambiente de trabalho e o apoio social entre profissionais sejam indicadores para intensivistas se sentirem mais recompensados em seu cotidiano profissional, influenciando na capacidade de lidar com a morte^{16,20}.

Os principais motivos relatados pelos participantes em relação à exaustão profissional foram trabalho noturno, conflitos com outros profissionais, pacientes e familiares, e experiência de morte de pacientes²³. Em contrapartida, paliativistas ressaltaram que a realização profissional depende principalmente da possibilidade de um olhar integral ao paciente, do controle de sintomas e de uma morte pacífica, isto é, sem medidas invasivas desnecessárias, possibilitando apoio emocional a pacientes e familiares²⁶.

Em pesquisas conduzidas no Brasil, percebe-se que o fator cultural interfere significativamente na forma como o profissional maneja o cuidado diante da finitude do paciente, considerando que a medicina na América do Sul caracteriza-se por forte

componente paternalista, como acontece no sul da Europa. Segundo Lago e colaboradores³³, a cultura desses países, incluindo o Brasil, predispõe à visão de que a vida deve ser mantida a qualquer custo, desvalorizando a autonomia do paciente e privilegiando as decisões da equipe médica.

Dessa forma, as condutas são baseadas no conceito de beneficência e motivadas pelos valores culturais e morais de cada equipe, diante de *decisões complexas que envolvem conflitos culturais, traumas emocionais, questionamento sobre valores pessoais e, inclusive, receios de ordem legal*³⁴.

A prática da distanásia pode ser evitada caso o profissional tenha formação e competência técnica e emocional, além de flexibilidade para discutir acerca da terminalidade e adotar uma postura mais adequada diante do paciente que está em finitude. Para isso, pode-se colocar em discussão o próprio plano terapêutico com a equipe multiprofissional, compreendendo os pontos de vista de cada profissional, em uma perspectiva de cuidado ampliado³⁵. O diálogo empático e genuíno com paciente, família e equipe é importante ferramenta para evitar práticas nocivas, não só para o paciente, mas para todos os envolvidos no cuidado.

Propostas de autocuidado e competência para a morte

Estudos sugeriram intervenções psicológicas, como grupos terapêuticos, espaços de discussão e *debriefing*^{18,22,26} como forma de amenizar a angústia e melhorar a relação entre profissional e paciente^{17,21}. Valorização da atuação profissional e liderança construtiva também foram apontados^{17,18}, assim como apoio psicológico de colegas de trabalho, momentos de descontração com pacientes e equipe, melhora do sono e alimentação, prática da espiritualidade, meditação e atividades recreativas^{18,20,22,26}.

A construção de significado sobre o ciclo da vida, o aprendizado pessoal e a participação em funerais foram descritos em um estudo e considerados importantes para a oferta e continuidade de suporte e cuidado integral. A possibilidade de elaborar o luto profissional ao acompanhar familiares no momento do velório mostrou-se uma oportunidade para refletir sobre as vivências profissionais e pessoais e um encerramento adequado para a

relação profissional-paciente-família, contribuindo para um autocuidado de melhor qualidade²⁶.

Ressaltam-se, novamente, os aspectos culturais envolvidos no cuidado do paciente paliativo e suas características, como a idade. As percepções morais que permeiam o sofrimento diante do morrer, principalmente quando os pacientes são mais jovens, ocasionam questionamentos sobre o ideal de morte. Isso se relaciona principalmente às teorias de que a criança é incapaz de elaborar sua morte, em virtude de sua cognição, e de que o adulto teve a oportunidade de usufruir da vida e de se realizar, enquanto a mesma condição não foi possível para a criança³⁶, acarretando grande mobilização emocional.

A formação específica para cuidados paliativos possibilitou melhora na compreensão e condução de cuidados de pacientes em fim de vida. A maioria dos estudos sugere continuidade de treinamento profissional e implementação de novas estratégias de autocuidado profissional, incluindo atualização constante e prática de saúde baseada em evidência, como forma de fornecer atendimento de qualidade. Assim, auxilia-se a equipe no desenvolvimento de habilidades de enfrentamento em contextos permeados por sofrimento, a fim de diminuir as possibilidades de esgotamento e fadiga^{16,19,20,23,25,26}.

Apenas dois estudos mencionaram que a formação específica em cuidados paliativos não demonstrou diferença significativa no lidar com a finitude de pacientes, entretanto, novamente se deve considerar a questão cultural, pois os grupos que trouxeram tais resultados eram de profissionais de saúde espanhóis^{15,23}. Na Espanha, os cuidados paliativos têm maior difusão e, segundo os próprios autores, a extensa capacitação ao longo da formação para a atuação em saúde, associada a uma cultura que aborda temáticas relacionadas ao morrer com mais frequência, faz com que os profissionais se sintam capazes em sua atuação, sem associar seu sofrimento à falta de conhecimento teórico.

De acordo com a pesquisa de Chan e Tin³⁷, a competência para morte é classificada como uma habilidade que envolve competência prática, pessoal, existencial, emocional e ambiental. Como parte de tal habilidade, pode-se dizer que experiência profissional, iniciativa em aprender, colaboração em equipe, percepção ampliada, criatividade, preocupação, flexibilidade e compaixão são fundamentais

para o desenvolvimento dessa *soft skill*, associando a ela a compreensão da inevitabilidade da morte e dos limites da existência humana.

Os estudos desta revisão enfatizam que a competência em lidar com a morte promoveu níveis mais elevados de satisfação compassiva, funcionando como protetores da fadiga e do esgotamento¹⁶. Os achados ratificam a ideia de que a prática do autocuidado e a ampliação da percepção diante do morrer são fatores importantes, ligados diretamente à qualidade de vida dos profissionais e do cuidado ao paciente²⁴. Além disso, ressalta-se a necessidade de mais estudos acerca da temática e da funcionalidade das estratégias adotadas.

Geralmente, tanto o Brasil como os demais países participantes das pesquisas analisadas reforçam a importância da continuidade de capacitação e estudos de cuidados paliativos e tanatologia. O processo de finitude de vida requer que os profissionais da saúde estejam preparados não só para a prática, mas também para as demais competências relacionadas à morte, com o objetivo de possibilitar um olhar integrativo diante da finitude e do cuidado da tríade paciente-família-equipe³⁸.

Nesse sentido, ressalta-se que a ausência do ensino e das abordagens pedagógicas de cuidados paliativos durante a graduação da área da saúde inviabiliza conhecimentos fundamentais³⁸, no âmbito profissional e pessoal. Assim, é de extrema necessidade inserir esses temas nas grades curriculares, propiciando empatia e habilidades requeridas.

Considerações finais

Conclui-se que lidar com a finitude de pacientes de forma constante pode desencadear fadiga por compaixão em profissionais de saúde, principalmente quando medidas distanásicas são associadas aos cuidados. Medidas fúteis ocasionam nos profissionais questionamentos morais e sentimento de invalidação diante de decisões que predominantemente ainda são médicas.

As principais estratégias de *coping* adotadas foram o *debriefing* (momento de reflexão e discussão de práticas e casos) e práticas integrativas como meditação, momentos de descontração em equipe e apoio de colegas, além de uma liderança construtiva. A formação profissional para

o cuidado de pacientes em finitude é ressaltada como aspecto importante na prevenção da fadiga por compaixão e manejo do cuidado, principalmente em países que ainda estão desenvolvendo

práticas efetivas de cuidados paliativos, considerando seu contexto cultural. Por fim, ressalta-se a necessidade de mais estudos sobre o tema, principalmente no Brasil.

Referências

1. Foucault M. *Microfísica do poder*. 8ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1989.
2. Barbosa SC, Souza SM, Souza J. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Rev Psicol Organ Trab* [Internet]. 2014 [acesso 15 fev 2023];14(3):315-23. Disponível: <https://bit.ly/3Q9RcH0>
3. Parkes CM. *Amor e perda: as raízes do luto e suas complicações*. São Paulo: Summus; 2009.
4. Barcellos RA, Sgarabotto BL. Cuidado centrado em pacientes e familiares em terapia intensiva. *Res Soc Dev* [Internet]. 2020 [acesso 15 fev 2023];9(8):e55984400. DOI: 10.33448/Rsd-V9i8.4400
5. Lago KC. *Fadiga por compaixão: quando ajudar dói [dissertação]* [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2008 [acesso 15 fev 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3rYQDYC>
6. Mufato LF, Gaiva MAM. Empatia em saúde: uma revisão integrativa. *Rev Enferm Cent-Oeste Min* [Internet]. 2019 [acesso 15 fev 2023];9:e2884. DOI: 10.19175/Recom.V9i0.2884
7. Magalhães ARV. *A importância da empatia na comunicação clínica e avaliação do seu impacto terapêutico [dissertação]* [Internet]. Covilhã: Universidade da Beira Interior; 2019 [acesso 15 fev 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3SkYFp8>
8. Garcia-Campayo J, Marti CA, Demarzo MMP. *A ciência da compaixão*. São Paulo: Palas Athena; 2010.
9. Lago KC. *Compaixão e trabalho: como sofrem os profissionais de saúde [dissertação]* [Internet]. Brasília: Universidade de Brasília; 2013 [acesso 15 fev 2023]. Disponível: <https://bit.ly/3MkLG35>
10. Figley CR. *Compassion fatigue as secondary traumatic stress disorder: an overview*. In: Figley CR, organizador. *Compassion fatigue*. New York: ScienceDirect; 1995. p. 1-20.
11. American Psychiatric Association. *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed; 2014.
12. Maslach C, Schaufeli WB, Leiter MP. Job burnout. *Annu Rev Psychol* [Internet]. 2001 [acesso 15 fev 2023];52:397-422. DOI: 0.1146/annurev.psych.52.1.397
13. Lago K, Codo W. *Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Petrópolis: Vozes; 2010.
14. Antoniazzi AS, Dell'aglio DD, Bandeira DR. O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estud Psicol (Natal)* [Internet]. 1998 [acesso 15 fev 2023];3(2):273-94. p. 276. DOI: 10.1590/S1413-294X1998000200006
15. Costa ME, Maciel RH, Rêgo DP, Lima LL, Silva MEP, Freitas JG. Occupational burnout syndrome in the nursing context: an integrative literature review. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2017 [acesso 15 fev 2023];51:e03235. DOI: 10.1590/S1980-220X2016023403235
16. Oliver A, Galiana L, Simone G, Tomás JM, Arena F, Linzitto J *et al*. Palliative care professionals' inner lives: cross-cultural application of the awareness model of self-care. *Healthcare (Basel)* [Internet]. 2021 [acesso 15 fev 2023];9(1):81. DOI: 10.3390/healthcare9010081
17. Laor-Maayany R, Goldzweig G, Hasson-Ohayon I, Bar-Sela G, Engler-Gross A, Braun M. Compassion fatigue among oncologists: the role of grief, sense of failure, and exposure to suffering and death. *Support Care Cancer* [Internet]. 2020 [acesso 15 fev 2023];28(4):2025-31. DOI: 10.1007/s00520-019-05009-3
18. Pattison N, Dronney J, Gruber P. Burnout: caring for critically ill and end-of-life patients with cancer. *Nurs Crit Care* [Internet]. 2020 [acesso 15 fev 2023];25(2):93-101. DOI: 10.1111/nicc.12460
19. Phillips CS, Volker DL. Riding the roller coaster: a qualitative study of oncology nurses' emotional experience in caring for patients and their families. *Cancer Nurs* [Internet]. 2020 [acesso 15 fev 2023];43(5):E283-90. DOI: 10.1097/NCC.0000000000000734
20. Chang WP. How social support affects the ability of clinical nursing personnel to cope with death. *Appl Nurs Res* [Internet]. 2018 [acesso 15 fev 2023];44:25-32. DOI: 10.1016/j.apnr.2018.09.005

21. Grech A, Depares J, Scerri J. Being on the frontline: nurses' experiences providing end-of-life care to adults with hematologic malignancies. *J Hosp Palliat Nurs* [Internet]. 2018 [acesso 15 fev 2023];20(3):237-44. DOI: 10.1097/NJH.0000000000000433
22. Ko W, Kiser-Larson N. Stress levels of nurses in oncology outpatient units. *Clin J Oncol Nurs* [Internet]. 2016 [acesso 15 fev 2023];20(2):158-64. DOI: 10.1188/16.CJON.158-164
23. Pereira SM, Teixeira CM, Carvalho AS, Hernández-Marrero P. Compared to palliative care, working in intensive care more than doubles the chances of burnout: results from a nationwide comparative study. *PLoS One* [Internet]. 2016 [acesso 15 fev 2023];11(9):e0162340. DOI: 10.1371/journal.pone.0162340
24. Sansó N, Galiana L, Oliver A, Pascual A, Sinclair S, Benito E. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. 2015 [acesso 15 fev 2023];50(2):200-7. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013
25. Mason VM, Leslie G, Clark K, Lyons P, Walke E, Butler C, Griffin M. Compassion fatigue, moral distress, and work engagement in surgical intensive care unit trauma nurses: a pilot study. *Dimens Crit Care Nurs* [Internet]. 2014 [acesso 15 fev 2023];33(4):215-25. DOI: 10.1097/DCC.0000000000000056
26. Zambrano SC, Chur-Hansen A, Crawford GB. The experiences, coping mechanisms, and impact of death and dying on palliative medicine specialists. *Palliat Support Care* [Internet]. 2014 [acesso 15 fev 2023];12(4):309-16. DOI: 10.1017/S1478951513000138
27. Faria SS, Figueiredo JS. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. *Psicol Hosp (São Paulo)* [Internet]. 2017 [acesso 15 fev 2023];15(1):44-66. Disponível: <https://bit.ly/3Sed2eZ>
28. Gutierrez BAO. O processo de morrer no cotidiano do trabalho dos profissionais de enfermagem de unidades de terapia intensiva [dissertação] [Internet]. São Paulo: Universidade de São Paulo; 2003 [acesso 15 fev 2023]. DOI: 10.11606/T.83.2003.tde-26102005-123431
29. Pawlowytsch PWM, Kowalski E. O entendimento da morte para profissionais de saúde de um hospital geral de Santa Catarina. *Saúde Meio Ambient* [Internet]. 2017 [acesso 15 fev 2023];6(2):28-38. DOI: 10.24302/sma.v6i2.1107
30. Aredes JS, Giacomini KC, Firmo JOA. A práxis médica no pronto atendimento diante do paciente com sequelas crônicas: culpa, temor e compaixão. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2018 [acesso 15 fev 2023];16(3):1177-99. DOI: 10.1590/1981-7746-sol00151
31. Monteiro DT, Mendes MRJ, Beck CLC. Medidas de conforto ou distanásia: o lidar com a morte e o morrer de pacientes. *Rev SBPH* [Internet]. 2019 [acesso 15 fev 2023];22(2):189-210. Disponível: <https://bit.ly/491TFvP>
32. Gonçalves MB, Ciochetti AB, Rocha JA, Silva JJ, Carvalho RT. Dilemas de ordem moral nas decisões médicas em cuidados paliativos. *Rev Iberoam Bioet* [Internet]. 2019 [acesso 15 fev 2023];(11):1-19. DOI: 10.14422/rib.i11.y2019.009
33. Lago PM, Devictor D, Piva JP, Bergounioux J. Cuidados de final de vida em crianças: perspectivas no Brasil e no mundo. *J Pediatr (Rio J)* [Internet]. 2007 [acesso 15 fev 2023];83(2):S110-6. DOI: 10.1590/S0021-75572007000300013
34. Lago PM, Devictor D, Piva JP, Bergounioux J. Op. cit. p. S113
35. Ferreira JMG, Nascimento JL, Sá FC. Profissionais de saúde: um ponto de vista sobre a morte e a distanásia. *Rev Bras Educ Méd* [Internet]. 2018 [acesso 15 fev 2023];42(3):87-96. DOI: 10.1590/1981-52712015v42n3RB20170134
36. Menezes RA, Barbosa PC. A construção da "Boa Morte" em diferentes etapas da vida: reflexões em torno do ideário paliativista para adultos e crianças. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2013 [acesso 15 fev 2023];18(9):2653-62. p. 2660. DOI: 10.1590/S1413-81232013000900020
37. Chan WC, Tin AF. Beyond knowledge and skills: self-competence in working with death, dying, and bereavement. *Death Stud* [Internet]. 2012 [acesso 15 fev 2023];36(10):899-913. DOI: 10.1080/07481187.2011.604465
38. Sousa JV, Gonçalves GC, Almeida DRMF, Leite FB, Pinheiro JC, Melo AM. Aspectos atuais na formação e preparação dos profissionais da saúde frente aos cuidados paliativos. *PubSaúde* [Internet]. 2020 [acesso 15 fev 2023];3:A045. DOI: 10.31533/pubsaude3.a045

Aline Aparecida Cardoso – Mestranda – cardosoaline@live.com

 0000-0003-4100-3526

Daniere Yurie Vieira Tomotani – Mestre – daniere.tomotani@gmail.com

 0000-0002-8394-0270

Samantha Mucci – Doutora – sammucci@gmail.com

 0000-0003-3809-8173

Correspondência

Aline Aparecida Cardoso – Rua Gelindo Cia, 18, Vila Bela CEP 13474-712. Americana/SP, Brasil.

Participação das autoras

Aline Aparecida Cardoso realizou a pesquisa, o desenvolvimento e a análise do artigo durante a residência multiprofissional em Cuidados Intensivos, na Universidade Federal de São Paulo. Samantha Mucci orientou e revisou a pesquisa, e Daniere Yurie Vieira Tomotani coorientou; ambas realizaram correções pertinentes ao texto e aprovaram o artigo final.

Recebido: 15.4.2022

Revisado: 19.11.2022

Aprovado: 20.11.2022