




Fadiga por compaixão e saúde mental de profissionais em ambiente hospitalar


Compassion fatigue and mental health of health professionals in a general hospital

RESUMO

Danilo Leão Ribeiro 
danilopsique@hotmail.com
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil

Randolfo dos Santos Junior 
randolfojr@gmail.com
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil

Maria Luiza Birolli 
mlbirolli@hotmail.com
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil

Luciana Aparecida Smolari 
lucianasmolari@outlook.com
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil

OBJETIVO: Investigar a ocorrência de fadiga por compaixão em profissionais da saúde em hospital geral de alta complexidade do interior do estado de São Paulo.

MÉTODOS: Pesquisa transversal/exploratória, realizada com 67 profissionais de saúde, de ambos os sexos, dos setores de Oncologia e da Unidade de Terapia Intensiva. Para coleta de dados foram aplicados: questionário de dados sociodemográficos; Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD); Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-IV); Escala de Apoio Social; e, Escala do Perfil de Estilo de Vida Individual (PEVI). Os dados foram analisados por estatística descritiva. Para correlação foi utilizado o Teste de Spearman, com nível de significância de $\leq 0,05$. Para comparação entre grupos foi empregado o Teste de Mann Whitney.

RESULTADOS: Constataram-se correlações positivas entre fadiga por compaixão e indicadores de ansiedade, depressão e Burnout; e, correlações negativas nos aspectos apoio social, frequência dos relacionamentos sociais, prática de atividades físicas e uso de estratégias no controle de estresse. Observaram-se como fatores protetores: fadiga por compaixão, apoio social e autocuidado.

CONCLUSÕES: A saúde mental dos profissionais da saúde carece de maiores cuidados por parte da gestão hospitalar. A percepção da ocorrência de fadiga por compaixão nesses profissionais em hospital de alta complexidade sugere a inserção de práticas preventivas em qualidade de vida.

PALAVRAS-CHAVE: estresse ocupacional; qualidade de vida; ansiedade; depressão; profissionais de saúde.

ABSTRACT

OBJECTIVE: To investigate the occurrence of compassionate fatigue in health professionals in a general hospital of high complexity in the interior of the State of São Paulo, Brazil.

METHODS: It was shown to be composed by 96 smartphone users who answered a questionnaire based on no Questionnaire for appraisal of smartphone dependence composed by 25 questions dated and specific and 3 sociodemographic. Affirmations could be answered in a positive or negative way. The data were carried out using a quantitative and statistical descriptive method.

RESULTS: Positive correlations were found between compassionate fatigue and indicators of anxiety, depression, and Burnout; and negative correlations in the aspects of social support, frequency of social relationships, practice of physical activities and use of strategies to control stress. The data indicated as protective factors: fatigue from compassion, social support, and self-care.

CONCLUSIONS: The mental health of health professionals needs greater care from the hospital management. The perception of the occurrence of compassion fatigue in these professionals in a high-complexity hospital suggests the inclusion of preventive practices in quality of life.

KEYWORDS: occupational stress; quality of life; anxiety; depression; health professionals.

Correspondência:

Danilo Leão Ribeiro
Rua Patricia Rodrigues Fontes, número
805, Rios D'Italia, São José do Rio
Preto, São Paulo, Brasil.

Recebido: 30 jun. 2020.

Aprovado: 25 mar. 2021.

Como citar:

RIBEIRO, D. L. *et al.* Fadiga por
compaixão e saúde mental de
profissionais em ambiente hospitalar.
**Revista Brasileira de Qualidade de
Vida**, Ponta Grossa, v. 13, e12672,
2021. DOI:
<http://dx.doi.org/10.3895/rbqv.v12.12672>. Disponível em:
<https://periodicos.utfpr.edu.br/rbqv/article/12672>. Acesso em: XX xxx. XXXX.

Direito autoral:

Este artigo está licenciado sob os termos da Licença Creative Commons-Atribuição 4.0 Internacional. Esta licença permite que outros distribuam, remixem, adaptem e criem a partir deste artigo, mesmo para fins comerciais, desde que atribuam o devido crédito pela criação original.



INTRODUÇÃO

As atividades dos profissionais da saúde estão atreladas ao cuidado com o próximo, exposição a riscos diversos, grande carga de prestação de serviços especializados e muitas outras condições que levam ao esgotamento físico, psíquico e baixa qualidade de vida (ANDRADE; ANDRADE; LEITE, 2015; MASCARENHAS *et al.*, 2013).

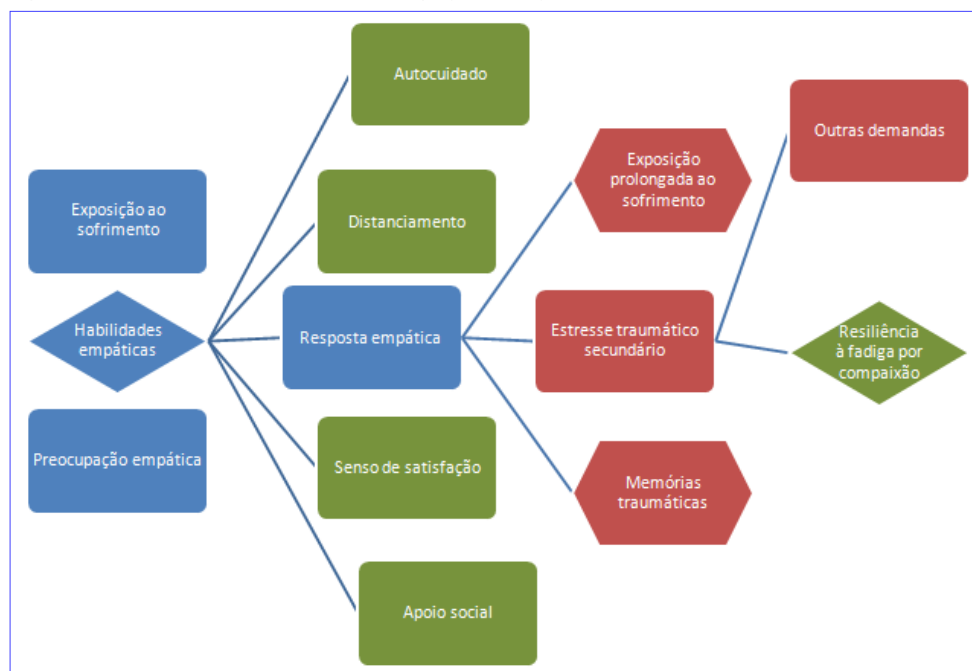
A qualidade de vida no trabalho é uma via de mão dupla: atende necessidades como satisfação, motivação, preservação da saúde física e psicológica do trabalhador e as também organizacionais. Experimentada pelo trabalhador, interfere na dinâmica do atendimento, na produtividade e pode causar prejuízos à assistência ao paciente (ANDRADE; ANDRADE; LEITE, 2015).

No trabalho, porém, o profissional de saúde geralmente se depara com o sofrimento do outro que, vivenciado em grau elevado, pode levar o trabalhador a sentir-se recompensado pelos cuidados oferecidos ou sofrer, correr riscos de adoecer e ficar frustrado e esgotado – cenário que permeia a fadiga por compaixão (DIAS *et al.*, 2016; LOPES *et al.*, 2020).

A fadiga por compaixão é a presença de comportamentos e emoções por conhecer evento traumatizante significativo experimentado por outrem. Essa fadiga afeta a qualidade de vida do profissional da saúde quando ele internaliza o sofrimento do outro; pode resultar elevado Burnout e estresse traumático secundário (síndrome de exaustão biológica), afetar a qualidade dos cuidados ofertados e ampliar o desgaste emocional (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; BORGES *et al.*, 2019; LOPES *et al.*, 2020).

A redução desses traumas baseia-se no enfrentamento de processos de vulnerabilidade, de resiliência e de fadiga por compaixão (FIGLEY; LUDICK, 2017). A resposta empática diante do sofrimento alheio funciona como gatilho ao comportamento de cuidado e envolve aspectos protetores (autocuidado, apoio social, satisfação com o trabalho, distanciamento psicológico do trabalho nos períodos de descanso e lazer) e elementos de vulnerabilidade (exposição prolongada ao sofrimento, ativação de memórias traumáticas e exaustão emocional), além do impacto de outras demandas (conflitos familiares e profissionais, sobrecarga e perdas pessoais recentes) sobre a resiliência à fadiga por compaixão (Figura 1).

Figura 1 – Modelo de resiliência à fadiga por compaixão



Fonte: Figley e Ludick (2017).

O estudo da fadiga por compaixão pode contribuir com dados que repercutem em mudanças do estresse ocupacional em profissionais na área da saúde e auxilia no incremento das competências socioemocionais necessárias para manter a saúde mental ante a exposição prolongada ao sofrimento alheio.

O objetivo do presente estudo foi investigar a ocorrência de fadiga por compaixão em profissionais da saúde em hospital geral de alta complexidade do interior do estado de São Paulo

REFERENCIAL TEÓRICO

O trabalho em hospital caracteriza-se por contato constante com a dor e a aflição do outro; é um lugar de compaixão e empatia, mais do que realizar tarefas mecânicas, sem afeto.

Médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem reportam queixas frequentes de depressão, angústia, estresse, cansaço físico, doenças cardiovasculares e osteoarticulares e déficits de memória relacionadas ao trabalho (ARENA; OLIVER; GALIANA, 2019; SANTOS; SAIDEL; BOAVENTURA, 2020).

A exposição do profissional da saúde ao estresse excessivo relaciona-se à redução da qualidade do trabalho e segurança do paciente, rotatividade de profissionais, absenteísmo e licenças psiquiátricas recorrentes (SINCLAIR *et al.*, 2017).

Transtornos mentais e comportamentais são apresentados como principais motivos de absenteísmo nas equipes de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), centros cirúrgicos e clínicas, sob eventos estressores, baixo suporte emocional e sobrecarga de trabalho (RODRIGUES *et al.*, 2013).

Nesse contexto, o cuidar está diretamente ligado à experiência de conviver com o sofrimento dos pacientes, o que desencadeia no profissional um processo de empatia e requer autorregulação para evitar a sobrecarga emocional (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; LAGO; CODO, 2013; SINCLAIR *et al.*, 2017).

A resposta empática envolve duas dimensões: afetiva e cognitiva. A dimensão afetiva é caracterizada por processo de ressonância emocional, quando um indivíduo **sente** o sofrimento do outro. A cognitiva caracteriza-se pela capacidade de identificar, de dimensionar e de compreender o sofrimento alheio. Expostos a uma resposta empática afetiva, os profissionais da saúde podem vivenciar profundas experiências de ressonância emocional frente ao sofrimento dos pacientes e ter afetadas sua qualidade de vida e saúde mental (LAGO; CODO, 2013; MASCARENHAS *et al.*, 2013; SINCLAIR *et al.*, 2017).

A qualidade de vida é componente da vida do trabalhador, essencial para a satisfação no trabalho e na vida (DIAS *et al.*, 2016). Integra dois aspectos: o positivo (a satisfação por compaixão), quando o profissional experimenta felicidade e recompensa por ajudar o outro; e, o negativo, quando a fadiga por compaixão envolve riscos de adoecimento, de esgotamento emocional, frustração e insatisfação no trabalho, e outros sintomas (medo, alterações no sono, memórias de imagens relacionadas a eventos dolorosos vivenciados pelos doentes) que remetem ao estresse traumático secundário (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014; LOPES *et al.*, 2020; MASCARENHAS *et al.*, 2013).

Contudo, recursos individuais contra os fatores estressores do trabalho reduzem traumas e níveis de depressão, de ansiedade e de alterações mentais. O enfrentamento representa importante mecanismo precursor dos sentimentos de realização profissional, de depressão e de ansiedade e contribui para redução de fatores negativos implicados na saúde mental do indivíduo (MANETTI; MARZIALE, 2007).

MÉTODO

CLASSIFICAÇÕES

Estudo transversal, com abordagem descritiva e exploratória.

PARTICIPANTES

Foram incluídos profissionais da saúde, de ambos os sexos, há pelo menos três meses atuando em UTI e setores da Oncologia no complexo hospitalar da Fundação Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FUNFARME).

Foram excluídos os profissionais discordantes dos termos da pesquisa, aqueles que exerciam atividades em atendimento ambulatorial e protocolos devolvidos incompletos.

INSTRUMENTOS

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

- a) questionário sociodemográfico de autoria dos pesquisadores;
- b) Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (HAD), instrumento utilizado para avaliar ansiedade e depressão em adultos (BOTEGA *et al.*, 1995);
- c) Escala de Apoio Social, composta por 19 itens, compreendendo cinco dimensões funcionais de apoio social (material, afetiva, emocional, interação social positiva e informação) (GRIEP *et al.*, 2003);
- d) Escala de Perfil do Estilo de Vida Individual (PEVI), composta por 15 questões, distribuídas uniformemente em cinco componentes (nutrição; atividade física; comportamento preventivo; relacionamento social; e controle de estresse) (BOTH *et al.*, 2008).
- e) Escala de Qualidade de Vida Profissional ProQOL-IV (STAMM, 2010), com 27 itens que avaliam três fatores:
 - fator I: satisfação por compaixão, com nove itens;
 - fator II: Burnout, com sete itens;
 - fator III: ETS, com onze itens.

Ainda, na Escala de Qualidade de Vida Profissional ProQOL-IV, os fatores II e III, juntos, medem a fadiga por compaixão (LAGO; CODO, 2013; SOUZA, 2015; SOUZA *et al.*, 2019).

PROCEDIMENTOS

Os profissionais foram convidados para participar do estudo em seus locais de trabalho. Aos que aceitaram participar, foi solicitado que respondessem os instrumentos e os retornassem ao pesquisador posteriormente, de modo a não interromperem suas atividades.

Os colaboradores foram informados sobre: as questões éticas do estudo; o tema; os objetivos; a não obrigatoriedade de participação; a garantia de anonimato; e, o direito de interrupção por parte do participante. Foi lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e assinado pelos participantes. Após, foi agendada a data da entrega dos instrumentos respondidos.

ANÁLISE DE DADOS E RESULTADOS

Os dados foram analisados pela estatística descritiva. Para correlação foi utilizado o Teste de Spearman, com nível de significância de $\leq 0,05$. Para comparação entre grupos foi utilizado o Teste de Mann Whitney.

A análise dos resultados serviu-se de instrumentos que apresentam os seguintes índices de classificação:

- a) menor que 1: comportamento de risco;
- b) entre 1 e 1,99: tendência de comportamento negativo;
- c) entre 2 e 3: comportamento positivo.

SELEÇÃO DA AMOSTRA

Os participantes foram convidados a integrar o estudo através de amostra de conveniência.

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP) sob Parecer nº 2.348.239, de 25 de outubro de 2017. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido conforme Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Foram convidados 125 profissionais para participarem da pesquisa. Destes, 23 não aceitaram, 12 entregaram o protocolo com itens não respondidos e 23 não devolveram o protocolo respondido. Concluiu-se a coleta de dados com 67 profissionais de saúde, sendo 32 da Oncologia e 35 da UTI.

Tabela 1 – Características sociodemográficas dos profissionais de saúde

Variável	n	%
Sexo		
Feminino	58	86,57%
Masculino	9	13,43%
Estado civil		
Com companheiro	36	54,00%
Sem Companheiro	29	43,00%
Não declarou	2	3,00%
Profissão		
Assistente social	4	6,00%
Enfermeira(o)	13	19,40%
Fisioterapeuta	1	1,50%
Fonoaudióloga(o)	3	4,50%
Médica(o)	7	10,40%
Nutricionista	2	3,00%
Psicóloga(o)	3	4,50%
Técnico de enfermagem	34	50,70%
Idade		
Média de idade	34 (DP=9)	

Fonte: Autoria própria.

PERFIL PROFISSIONAL

Na amostra, prevaleceu a presença feminina (86,6%), em consonância com o apresentado pela FIOCRUZ/COFEN (MACHADO *et al.*, 2015; MACHADO, 2017). Segundo Machado *et al.* (2015) e Machado (2017), no Brasil, 85,1% dos profissionais da enfermagem são mulheres.

INDICADORES DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A ansiedade é fator contribuinte para prejuízos no funcionamento em diversas áreas da vida dos indivíduos, com reflexos no âmbito profissional. Na área da saúde, é comum a presença de sintomas ansiosos porque os profissionais lidam diariamente com o sofrimento, a dor e a morte, situações altamente estressoras.

Costa *et al.* (2019) apontaram que, no continente americano, em 2017, os transtornos ansiosos alcançaram maiores proporções em mulheres (7,70%) do que em homens (3,16%), o que é corroborado por dados sociodemográficos de países como o Brasil. No Brasil, com prevalência de profissionais de enfermagem do gênero feminino, existem manifestações de discriminação que potencializam comportamentos de ansiedade e depressão (MACHADO, 2017).

Na amostra estudada foram identificados os índices de saúde mental nos profissionais com o uso da HAD. No rastreio foram identificados indicadores de ansiedade (26,0%) e depressão (16,0%), com maior percentual de profissionais com depressão na Oncologia. O Brasil apresenta a terceira maior taxa de depressão (18,4%), atrás apenas da França (21,0%) e Estados Unidos (19,2%) (SILVA *et al.*, 2016). Altas taxas de depressão produzem um cenário importante para os estudos sobre saúde do trabalhador (OLIVEIRA *et al.*, 2016).

O teste de Mann Whitney, porém, não registrou diferença estatística significativa na comparação dos indicadores gerais de depressão (16,0%) das equipes ($p=0,2182$), mas apresentou diferença significativa ($p=0,009$) quando comparados os indicadores de ansiedade (26,0%). Acredita-se que a vivência diária com o sofrimento e o adoecimento direcionem o profissional para maiores reações emocionais ao sofrimento do paciente e do familiar (AYALA; FELICIO; PACHÃO, 2017).

O trabalho em saúde na alta complexidade exige do profissional o trato cotidiano com o sofrimento alheio e a morte. Essa exigência traz diversas implicações para sua saúde física e mental (AYALA; FELICIO; PACHÃO, 2017). A UTI, caracterizada como um setor de cuidado intensivo, assistência 24 horas e prevenção da situação clínica dos pacientes, evidencia acometimentos à qualidade de saúde mental dos profissionais. A tomada de decisão no cuidado do paciente pode interferir significativamente na vida destes profissionais e dificultar o controle das emoções (MOITINHO, 2013).

FADIGA POR COMPAIXÃO

Observou-se correlação positiva entre fadiga por compaixão e indicadores de depressão ($p=0.0001$) e ansiedade ($p=0,004$); e, correlação negativa dos indicadores de fadiga por compaixão com indicadores de apoio social ($p=0,0035$). Também foi observada correlação negativa entre fadiga por compaixão e prática de atividade física ($p=0,0485$), frequência de relacionamentos sociais ($p=0,0329$) e uso habitual de estratégias de controle do estresse ($p=0,0016$). Os dados demonstraram elevados níveis de fadiga por compaixão não associados a fatores sociodemográficos como idade ($0,6052$), tempo de profissão ($p=0,3385$) e tempo de atuação no setor ($p=0,8409$). No uso do coeficiente de Spearman, foi considerado um nível de significância $<0,005$.

Atanes *et al.* (2015) registraram, em profissionais de atenção à saúde primária, altos níveis de angústia e de sintomas de esgotamento associados ao estresse no trabalho. A atenção elevada na prestação dos cuidados mostrou-se um moderador para a associação causal entre estressores de vida e bem-estar. Nesta pesquisa, porém, os valores encontrados indicaram fortes correlações negativas entre atenção plena e percepção de estresse, e correlações médias entre atenção plena e bem-estar.

Os dados desta pesquisa corroboram com os achados de Lago e Codo (2013), que aferiram, pela Escala ProQOL-IV, semelhanças a **Burnout** e **fadiga por compaixão**, relacionadas de forma positiva, enquanto **satisfação por compaixão** estava relacionada de forma negativa com os demais fatores e entre os profissionais de saúde. Também se mostraram pertinentes achados que Manuelito (2016) encontrou, em seus estudos, correlações entre fadiga por compaixão, satisfação no trabalho e estresse, ansiedade e depressão, que apresentaram valores significativos para fadiga por compaixão em Burnout e estresse traumático secundário, com maior desajustamento emocional, tendendo a perturbações de estresse, de ansiedade e de depressão.

APOIO SOCIAL E FADIGA POR COMPAIXÃO

Observou-se, na Oncologia e na UTI, que o apoio social apresentou correlação negativa com fadiga por compaixão, apontada como um potencial fator de proteção aos participantes.

No ambiente de trabalho, os profissionais vivenciam significativas experiências (sentimentos de prazer e sofrimento), com resignificação ao serem compartilhadas com outras pessoas.

O suporte no contexto de vida (familiar, social, profissional) fortalece competências e a possibilidade de criar vínculos efetivos à satisfação da saúde mental e à redução dos sintomas psicopatológicos: as redes de apoio social e afetivo formam um “[...] conjunto de sistemas e de pessoas significativas, que compõem os elos de relacionamento recebidos e percebidos do indivíduo” (JULIANO; YUNES, 2014, p. 136).

CARACTERÍSTICAS DO PERFIL DE ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL E FADIGA POR COMPAIXÃO

Os resultados apontaram prática de atividade física, frequência de relacionamentos sociais e uso habitual de estratégias de controle do estresse como potenciais fatores de proteção à fadiga por compaixão entre os participantes, o que fortalece a hipótese de que a qualidade de vida no trabalho pode receber influência direta do estilo de vida do profissional. A saúde mental não visa apenas à cura ou à prevenção das doenças, mas esforços para implementação de recursos que ofereçam melhores condições de saúde. Neste sentido, a saúde é direcionada aos estilos de vida cotidiana (HELOANI; CAPITÃO, 2003). Boas práticas em diversas esferas e hábitos saudáveis no estilo de vida previnem doenças clínicas e psicológicas no ambiente de trabalho (NAHAS, 2017).

A associação entre transtornos mentais e o trabalho de profissionais de saúde apresenta múltiplas causas que favorecem o surgimento de estresse, ansiedade, depressão e comprometimento da capacidade laboral: elevada carga horária, baixa remuneração, precário vínculo de trabalho, alta demanda, enfrentamento da dor, do sofrimento e da morte, vulnerabilidade, sobrecarga emocional, medo de agressão e cansaço (HELOANI; CAPITÃO, 2003).

É importante monitorar a saúde desses profissionais. A banalização do sofrimento e o desgaste mental compromete a qualidade da assistência prestada e evolui para quadros mais complicados de estados emocionais e de saúde e adoecimento. Nessa condição, fica evidente o paradoxo: submetem-se ao adoecimento justamente os trabalhadores de saúde cujas atividades visam à promoção e manutenção da saúde da população (HELOANI; CAPITÃO, 2003).

A prática da atividade física é compreendida como geradora de benefícios à saúde (LOURENÇO *et al.*, 2017). Os instrumentos aplicados mostraram que os níveis de estresse e Burnout pioram sem a prática de atividade física e o sedentarismo afeta a população, tendo como consequência os agravos em doenças crônicas, físicas e psíquicas (GUALANO; TINUCCI, 2011; NAHAS, 2017).

Neste estudo, a fadiga por compaixão sugere correlação positiva com atividade física, sua prática melhora a saúde mental no contexto profissional (LOURENÇO *et al.*, 2017). Gualano e Tinucci (2011, p. 40), questionam: a “crescente e alarmante pandemia de sedentarismo representa um momento de grande reflexão para o profissional de Educação Física: Por que as pessoas cada vez mais se exercitam menos?”. A questão aponta para a subvalorização do exercício físico pelos profissionais de saúde.

A alimentação relaciona-se ao estilo de vida do profissional da saúde, considerando quantidade e tipo de refeições ingeridas (YOGI, LOMEU; SILVA, 2018). Este estudo reforça que o perfil dos profissionais da saúde, por vários motivos, não permite padrões alimentares. Com efeito, estes profissionais apresentam complicações orgânicas que afetam a qualidade de vida, interferem no desempenho profissional e produzem alterações no humor (MACHADO *et al.*, 2015).

A Escala PEVI relaciona o comportamento social e preventivo, controle de estresse, atividade física e uso de substâncias psicoativas. Por esse instrumento, utilizado neste estudo, foram observados escores de comportamento de risco para atividade física com tendência de comportamento negativo em nutrição, comportamento preventivo, relacionamento social e controle de estresse.

Os padrões de comportamento alterados (consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas) comprometem a saúde física e mental dos trabalhadores (MARIN; FALEIROS; MORAES, 2020). Existe estreita relação entre comportamentos impróprios (uso de drogas lícitas e ilícitas), problemas familiares e relações interpessoais, saúde, sintomas psicossomáticos e estresse emocional. Os sujeitos que consomem mais bebidas alcoólicas apresentam “[...] mais estresse, menos preocupações com a preservação da sua saúde [e família, avaliam] a escola de forma mais negativa [...] e apresentam mais problemas de relacionamento” (SANTOS, 2008, p. 65).

Existe, pois, relação entre comportamento e saúde. Todavia, comportamentos preventivos possibilitam maior qualidade de vida e proteção à vida psíquica e física (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014). Para Simões, Matos e Batista-Foguet (2006, p. 160), “[...] qualquer trabalho preventivo de ação direta sobre o indivíduo deve abordar os seus contextos de vida e envolver os seus intervenientes, no sentido de obter uma diminuição do risco e uma ativação dos recursos de apoio”. Prevenção refere à resiliência na perspectiva da intervenção para proteção à saúde, desenvolvimento de competências pessoais, profissionais e sociais, com investimentos na qualidade das relações interpessoais (SANTOS, 2008).

No relacionamento social (amigos e situações de inserção efetiva), a amostra apresentou correlação positiva com fadiga por compaixão. Essa constatação evidencia a importância da ampliação da rede de apoio social na vida do indivíduo: é ter alguém com quem compartilhar as experiências de vida, nos contextos afetivos ou não. Esta rede pode contribuir positivamente com a oferta de suporte em situações difíceis da vida (GRIEP *et al.*, 2003).

REFLEXOS DO ABSENTEÍSMO E DA DEPRESSÃO

Ao longo do tempo, foram naturalizados processos de adoecimento psíquico como ansiedade, estresse e depressão associados, em profissionais da saúde, com altos índices de absenteísmo e suas consequências (déficit de pessoal, sobrecarga de trabalho, impacto no cuidado ao usuário e redução da produtividade qualitativa e quantitativa) (RODRIGUES *et al.*, 2013).

O absenteísmo produz impactos financeiros (custos), vinculados aos ausentes, gerenciamento dos problemas ocasionados, contratação de funcionários substitutos, redução da quantidade ou qualidade do trabalho (MARQUES *et al.*, 2015). O gasto do absenteísmo no Brasil por motivo de doença é maior do que o salário pago ao trabalhador doente, que não comparece ao trabalho e impacta a produtividade (JUNKES; PESSOA, 2010).

Na HAD, a Oncologia trouxe, em termos absolutos, maior porcentagem de profissionais comparativamente à UTI, enquanto o teste de Mann Whitney não mostrou diferença estatística significativa quando comparados os indicadores gerais de depressão das equipes ($p=0,2182$), embora se tenha observado diferença significativa quando comparados os indicadores de ansiedade ($p=0,009$). A vivência diária com o sofrimento e o adoecimento progressivo leva o profissional a maiores reações emocionais (SILVA, 2010).

Na UTI, o estado de consciência rebaixada interfere na construção de vínculos e expressão do sofrimento nos profissionais de saúde. Fatores fora do ambiente de trabalho (histórico de saúde mental e estressores) podem influenciar na saúde mental e explicar a incidência maior de profissionais da UTI e da Oncologia com indicadores de ansiedade e de depressão. Ressalte-se que o trabalho em saúde na alta complexidade exige do profissional o trato cotidiano com o sofrimento alheio e a morte, que impacta sua saúde física e mental (AYALA; FELICIO; PACHÃO, 2017).

A tomada de decisão no cuidado do paciente internado em UTI pode interferir na vida desses profissionais e dificultar o controle das emoções. Devido à complexidade elevada, o profissional intensivista vivencia o risco de vulnerabilidade pela sobrecarga de trabalho e pelos prejuízos possíveis na eficiência do serviço prestado e em sua saúde mental (MOITINHO, 2013).

QUALIDADE DE VIDA

Trabalhar na área da saúde coloca o profissional em contato direto com a saúde e a doença das pessoas. Um desses fatores é o índice aumentado do estresse ocupacional e a Síndrome de Burnout (SILVA; DIAS; TEIXEIRA, 2012; SILVA *et al.*, 2016). Dallacosta (2019) considera que o estresse ocupacional, desgaste físico e mental e síndrome de Burnout em profissionais da saúde podem ser desencadeados por fatores como: contato diário com o sofrimento; dor e morte; sobrecarga de trabalho e carência de recursos para executá-lo; ausência de recompensas; reconhecimento e estímulos na atividade; ameaças e críticas ao desempenho do trabalhador; condições de trabalho, jornadas estendidas e intensificadas; e, exposição a fatores de risco. Todos esses fatores refletem negativamente na qualidade de vida destes profissionais.

Silva *et al.* (2016) sugerem intervenções que fortaleçam os indivíduos que prestam serviços em saúde, e estratégias no enfrentamento do estresse laboral e construção de um ambiente saudável e de satisfação no trabalho: promover características sadias e protetoras e potencializar resiliência e rebaixamento dos níveis de estresse. Tais intervenções previnem ou reduzem o estresse laboral e melhoram a qualidade de vida. São intervenções cognitivo-comportamentais (mudanças em como pensam, sentem e se comportam em situações estressantes), de relaxamento (estado de calma mental ou corporal) e organizacionais (mudar recursos, ambiente ou métodos de trabalho e tarefas) (RUOTSALAINEN *et al.*, 2016).

Um exemplo de intervenção é Mindfulness (MBSR), com exercícios de meditação, controle de atenção, atitude afetiva de abertura e outras estratégias de enfrentamento, aumento da autocompaixão e bem-estar subjetivo. Envolve autorregulação da atenção e consciência descentralizada (ATANES *et al.*, 2015).

Os dados desta pesquisa mostraram indicadores de ansiedade e de depressão elevados. Notou-se um estilo de vida caracterizado por vulnerabilidades na adoção de comportamentos preventivos e de autocuidado.

Os resultados apontaram correlação positiva entre fadiga por compaixão e indicadores de ansiedade, depressão e Burnout, e correlação negativa entre fadiga por compaixão e indicadores de apoio social, prática de atividade física, frequência dos relacionamentos sociais e uso de estratégias de controle do estresse. Foram identificados níveis elevados de fadiga por compaixão nos profissionais da UTI e da Oncologia não associados aos fatores sociodemográficos (idade, tempo de profissão e de atuação no setor).

Foram observados fatores protetores à fadiga por compaixão nesta amostra, representados pelo autocuidado e apoio social (redes de apoio).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, K. O.; ANDRADE, P. O.; LEITE, L. F. Qualidade de vida dos trabalhadores da área de saúde: revisão de literatura. **Revista Científica do ITPAC**, Araguaína, v. 8, n. 1, jan. 2015. Disponível em: https://assets.unitpac.com.br/arquivos/Revista/76/Artigo_1.pdf. Acesso em: 5 out. 2021.

ARENA, F.; OLIVER, A.; GALANA, L. Overview of the quality of work life of palliative caregivers in Brazil. **Revista Colombiana de Psicología**, Bogotá, v. 28, n. 2, p. 33-46, 2019. DOI: <https://doi.org/10.15446/rcp.v28n2.70715>. Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/psicologia/article/view/70715>. Acesso em: 5 out. 2021.

ATANES, A. C. M. *et al.* Mindfulness, perceived stress, and subjective well-being: a correlation study in primary care health professionals. **BMC Complementary and Alternative Medicine**, London, v. 15, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12906-015-0823-0>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26329810/>. Acesso em: 5 out. 2021.

AYALA, A. L. M.; FELICIO, A. C. R.; PACHÃO, J. Sofrimento dos profissionais que atuam no setor de oncologia em um hospital público de Joinville, SC. **Revista de Atenção à Saúde**, São Caetano do Sul, v. 15, n. 51, p. 106-117, 2017. DOI: <https://doi.org/10.13037/ras.vol15n51.4376>. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4376. Acesso em: 5 out. 2021.

BARBOSA, S. da C.; SOUZA, S.; MOREIRA, J. S. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 315-323, set. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007. Acesso em: 5 out. 2021.

BORGES, E. M. das N. *et al.* Fadiga por compaixão em enfermeiros de urgência e emergência hospitalar de adultos. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 27, e3175, 2019. DOI:

<https://doi.org/10.1590/1518-8345.2973.3175>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rlae/a/wTJTghmjNdBnWHXscX4J8gH/?lang=pt>.

Acesso em: 5 out. 2021.

BOTEGA, N. J. *et al.* Transtornos do humor em enfermagem de clínica médica e validação da escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão.

Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 29, n. 5, p. 355-363, out. 1995.

DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/rsp/a/dY4tVF5tWXkrfkyjz5Sp4rM/?lang=pt>.

Acesso em: 5 out. 2021.

BOTH, J. *et al.* Validação da escala “perfil do estilo de vida individual”.

Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Florianópolis, v. 13, n. 1, p.

5-14, 2008. DOI: <https://doi.org/10.12820/rbafs.v.13n1p5-14>. Disponível

em: <https://rbafs.org.br/rbafs/article/view/778>. Acesso em: 5 out. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional da Saúde. **Resolução 466/12, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília, DF: Conselho Nacional da Saúde, 2012. Disponível em:

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 5 out. 2021.

COSTA, C. O. da et al. Prevalência de ansiedade e fatores associados em adultos. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 68, n. 2, p. 92-

100, abr./jun. 2019. DOI: <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000232>.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/jbpsiq/a/PSrDy4ZFSGDCzNgJfJwVRxz/?lang=pt>.

Acesso em: 5 out. 2021.

DALLACOSTA, F. M. Estresse e síndrome de *Burnout*: quando a saúde do trabalhador pede socorro. **Saúde**, Santa Maria, v. 45, n. 2, p. 1-8,

maio/ago. 2019. DOI: <https://doi.org/10.5902/2236583438240>. Disponível

em: <https://periodicos.ufsm.br/revistasauade/article/view/38240>. Acesso

em: 5 out. 2021.

DIAS, E. G. *et al.* Qualidade de vida no trabalho dos profissionais da saúde de uma Unidade Básica de Saúde. **Revista Cubana de Enfermería**, Havana, v. 32, n. 4, p. 126-137, 2016. Disponível em:

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1075>.

Acesso em: 5 out. 2021.

FIGLEY, C. R.; LUDICK, M. Secondary traumatization and compassion fatigue. *In*: GOLD, S. N. (ed.). **APA handbook of trauma psychology: foundations in knowledge**. Washington, DC: American Psychological Association, 2017. p. 573-593. DOI:

<https://content.apa.org/doi/10.1037/0000019-029>. Disponível em:
<https://content.apa.org/record/2017-14410-029>.

GRIEP, R. H. *et al.* Apoio social: confiabilidade teste-reteste de escala no Estudo Pró-saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 625-634, abr. 2003. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2003000200029>. Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/csp/a/ZQtvf8vvvt9Ytptrg8LXBhd/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

GUALANO, B.; TINUCCI, T. Sedentarismo, exercício físico e doenças crônicas. **Revista Brasileira de Educação Física e Esporte**, São Paulo, v. 25, p. 37-43, dez. 2011. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1807-55092011000500005>. Acesso em:

<https://www.scielo.br/j/rbefe/a/LdkT3DR37Cp8b7SzBXSjfhM/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

HELOANI, J. R.; CAPITÃO, C. G. Saúde mental e psicologia do trabalho. **São Paulo em Perspectiva**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 102-108, jun. 2003. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0102-88392003000200011>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/spp/a/6gQBvK8LC7CM4Bzd5vNLH7H/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

JULIANO, M. C. C.; YUNES, M. A. M. Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. **Ambiente & Sociedade**, São Paulo, v. 17, n. 3, p. 135-154, set. 2014. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/asoc/a/BxDVLkfcGQLGXVwnHp63HMH/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

JUNKES, M. B.; PESSOA, V. F. Gasto financeiro ocasionado pelos atestados médicos de profissionais da saúde em hospitais públicos no Estado de Rondônia, Brasil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 3, p. 114-121, jun. 2010. DOI:

<https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300016>. Disponível em:
<https://www.scielo.br/j/rlae/a/Sp5GzM7BpGcGnZJNPgC8DLn/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

LAGO, K.; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 18, n. 2, p. 213-221, jun. 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000200006>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/vyz5Lg35SHqNZc83ZM39BPz/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

LOPES, M. C. *et al.* Riscos de adoecimento e qualidade de vida de profissionais atuantes na área de reabilitação de um hospital escola no interior do Rio Grande do Sul. **Revista Interinstitucional Brasileira de Terapia Ocupacional**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 4, p. 603-614, 2020. DOI: <https://doi.org/10.47222/2526-3544.rbto25586>. Disponível em: <https://revistas.ufrj.br/index.php/ribto/article/view/25586>. Acesso em: 5 out. 2021.

LOURENÇO, B. da S. *et al.* Atividade física como uma estratégia terapêutica em saúde mental: revisão integrativa com implicação para o cuidado de enfermagem. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 3, e20160390, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2016-0390>. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/zThRTQzk9PvZfBc9wYncM4J/abstract/?lang=pt>. Disponível em: 5 out. 2021.

MACHADO, M. H. (coord.). **Perfil da enfermagem no Brasil**: relatório final. Brasil. Rio de Janeiro: NERHUS – DAPS – ENSP/Fiocruz, 2017. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/perfilenfermagem/pdfs/relatoriofinal.pdf>. Acesso em: 5 out. 2021.

MACHADO, M. H. *et al.* Características gerais da enfermagem: o perfil sócio demográfico. **Enfermagem em Foco**, Brasília, DF, v. 6, n. 1/4, p. 11-17, 2015. DOI: <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2016.v7.nESP.686>. Disponível em: <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/686>. Acesso em: 5 out. 2021.

MANETTI, M. L.; MARZIALE, M. H. P. Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 12, n. 1, p. 79-85, abr. 2007. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000100010>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/epsic/a/rNXFZgBx3DK85WB454fZcwg/?lang=pt>. Acesso em: 0 out. 2021.

MANUELITO, C. S. L. **Fadiga por compaixão, satisfação no trabalho, stress, ansiedade e depressão em profissionais de cuidados pré-hospitalares/emergência**. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde) – Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Lisboa, 2016. Disponível em: <https://core.ac.uk/download/pdf/48585215.pdf>. Acesso em: 5 out. 2021.

MARIN, R.; FALEIROS, P. B.; MORAES, A. B. A. de. Como a análise do comportamento tem contribuído para área da saúde? **Psicologia: Ciência e Profissão**, Brasília, v. 40, e197787, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703003197787>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/3ZWWMPH66kXmQmrfx9Lqhzf/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

MARQUES, D. de O. *et al.* O absenteísmo: doença da equipe de enfermagem de um hospital universitário. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, DF, v. 68, n. 5, p. 876-882, set./out. 2015. DOI: <https://doi.org/10.1590/0034-7167.2015680516j>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/fcTJ5HfwQwmTztXd8KgCbnj/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

MASCARENHAS, C. H. M. *et al.* Qualidade de vida em trabalhadores da área de saúde: uma revisão sistemática. **Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 14, n. 1/2, p. 72-81, 2013. DOI: <https://doi.org/10.22421/15177130-2013v14n1/2p72>. Disponível em: <http://espacoparasaude.fpp.edu.br/index.php/espacosauade/article/view/464>. Acesso em: 5 out. 2021.

MOITINHO, C. de A. **Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem na unidade de terapia intensiva (UTI)**. 2013. Artigo (Especialização em Enfermagem em UTI) – Atualiza Cursos, Salvador, 2013. Disponível em: <http://bibliotecaatualiza.com.br/arquivotcc/EU/EU16/MOITINHO-%20camila.PDF>. Acesso em: 5 out. 2021.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo**. 7. ed. Florianópolis: Editora do Autor, 2017. Disponível em: https://sbafs.org.br/admin/files/papers/file_llduWnhVZnP7.pdf. Acesso em: 5 out. 2021.

OLIVEIRA, E. N. *et al.* Aspectos epidemiológicos e o cuidado de enfermagem na tentativa de suicídio. **Revista Enfermagem Contemporânea**, Sobral, v. 5, n. 2, p. 184-192, 2016. DOI: <https://doi.org/10.17267/2317-3378rec.v5i2.967>. Disponível em: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/967>. Acesso em: 5 out. 2021.

RODRIGUES, C. de S. *et al.* Absenteísmo-doença segundo autorrelato de servidores públicos municipais em Belo Horizonte. **Revista Brasileira de Estudos de População**, Rio de Janeiro, v. 30, p. S135-S154, 2013. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0102-30982013000400009>. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbepop/a/f7fgKk6QMWxC6TByXnKyLg/?lang=pt>. Acesso em: 5 out. 2021.

RUOTSALAINEN, J. H. et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [s. l.], n. 12, CD002892, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub4>. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD002892.pub4/full?cookiesEnabled>. Acesso em: 5 out. 2021.

SANTOS, F. C. dos; SAIDEL, M. G. B.; BOAVENTURA, A. P. Fadiga por compaixão nos profissionais assistenciais da saúde em uma unidade de emergência. *In*: CONGRESSO {VIRTUAL} DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DA UNICAMP, 28., 2020, Campinas. **Anais eletrônicos [...]**. Campinas: Pró-Reitoria de Pesquisa Unicamp, 2020. Disponível em: <https://www.prp.unicamp.br/inscricao-congresso/resumos/2020P17656A5455O92.pdf>. Acesso em: 5 out. 2021.

SANTOS, O. T. R. P. F. M. dos. **Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário: ligações com a família, amigos e envolvimento com a escola.** 2008. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2008. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1051/2/olgasantos_.pdf. Acesso em: 5 out. 2021.

SILVA J. L. L. da; DIAS, A. C.; TEIXEIRA, L. R. Discussão sobre as causas da Síndrome de Burnout e suas implicações à saúde do profissional de enfermagem. **Aquichan**, Colombia, v. 12, n. 2, p. 144-159, 2012. Disponível em: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1861>. Acesso em: 5 out. 2021.

SILVA, L. C. da. O sofrimento psicológico dos profissionais de saúde na atenção ao paciente de câncer. **Psicologia para América Latina**, México, n. 16, jun. 2010. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2009000100007. Acesso em: 5 out. 2021.

SILVA, S. M. da *et al.* Relação entre resiliência e *Burnout*: promoção da saúde mental e ocupacional dos enfermeiros. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, Porto, n. 16, p. 41-48, 2016. DOI: <http://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0156>. Disponível em: http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1647-21602016000300006&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 5 out. 2021.

SIMÕES, C.; MATOS, M. G. de; BATISTA-FOGUET, J. M. Consumo de substâncias na adolescência: um modelo explicativo. **Psicologia, Saúde & Doenças**, Lisboa, Portugal, v. 7, n. 2, p. 147-164, 2006. Disponível em: https://www.sp-ps.pt/downloads/download_jornal/104. Acesso em: 5 out. 2021.

SINCLAIR, S. *et al.* Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. **International Journal of Nursing Studies**, Oxford, n. 69, p. 9-24, Apr. 2017. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28119163/>. Acesso em: 5 out. 2021.

SOUZA, C. G. V. M. de *et al.* Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em Unidades de Terapia Intensiva. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 24, n. 3, p. 269-280, jul./set. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.22491/1678-4669.20190028>. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2019000300005&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 5 out. 2021.

SOUZA, C. G. V. M. de. **Investigação da fadiga e/ou satisfação por compaixão em profissionais da saúde nas práticas de controle de infecções relacionadas à assistência à saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015. Disponível em: <https://teses.usp.br/teses/disponiveis/47/47133/tde-12112015-122237/pt-br.php>. Acesso em: 5 out. 2021.

STAMM, B. H. **The concise ProQOL manual**. 2nd. ed. Pocatello, ID: ProQOL.org, 2010.

YOGI, C. M.; LOMEU, F. L. R. de O.; SILVA, R. R. **Alimentação, depressão e ansiedade**: entenda a relação. Alfenas: UNIFAL-MG. 2018. Disponível em: <https://www.unifal-mg.edu.br/prace/wp-content/uploads/sites/135/2020/10/E-BOOK-Alimentacao-Depressao-Ansiedade.pdf>. Acesso em: 5 out. 2021.