PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Daiana Oliveira Costa Antonio

Trauma vicariante e *burnout* em profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

SÃO PAULO
2024

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SÃO PAULO

Daiana Oliveira Costa Antonio

Trauma vicariante e *burnout* em profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Denise Gimenez Ramos.

São Paulo
2024

DAIANA OLIVEIRA COSTA ANTONIO

Trauma vicariante e *burnout* em profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual

Dissertação apresentada à Banca Examinadora da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, como exigência parcial para obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Denise Gimenez Ramos.

Aprovada em: ___/___/____

BANCA EXAMINADORA

_____

Prof.ª Dr.ª Denise Gimenez Ramos – PUC-SP

_____

Profª. Dr.ª Irene Pereira Gaeta – PUC-SP

_____

Prof. Dr. Avelino Luiz Rodrigues - USP

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior- Brasil (CAPES) - Finance Code 001.

A todos os profissionais de saúde, cuidadores feridos, que se dispõem à arte de cuidar, e a meu pai, que foi um incentivo e mostrou a importância do conhecimento. Certamente, lá de cima, orgulha-se desta etapa da minha vida.

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Profª. Dra. Denise Gimenez Ramos, que, com seu brilhantismo e inspiração, ofereceu todo o suporte necessário para a construção deste trabalho e foi apoio nos momentos em que fui mobilizada por ele.

Aos componentes da Banca Examinadora, Profª. Dra. Edna Kahhale e Prof. Dr. Avelino Luiz, cujos apontamentos foram valiosos para a construção deste trabalho.

À Profª. Dr.ª. Irene Gaeta pelo aceite em compor a banca de defesa deste trabalho.

Aos meus pais que, desde muito cedo, apontaram o poder do conhecimento e mostraram que os caminhos da vida, por vezes, são tortuosos e que é preciso força, garra e amor para trilhá-los. Jamais esquecerei o olhar de orgulho e aprovação que recebi do meu pai em nossa última conversa. Sinto-o aqui.

Aos meus irmãos por simplesmente serem quem são. Najara, Samir e João Paulo são o que tenho de mais lindo nesta vida.

Ao meu esposo, Re, pela compreensão nas incontáveis ausências, pelo incentivo, apoio, amor e cuidado irrestrito.

Aos colegas com quem tive o prazer de compartilhar esta caminhada: Ana Maria Collete, Marina Conde, Bianca Gresele, Lourdes Alves, Laura Anitablian e Letícia Croccoli. O conhecimento compartilhado, o suporte e o companheirismo tornaram a jornada ainda mais prazerosa.

Agradecimentos especiais a Dr.ª Denise Amorelli Silveira por ser luz, motivação, inspiração e referência de mulher e profissional. Minha eterna gratidão por segurar minha mão quando preciso de apoio e por me conduzir pela jornada da alma.

À minha irmã do coração, Miriam Almeida, pela amizade que pulsa, vibra, motiva, ampara, fornece abraços nas alegrias e colo nos silêncios.

A Jefferson Pereira pela paciência, carinho e cuidado com a parte estatística deste trabalho.

A Daniela Pedroso por viabilizar a coleta dos dados, mas especialmente pelo suporte, carinho e exemplo. Sua vida de dedicação ao cuidado de mulheres vítimas de violência inspira e toca a alma daqueles que se aproximam.

A Eliane Tostes pelo auxílio, acolhimento, empolgação e incentivo durante a fase inicial deste trabalho.

Às profissionais de saúde que, com amor e dedicação, colocam suas vidas a serviço do cuidado e amparo àqueles que sofrem. Minha eterna admiração e gratidão por

dividirem comigo parte de suas histórias. Cresci pessoal e profissionalmente no contato com cada uma.

RESUMO

ANTONIO, D. O. C. **Trauma vicariante e *burnout* em profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual.** 120 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2024.

Profissionais de saúde que prestam auxílio a pessoas vítimas de violência sexual enfrentam desafios específicos que podem levar ao desenvolvimento de estresse, *burnout* e trauma vicariante. A exposição a relatos de violência, sofrimento e traumas pode ter um impacto significativo na saúde física, psíquica e social. Este trabalho teve como objetivo principal investigar a presença de trauma vicariante e *burnout* em profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual em duas instituições do estado de São Paulo. Para tanto, realizou-se uma pesquisa de método misto, envolvendo 27 profissionais de saúde entre assistentes sociais, enfermeiras, médicas e psicólogas. Para a coleta dos dados quantitativos foram utilizados os instrumentos ProQOL-IV BR, ISSL-R, EBBurn e QUESI, com o objetivo de avaliar estresse, *burnout*, trauma vicariante e a presença de traumas precoces. As informações qualitativas foram coletadas através de uma entrevista semiestruturada, da qual foram obtidas seis categorias temáticas: postura profissional, impacto na vida pessoal, emoções e sentimentos desencadeados, estratégias de enfrentamento, soluções e medidas institucionais, sofrimento e satisfação. Os resultados quantitativos indicaram alto nível de satisfação por compaixão e baixo nível de trauma vicariante e *burnout*. Todavia, os resultados qualitativos, apesar de também indicarem altos níveis de satisfação por compaixão, apresentaram indícios de estresse e sofrimento emocional e sintomas condizentes com o desenvolvimento de *burnout.* A investigação reforçou a importância da satisfação por compaixão para as profissionais se manterem no exercício profissional, mas também revelou que as profissionais se sentem exauridas e descuidadas. Trata-se, portanto, de um trabalho frustrante, difícil, pesado e exigente, apesar de compensador e gratificante, que gera mudanças na visão de mundo e na vida pessoal das profissionais. Os resultados apontam para o aprofundamento de estudos sobre o tema, a fim de garantir promoção e prevenção à saúde dos profissionais que trabalham com vítimas de trauma.

Palavras-chave: Trauma Vicariante. Burnout. Profissionais de Saúde. Violência Sexual.

ABSTRACT

ANTONIO, D. O. C. **Vicarious trauma and burnout in health professionals attending to women and children victims of sexual violence**. 120 p. Dissertation (Master in Clinical Psychology). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2024.

Health professionals providing assistance to individuals who are victims of sexual violence face specific challenges that can lead to the development of stress, burnout, and vicarious trauma. Exposure to reports of violence, suffering, and trauma can have a significant impact on physical, psychological, and social health. This study aimed to investigate the presence of vicarious trauma and burnout among health professionals who serve women and children victims of sexual violence in two institutions in the state of São Paulo. To achieve this goal, a mixed-method research was conducted, involving 27 health professionals including social workers, nurses, physicians, and psychologists. Quantitative data were collected using the ProQOL-IV BR, ISSL-R, EBBurn, and QUESI instruments to assess stress, burnout, vicarious trauma, and the presence of early traumas. Qualitative information was gathered through semi-structured interviews, from which six thematic categories were derived: professional demeanor, impact on personal life, triggered emotions and feelings, coping strategies, institutional solutions and measures, and suffering and satisfaction. The quantitative results indicated a high level of compassion satisfaction and a low level of vicarious trauma and burnout. However, the qualitative findings, despite also indicating high levels of compassion satisfaction, showed signs of stress and emotional distress, along with symptoms consistent with burnout development. The investigation emphasized the importance of compassion satisfaction for professionals to remain in their field, but it also revealed that professionals feel exhausted and neglected. Therefore, this is a frustrating, difficult, heavy, and demanding job, despite being rewarding and fulfilling, which brings about changes in the professionals' worldview and personal life. The results point to the need for further studies on the topic to ensure promotion and prevention of the healthcare professionals' health who work with trauma victims.

Keywords: Vicarious Trauma. Burnout. Health Professionals. Sexual Violence.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- ProQOL-IV BR – Classificação das subescalas 54
Tabela 2 - Dados normativos do ISSL-R para Tabela Geral (Amostra Total) 56
Tabela 3 - Pontuação subtipos QUESI 59
Tabela 4 - Caracterização da amostra 65
Tabela 5 - Dados laborais da amostra 66
Tabela 6 - Caracterização da amostra – comparação entre as instituições 67
Tabela 7 - Dados laborais da amostra - comparação entre as instituições 68
Tabela 8 - Classificações da escala QUESI e suas respectivas subescalas – comparação entre as instituições 108
Tabela 9 - Classificações da escala PROQOL – comparação entre as instituições.....108
Tabela 10 - Classificação da escala ISSL-R – comparação entre as instituições.....109
Tabela 11 - Classificação da escala EBB – comparação entre as instituições.....109
Tabela 12 - Pontuações da escala PROQOL.....69
Tabela 13 - Classificações da escala PROQOL.....70
Tabela 14 - Classificação da escala ISSL-R.....70
Tabela 15 - Classificação da escala EBB 71
Tabela 19 - Classificações da escala QUESI e suas respectivas subescalas – comparação entre psicólogas e demais profissões 73
Tabela 22 - Classificações da escala QUESI e suas respectivas subescalas – comparação entre as instituições..... 108
Tabela 23 - Classificações da escala PROQOL – comparação entre as instituições.... 108
Tabela 24 - Classificação da escala ISSL-R – comparação entre as instituições 109
Tabela 25 - Classificação da escala EBB – comparação entre as instituições 109

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Classificação das categorias do nível de stress 56
Quadro 2 - Categorias e temas..... 78

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Classificações da escala PROQOL (n=27) 70
Gráfico 2 - Classificações da escala QUESI e suas respectivas subescalas (n=27) 72

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 14
2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL 17
2.1 Um breve panorama da violência sexual 17
2.2 O sofrimento silencioso dos cuidadores 18
3 A PSICODINÂMICA DO ESTRESSE E DO TRAUMA 22
3.1 Estresse e burnout 22
3.1.1 Estresse 22
3.1.2 Burnout 26
3.2 Trauma 27
3.2.1 Trauma Precoce 29
3.2.2 Transtorno do Estresse Pós-traumático TEPT 30
3.2.3 Trauma intergeracional 31
3.2.4 Trauma vicariante 32
4 REVISÃO DE PESQUISAS 35
4.1 Apresentação 35
4.2 Trauma vicariante e *burnout* no trabalho com vítimas de violência sexual 36
4.2.1 Síntese da revisão de pesquisas 42
4.3 A relação entre trauma infantil e trauma vicariante 42
4.3.1 Síntese da revisão de pesquisas 48
5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO 49
6 OBJETIVOS 51
6.1 Objetivo geral 51
6.2 Objetivos específicos 51
7 MÉTODO 52
7.1 Caracterização do estudo 52
7.2 Local 52
7.3 Participantes 52
7.3.1 Critérios de inclusão 53
7.3.2 Critérios de exclusão 53
7.4 Instrumentos 53
7.4.1 Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL – IV BR) 54
7.4.2 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL-R) 55
7.4.3 Escala Brasileira de Burnout (EBBurn) 57
7.4.4 Questionário Sobre Traumas na Infância - QUESI (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ) 58

7.4.5 Entrevista semiestruturada 60
7.4.6 Questionário de dados sociodemográficos e laboral 60
7.4.7 Gravador 60
7.4.8 Diário de campo/observações 60
7.5 Procedimentos 61
7.5.1 Procedimentos de coleta dos dados 61
7.5.2 Procedimentos de análise dos dados 63
7.5.3 Procedimentos éticos 64
8 RESULTADOS 65
8.1 Resultados quantitativos 65
8.1.1 Características da amostra 65
8.1.2 Resultados das escalas 69
8.2 Resultados qualitativos 77
8.2.1 Análises temáticas 80
8.2.1.1 Postura profissional 80
8.2.1.2 Impacto na vida pessoal 81
8.2.1.3 Emoções e sentimentos desencadeados 83
8.2.1.4 Estratégias de enfrentamento 85
8.2.1.5 Soluções e medidas institucionais 87
8.2.1.6 Sofrimento e satisfação 88
9 DISCUSSÃO 91
10 CONSIDERAÇÕES FINAIS 98
REFERÊNCIAS 100
APÊNDICES 108
ANEXOS 118

1 INTRODUÇÃO

O ano de 2021 foi marcado pela retomada do aumento dos casos de estupros e estupros de vulneráveis no Brasil. Após o período de reclusão, devido à pandemia pela COVID-19, os casos de violência sexual voltaram a subir. De acordo com dados do Anuário Brasileiro de Segurança, considerando apenas os casos que chegaram até as autoridades, em 2021, uma menina ou mulher foi estuprada a cada 10 minutos. Foram notificados 10644 casos apenas no estado de São Paulo (FBSP, 2022).

A 17ª edição do Anuário Brasileiro de Segurança Pública: 2023, apontau que houve um aumento significativo no número de registros de estupro e estupro de vulnerável, totalizando 74.930 vítimas. Esses números representam apenas os casos reportados às autoridades policiais, sugerindo que não abrangem toda a violência sexual enfrentada por mulheres, homens, meninas e meninos de todas as faixas etárias. Em comparação com o ano de 2021, a taxa de estupro e estupro de vulnerável aumentou 8,2%, alcançando 36,9 casos para cada grupo de 100 mil habitantes (FBSP, 2023).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (2018, p. 7), “violência sexual refere-se a ser forçado, coagido ou ameaçado a praticar qualquer ato sexual indesejado; isso pode incluir estupro, tentativa de estupro, toque sexual indesejado ou formas de violência sexual sem contato”.

O estupro e outras violências de natureza sexual provocam profundas marcas emocionais no corpo das vítimas. A intrusão e sobrecarga de sentimentos e memórias, em grande parte das vezes, leva ao desenvolvimento do Transtorno do Estresse Pós-Traumático (TEPT). A busca por ajuda pode ocorrer imediatamente após a vítima sofrer a violência ou apenas após a sintomatologia causar prejuízos significativos na qualidade de vida (GOLDFELD, 2005).

No Brasil, serviços assistenciais prestam atendimento às vítimas de violência sexual. Muitas destas vítimas buscam auxilio por conta própria, outras, são encaminhadas pelas delegacias, após o registro do boletim de ocorrência, para atendimento especializado. É fato, que tal violência desencadeia sentimentos variados em grande parte da sociedade. Todavia, como ficam aqueles que cuidam diretamente das vítimas?

A importância da prática em saúde aliada ao caráter bidirecional do cuidado, a intensidade das experiências relatadas pelos pacientes, assim como a própria interação cuidador/paciente pode ser amplamente desgastantes. Profissionais de saúde estão

expostos à sobrecarga emocional e ao estresse, pois, o papel exercido como cuidadores enfatiza o caráter relacional desta atividade (PAIM e ESMAEL, 2013).

O atendimento de pessoas traumatizadas, pode ser uma fonte de sofrimento psíquico para o profissional, tanto pela mobilização intensa de emoções quanto pela possibilidade de provocar reações contratransferenciais (ELZIRIK *et al.,* 2006).

A Síndrome de *Burnout,* caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização pessoal, tem sido amplamente estudada e identificada como um fenômeno comum entre os profissionais de saúde, principalmente entre aqueles que tem contato direto com pessoas (BORGES *et al*., 2021). Ademais, outro fenômeno tem sido associado a profissionais que exercem a função de cuidar. Termos como Trauma Vicário (TV), Fadiga por Compaixão (FC), Trauma Secundário (TS) e Estresse Traumático Secundário (ETS) são utilizados para designar o sofrimento vivenciado por pessoas que trabalham com vítimas de traumas. Não há na literatura um consenso quanto a termonologia, por isso, neste trabalho utilizaremos o termo trauma vicariante.

A designação Estresse Traumático Secundário foi proposta por Charles Figley em 1983 e refere-se ao "custo" do cuidar (FIGLEY, 1995). Se nas equipes de saúde há espaço privilegiado para alguém ser cuidado, ouvido e acolhido, há também alguém que cuida, ouve e acolhe. Desta forma, questionamos: 'qual o impacto da escuta dos relatos traumáticos nos profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual?'

De acordo com Dalagasperina *et.al* (2021), no Brasil, observa-se um ínfimo número de estudos que abordam o sofrimento dos profissionais de saúde. Os termos "Fadiga por Compaixão", "Trauma Vicário" e "Estresse Traumático Secundário" têm sido apontados em poucos estudos científicos brasileiros. A exposição às descrições da crueldade humana e da violência vivenciada pode afetar aspectos pessoais, profissionais e éticos do cuidador (BARROS, 2018).

Como é essa realidade especificamente em uma equipe que trabalha com mulheres e crianças vítimas de violência sexual?

Diante de tais colocações, com o intuito de ampliar o conhecimento sobre a temática, a presente pesquisa, a qual utilizará o termo trauma vicariante, terá como objetivo principal investigar a presença de trauma vicariante e *burnout* em profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual. Ademais, a literatura sobre trauma aponta que o histórico de trauma pessoal infantil é um fator de

risco para o desenvolvimento de trauma vicariante (GABOURY e KIMBER, 2022). Por isso, um dos objetivos secundários paralelos será investigar se existe relação entre a presença de trauma infantil e o desenvolvimento de trauma vicariante e *burnout* nestes profissionais. O estudo se justifica por todos os pressupostos apresentados anteriormente e pela produção científica nacional sobre tal temática ainda ser pequena.

Ao falarmos do trabalho na área da saúde, tudo se relaciona, corpo, alma, cultura, sociedade. Tentar compreender os aspectos mais profundos do trabalho dos profissionais que prestam atendimento a mulheres e crianças vítimas de violência sexual, relacionando-os ao trauma vicariante e *burnout*, poderá contribuir para a compreensão das vivências e emoções destes profissionais, apontando perdas e ganhos. Almeja-se que o conhecimento acerca do trauma vicariante tanto no meio acadêmico quanto nas diferentes instituições de saúde possa ser disseminado, de forma que sejam propostas estratégias de prevenção e intervenção.

2 PROFISSIONAIS DE SAÚDE E O ATENDIMENTO A VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA SEXUAL

2.1 Um breve panorama da violência sexual

A violência sexual é um problema global complexo e multifacetado, e as estatísticas podem divergir conforme os países, regiões e culturas. Instituições internacionais como a Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o Escritório das Nações Unidas sobre Drogas e Crime (UNODC) frequentemente reúnem dados sobre esse fenômeno em seus relatórios.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (2023), uma a cada três mulheres sofreu violência física ou sexual por parte do parceiro ou de um não parceiro em sua vida e, em média, 400 milhões de crianças e adolescentes são vítimas de violência sexual a cada ano.

Os dados apresentados são apenas uma pequena amostra da violência sexual no mundo, pois, estima-se que apenas 10% dos casos de estupro sejam denunciados, tornando a subnotificação um impedimento para a análise da real dimensão do problema (FBSP, 2023).

Apesar de diversas organizações trabalhem no combate à violência sexual e no apoio às vítimas, algumas medidas ainda precisam ser implementadas: o combate a subnotificação, aumento da pena para crimes de violência sexual e a implementação de políticas públicas de prevenção e atendimento às vítimas (FBSP, 2022, 2023).

No Brasil, algumas organizações atuam no combate à violência sexual e no apoio às vítimas oferecendo serviços como: acolhimento e apoio psicológico, orientação jurídica, acompanhamento em delegacias e hospitais e capacitação de profissionais. A atuação dessas organizações é fundamental para garantir o acesso à justiça e a reconstrução da vida das vítimas de violência sexual.

Os profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, desempenham um papel fundamental no atendimento às vítimas de violência sexual. Em organizações especializadas nesse tipo de atendimento, esses profissionais atuam de forma multidisciplinar para oferecer às vítimas o apoio e o cuidado que elas precisam. Algumas das principais funções dos profissionais de saúde em organizações que atendem vítimas de violência sexual incluem: acolhimento e escuta qualificada;

avaliação clínica e médica; coleta de provas; prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), através de profilaxia pós-exposição; orientação e acompanhamento e suporte psicológico. A atuação destes profissionais é fundamental para garantir que as vítimas recebam o atendimento adequado e que seus direitos sejam respeitados (OMS, 2003).

Todavia, de acordo com Dornelles, Macedo e Souza (2020), o cuidado a essa população desperta diversos sentimentos e emoções nos trabalhadores, visto que envolve questões de ordem moral, ética, ideológica e cultural. Por isso, é relevante abordar o sofrimento silencioso desses profissionais, explorando os desafios que enfrentam e as medidas necessárias para garantir seu bem-estar.

2.2 O sofrimento silencioso dos cuidadores

Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental na sociedade, dedicando-se ao cuidado e à promoção da saúde da população. Sua atuação abrange diversas áreas, desde a prevenção de doenças até o tratamento de pacientes em diferentes fases da vida.

No entanto, a realidade profissional da área da saúde apresenta desafios que impactam diretamente o bem-estar dos profissionais. A sobrecarga de trabalho, longas jornadas, ambientes de trabalho estressantes e a constante exposição a situações de sofrimento e morte podem levar ao esgotamento físico e mental, além de aumentar o risco de adoecimento.

As condições de trabalho nas instituições de saúde, muitas vezes precárias, configuram um panorama social preocupante. Kahhale (2003) ao abordar sobre os aspectos saúde-doença do trabalhador diz que existe uma complexa relação entre o ambiente de trabalho, as condições sociais e os impactos na saúde física e mental do indivíduo, destacando que o trabalho pode ser um fator de risco quando as condições são precárias e não há atenção à saúde do trabalhador. Por isso, faz-se necessário pensar a saúde do trabalhador de forma integral, considerando não apenas a dimensão física, mas também a mental, social e ambiental.

É sabido que a questão relacional também deve ser considerada. Na obra “Médico e Paciente” Liliana Wahba (2021) ao explorar a complexa relação entre o médico e o paciente, que aqui estendemos ao cuidador, tece uma análise profunda dos desafios,

dilemas e nuances que permeiam essa interação fundamental no campo da saúde. Tal relação conduz a reflexões sobre a ética, a comunicação, a empatia e a humanização do cuidado. A autora destaca a importância da construção de uma relação de confiança mútua entre cuidador e paciente, reconhecendo que essa confiança se configura como um pilar fundamental para o sucesso do tratamento.

A relação cuidador-paciente se configura como um elo fundamental no processo de cuidado à saúde, transcendendo a mera assistência técnica e assumindo uma dimensão humana complexa e multifacetada. Essa relação se caracteriza por uma troca mútua de afeto, confiança e respeito, onde o cuidador assume a responsabilidade de zelar pelo bem-estar físico, emocional e social do paciente. Contudo, apesar de necessária, essa relação tem seu preço.

Para Oliveira e Rodrigues (2020), os profissionais, embora relatem uma relação geralmente satisfatória com seus pacientes, reconhecem que a proximidade exigida pelo cuidado os coloca diante de questões emocionais que os tornam mais demandantes de atenção. Há relatos de desgaste por essa relação e culpa quando as demandas dos pacientes não são atendidas.

Estudos demonstram que a prevalência de transtornos mentais, como ansiedade, depressão e *burnout* é significativamente maior entre profissionais de saúde do que na população geral. Sendo assim, dedicar-se ao cuidado de outros é uma missão nobre, mas que pode trazer consigo um fardo emocional significativo, gerando estresse, exaustão e até mesmo traumas psicológicos (SILVA *et al*., 2021). Essa realidade alarmante exige medidas urgentes para garantir a saúde mental e o bem-estar desses profissionais, que são pilares do sistema de saúde.

No que concerne especificamente ao trabalho com vítimas de violência sexual, é preciso considerar que se trata de uma tarefa complexa e desafiadora para os profissionais de saúde. Além da carga emocional e psicológica inerente ao trabalho, estes profissionais se deparam com diversas dificuldades que podem afetar a qualidade do atendimento e seu próprio bem-estar. Os autores Hanada, D'Oliveira e Shraiber (2010), argumentam que esse tipo de trabalho exige dos profissionais consciência de seus próprios valores, crenças e modelos de gênero, para que julgamentos morais não prejudiquem o diálogo e a compreensão.

Assim, esses profissionais são levados a refletir sobre seus valores e sua atuação, além de terem que lidar com o sofrimento e angústia desencadeados a partir do contato

com a vítimas e seus familiares, adaptando suas intervenções e postura profissional às necessidades de seus pacientes (HANADA, D'OLIVEIRA e SHRAIBER, 2010).

Em meio a este cenário, são encontradas dificuldades nos âmbitos pessoal e institucional que refletem na qualidade de vida e do trabalho executado:

- A falta de capacitação específica: muitos profissionais não recebem treinamento adequado para lidar com casos de violência sexual, o que pode gerar insegurança, dúvidas e até mesmo erros no atendimento (SILVA *et al*., 2021).
- A sobrecarga de trabalho: a alta demanda por atendimento, especialmente em unidades de saúde pública, pode levar à sobrecarga de trabalho e esgotamento dos profissionais. A falta de tempo para dedicar a cada caso pode comprometer a qualidade do atendimento e a criação de um vínculo de confiança com a vítima (SILVA *et al.*, 2021).
- A escassez de recursos humanos e materiais: a insuficiência de profissionais qualificados limita o suporte multidisciplinar essencial para vítimas de violência sexual. A falta de infraestrutura adequada, como salas privativas e materiais de coleta de provas, pode dificultar o atendimento e gerar constrangimento para as vítimas (PENSO, 2010).
- O impacto emocional e psicológico: lidar com relatos de violência e sofrimento pode gerar estresse, ansiedade, depressão e até mesmo trauma psicológico nos profissionais. A falta de acompanhamento psicológico e de estratégias de autocuidado pode comprometer a saúde mental e a capacidade de trabalho dos profissionais (PENSO, 2010).
- As dificuldades na rede de apoio: a fragmentação da rede de apoio, com falta de comunicação e articulação entre os diferentes serviços, pode dificultar o encaminhamento das vítimas para outros serviços especializados (TEIXEIRA *et al*., 2023).

É consenso entre os estudos supracitados que cuidar da saúde mental dos profissionais de saúde é fundamental para garantir a qualidade do atendimento à saúde e o bem-estar de toda a sociedade. É necessário um compromisso conjunto dos governos, instituições de saúde e da sociedade em geral para oferecer o suporte necessário a esses profissionais que dedicam suas vidas ao cuidado de outros.

Fica evidente que profissionais de saúde que lidam com vítimas de violência sexual enfrentam desafios específicos que podem levar ao desenvolvimento de estresse, *burnout* e trauma. A exposição a relatos de violência, sofrimento e traumas pode ter um impacto significativo na saúde mental e emocional desses profissionais.

3 A PSICODINÂMICA DO ESTRESSE E DO TRAUMA

3.1 Estresse e burnout

3.1.1 Estresse

O estresse, um fenômeno que permeia a vida moderna, exige uma análise profunda para desvendar seus mecanismos e impactos. Limongi França e Rodrigues (2019) reconhecem o estresse como um fenômeno multifacetado, com raízes em fatores individuais, sociais e organizacionais.

O termo estresse foi utilizado pela primeira vez em 1936 pelo fisiologista Hans Selye (SELYE, 1936). Em seus estudos, Selye definiu o estresse como uma resposta fisiológica inespecífica a qualquer demanda que o organismo enfrenta, independentemente da natureza positiva ou negativa do estímulo (LIPP, 2000). Desta forma, diante de um estímulo estressor há uma resposta do corpo, através de alterações orgânicas, que tem como objetivo recuperar o estado de equilíbrio, ou seja, visa manter a homeostase, o equilíbrio interno do corpo (RIBEIRO, 2012).

O conceito de homeostase foi introduzido por Walter Cannon em 1926. Ele propôs que os organismos vivos possuem mecanismos fisiológicos que trabalham em conjunto para manter um ambiente interno estável, mesmo diante de mudanças no ambiente externo. Cannon utilizou o termo "homeostase" para se referir à capacidade do corpo de manter um equilíbrio dinâmico em suas variáveis fisiológicas, como temperatura corporal, pH do sangue e níveis de glicose (VALLE, 2011).

Em 1915, Cannon descreveu as reações de luta ou fuga, também conhecidas como resposta de alarme, afirmando que são mecanismos fisiológicos adaptativos que preparam o corpo para lidar com situações de perigo ou estresse. Essas reações representam um desvio do estado homeostático do corpo, visando a mobilizar recursos para enfrentar a ameaça percebida (VASCONCELOS, 2010).

Sendo assim, de acordo Rodrigues e Limongi França (2010), Selye demonstrou que o organismo, quando exposto a um esforço desencadeado por um estímulo percebido como ameaçador à homeostase, seja ele físico, químico, biológico ou psicossocial, apresenta a tendência de responder de forma uniforme e inespecífica, anatômica e fisiologicamente, respostas estas que constituem o que ele chamou de Síndrome Geral de Adaptação (SGA). Essa síndrome se divide em três fases:

1. Reação de Alarme: o corpo se mobiliza, liberando hormônios como adrenalina e cortisol, elevando a frequência cardíaca e respiratória, entre outros efeitos;
2. Resistência: o organismo tenta se adaptar ao estressor, buscando manter o equilíbrio interno.
3. Exaustão: se o estresse persistir por um período prolongado, os recursos do corpo se esgotam, levando à exaustão física e mental, com risco de desenvolver doenças.

Nem todo estresse é prejudicial, visto que as reações são naturais e necessárias à sobrevivência. O eustress – estresse positivo -, caracterizado por um nível moderado de estresse, pode ser positivo e motivador, impulsionando o indivíduo a superar desafios e alcançar objetivos. Já o distress – estresse negativo -, caracterizado por um nível excessivo e prolongado de estresse, gera um rompimento do equilíbrio biopsicossocial (LIMONGI FRANÇA, 2003; LIMONGI FRANÇA E RODRIGUES, 2019).

Lipp (20002003) define estressores como demandas percebidas como excedentes aos recursos do indivíduo para lidar com elas. Assim, compreender os diferentes tipos de estressores é fundamental para gerenciar o estresse de forma eficaz. A autora afirma que existem diferentes tipos de estressores, que podem ser agrupados em duas categorias: estressores internos e estressores externos. Os estressores internos se referem a tudo que faz o mundo interior do indivíduo: pensamentos e emoções negativas, traumas e eventos de vida, doenças e condições físicas, fatores biológicos, etc. Os estressores externos referem-se a tudo que ocorre fora do organismo e exige uma resposta adaptativa: trabalho, relacionamentos, eventos traumáticos, etc. É importante ressaltar que os estressores internos e externos não operam de forma independente. Eles podem interagir e amplificar os efeitos uns dos outros. Por exemplo, um evento estressante externo, como um acidente de carro, pode desencadear pensamentos e emoções negativas, intensificando o estresse interno.

Entretanto, Gazzaniga e Heatherton (2007) afirmam que as avaliações cognitivas afetam as percepções e respostas aos eventos estressores, sendo assim, as respostas ao estresse variam de pessoa para pessoa de acordo com a percepção do evento e os aspectos internos. As avaliações cognitivas primárias irão detectar se o agente estressor é estressante ou irrelevante. Se for considerado como estressante, entram em ação as avaliações cognitivas secundárias para identificar alternativas de respostas.

As fases do estresse são resultado de mecanismos psicofisiológicos que podem ter menor ou maior impacto psicológico ou físico, dependendo das reações individuais do

organismo ao ambiente. Ou seja, a forma como cada pessoa experimenta o estresse varia, e isso depende de diversos fatores, como predisposição genética, histórico de vida, estilo de vida e suporte social (SILVA, 2020).

Considerando o fenômeno corpo-mente que atua diante de estressores, Ramos (2006), através da teoria da transdução, que vê o corpo como uma rede de sistemas de informação, esclarece a díade corpo-mente. Por meio do mecanismo de transdução, ocorre a transmissão de informações entre os sistemas (genético, imunológico, hormonal, entre outros), possibilitando a transformação de informações de um sistema para o outro. Assim, o corpo responde às demandas internas e internas, revelando os mecanismos biológicos e psicológicos que moldam nossa experiência do estresse.

O estresse é então resultante de vários eventos que ocorrem a nível cerebral e estimula o sistema fisiológico de luta ou fuga (SILVA, 2020). O hipotálamo, como maestro da glândula pituitária, atua no centro da fisiologia do estresse. Diante de um estímulo estressor, libera o hormônio CRH, que aciona a pituitária. Esta, por sua vez, secreta o hormônio ACTH, atuando nas glândulas suprarrenais. As suprarrenais então liberam cortisol e adrenalina, preparando o corpo para a ação (MOLINA, 2014).

O sistema nervoso autônomo (SNA) também participa da sinfonia do estresse, dividido em dois maestros: o sistema nervoso simpático (SNS) e o sistema nervoso parassimpático (SNP). O SNS acelera o ritmo cardíaco, aumenta a pressão arterial e dilata as pupilas, preparando o corpo para a luta ou fuga. Já o SNP atua como um freio, desacelerando o ritmo cardíaco e promovendo o relaxamento (LIPP, 2003).

A sinfonia do estresse ecoa por todo o corpo, afetando diversos sistemas como: *Sistema Cardiovascular*: aumento da frequência cardíaca e pressão arterial, podendo levar a problemas cardiovasculares; *Sistema Imunológico*: enfraquecimento do sistema imunológico, tornando o indivíduo mais suscetível a doenças; *Sistema Digestivo*: alterações no apetite, digestão e absorção de nutrientes; *Sistema Musculoesquelético:* tensão muscular, dores e rigidez; entre outros (MOLINA, 2014; RIBEIRO, 2012).

O cortisol, um hormônio secretado pelas glândulas suprarrenais, atua como um dos principais protagonistas na resposta ao estresse. Sua liberação segue um ritmo circadiano, com níveis mais altos pela manhã e declínio ao longo do dia. No entanto, situações estressantes podem alterar esse ritmo, elevando os níveis de cortisol no sangue. Diante de um estímulo estressor, o hipotálamo libera o hormônio CRH, que aciona a

pituitária. Esta, por sua vez, secreta o hormônio ACTH, levando à liberação de cortisol pelas glândulas suprarrenais (MOLINA, 2014). Essa resposta segue um padrão em forma de "curva", com um pico de cortisol após o evento estressor, seguido por um declínio gradual.

Em níveis adequados, o cortisol é essencial para diversas funções do organismo, auxiliando regulação do metabolismo, resposta inflamatória, memória e aprendizagem. No entanto, quando os níveis de cortisol se mantêm elevados por um período prolongado, podem surgir diversos efeitos negativos, como: enfraquecimento do sistema imunológico, prejuízo das funções cognitivas, além do risco de desenvolvimento de várias doenças, entre elas diabetes e hipertensão arterial (MOLINA, 2014; LIPP, 2003).

As catecolaminas, adrenalina e noradrenalina, atuam como mensageiros químicos cruciais na resposta ao estresse. Produzidas na medula adrenal, essas moléculas orquestram uma série de mudanças fisiológicas que preparam o corpo para enfrentar desafios ou fugir de perigos (MOLINA, 2014). Diante de um estímulo estressor, o sistema nervoso simpático ativa a medula adrenal, liberando adrenalina e noradrenalina na corrente sanguínea. Essas moléculas atuam em diversos órgãos e sistemas, como um maestro que acelera o ritmo da orquestra. A adrenalina e a noradrenalina influenciam diversos sistemas do corpo promovendo alterações fisiológicas: aumentam a frequência cardíaca e a pressão arterial, dilatam as pupilas e aumentam o fluxo sanguíneo para os músculos e coração, aumentam a frequência respiratória, reduzem a atividade digestiva, aumentam a força muscular e aumentam a glicemia e a lipólise. Em níveis adequados, as catecolaminas são essenciais para a adaptação do corpo ao estresse. No entanto, níveis excessivos e prolongados podem levar a diversos efeitos negativos (RIBEIRO, 2012).

Por fim, retomando o modelo de Selye sobre os estresse, chamado como Síndrome Geral de Adaptação, que considera três etapas: alarme, resistência e exaustão, recorremos a esta última etapa para inserir o conceito de burnout que é descrito por Limongi França e Rodrigues (2019, p. 52) “como um dos desdobramentos mais importantes do stress profissional”, um estado crônico que pode desencadear um reação extrema impactando os níveis pessoal, profissional, relacional e social.

3.1.2 Burnout

A síndrome de *burnout* é uma resposta a um estado prolongado de estresse que abrange uma dimensão profissional, social e inter-relacional. O conceito foi cunhado na década de 1970 por Herbert Freudenberger e Cristina Maslach para descrever o estado de exaustão emocional e física observado em profissionais que lidam com situações de alto estresse no trabalho (LIMONGI FRANÇA e RODRIGUES, 2019).

Sendo assim, o *burnout* está intimamente relacionada ao estresse crônico no trabalho. O estresse, quando não gerenciado de forma adequada, pode levar a um estado de exaustão física e mental, gerando um impacto significativo na vida profissional e pessoal do indivíduo, levando à diminuição da produtividade, absenteísmo, problemas de relacionamento e até mesmo problemas de saúde física.

De acordo com Maslach, Schaufeli e Leiter (2001) o *burnout* é caracterizada por três dimensões principais: exaustão emocional, despersonalização e baixa realização pessoal e profissional.

A exaustão emocional se destaca como a principal característica do *burnout*. Mais do que uma mera vivência, a exaustão configura-se como uma estratégia eficiente para lidar com a sobrecarga laboral, distanciando o indivíduo do trabalho tanto emocional quanto cognitivamente (MASLACH, SCHAUFELI e LEITER, 2001).

O conceito de despersonalização refere-se a um distanciamento emocional exacerbado, caracterizado por frieza e indiferença em relação às necessidades dos outros, culminando em insensibilidade (CAMPOS e RODRIGUES, 2010). O indivíduo pode adotar atitudes de cinismo e ironia em relação às pessoas

Benevides-Pereira (2002) destaca que a redução da realização pessoal no trabalho está diretamente ligada à insatisfação com as atividades laborais. Essa insatisfação pode gerar diversos sentimentos negativos no indivíduo, como: sensação de insuficiência, baixa autoestima, sensação de fracasso profissional e desmotivação. Além disso, a autora menciona que os sintomas relacionados podem ser de ordem física, psicológica, comportamental e defensiva.

No que tange ao profissional de saúde, Rodrigues, Campos e Pardini (2006), ao falarem sobre a relação médico-paciente, afirmam que uma das características distintivas da profissão é lidar com pacientes que frequentemente têm expectativas que superam as capacidades do profissional, apresentando demandas físicas e emocionais significativas.

Neste cenário, os médicos, e de maneira mais ampla, todos os profissionais de saúde, estão constantemente empenhados em oferecer o melhor cuidado disponível. Esse compromisso em compreender e lidar com o sofrimento emerge como uma das características mais marcantes da natureza humana.

Em suma, o *burnout* se configura como uma condição extremamente complexa, que pode ser examinada em diversos níveis, principalmente individual, social e organizacional.

Com o objetivo de adentrarmos no próximo tópico, cabe apontar que quando se trata do profissional de saúde, em muitos momentos o *burnout* vem associado ao trauma vicariante. Embora ambos afetem a saúde mental de profissionais que lidam com o sofrimento alheio, o *burnout* e o trauma vicariante possuem diferenças importantes. O *burnout* surge do estresse crônico no trabalho, excesso de carga de trabalho, falta de reconhecimento e ambiente de trabalho tóxico, por exemplo (MASLACH e LEITER, 1997). Já o trauma vicariante advém da exposição repetida a traumas dos outros, como ouvir relatos de violência, abuso ou negligência (FIGLEY, 1995).

A prevenção do *burnout* envolve estabelecer limites saudáveis no trabalho, buscar apoio social e cuidar da saúde física e mental (MASLACH e JAKSON, 1982). Já a prevenção do trauma vicariante inclui treinamento adequado para lidar com traumas, buscar supervisão profissional e cuidar da saúde física e mental (FIGLEY, 1995).

3.2 Trauma

O conceito de trauma psicológico não é novo, porém, a percepção do trauma como um evento com efeitos duradouros na saúde mental é uma compreensão relativamente recente. Atualmente, o estudo do trauma envolve diversas disciplinas, como neurociência, psicopatologia do desenvolvimento, psicossomática e psiconeuroimunologia. Essas áreas de conhecimento colaboram mutuamente para proporcionar uma compreensão ampla do impacto do trauma no corpo, no cérebro e na mente.

O trauma psicológico pode ser definido como uma resposta emocional a um evento extremamente negativo que causa sofrimento intenso e duradouro. Pode ser causado por diversas situações, como violência física ou sexual, acidentes graves, desastres naturais, guerras, perdas de entes queridos, entre outras (VAN DER KOLK, 2020).

De acordo com Schestatsky et al. (2003), Herman Oppenheim, um neurologista alemão, foi o primeiro a empregar o termo "neurose traumática", atribuindo-lhe uma conotação inteiramente organicista, ao considerar que lesões funcionais decorriam de mudanças moleculares no sistema nervoso central. Por outro lado, Van der Kolk, Weisaeth e Van der Hart (1996) destacam que Pierre Briquet, em 1859, estabeleceu a primeira ligação psicológica entre os sintomas de histeria, incluindo os de somatização, e relatos de traumas sexuais na infância.

A primeira menção ao trauma psicológico pode ser atribuída a Pierre Janet, um psicólogo francês que, no final do século XIX, mecanismos de dissociação, traumas e histeria. Ele observou que alguns pacientes apresentavam sintomas como flashbacks, pesadelos e ataques de pânico, que pareciam estar relacionados a eventos traumáticos do passado (SCHESTATSKY ET AL., 2003).

No início do século XX, Sigmund Freud também se interessou pelo trauma psicológico. Ele propôs que o trauma pode ser causado por eventos que oprimem a capacidade da mente de lidar com a ansiedade, levando à repressão de memórias e emoções dolorosas (SCHESTATSKY *et al*., 2003).

O psiquiatra suíço, Carl Gustav Jung (1934/1972), comparou o trauma a uma ferida psíquica que pode resultar na formação de complexos carregados de emoções intensas. Quando o ego não consegue lidar com essa carga emocional, um complexo é formado de forma involuntária no inconsciente. Os complexos como agrupamentos de imagens, ideias e memórias carregadas de afeto, dotados de energia própria e frequentemente originados de traumas ou choques emocionais. Para Jung, os complexos revelam áreas de conflito não resolvido.

Como dito anteriormente, nas últimas décadas, o campo da psicologia do trauma tem crescido consideravelmente. Diversos autores contribuíram para a compreensão do trauma e para o desenvolvimento de novas formas de tratamento.

Bessel van der Kolk (2020) é um dos principais especialistas em trauma e estresse pós-traumático. Ele defende a importância de abordar o trauma não apenas como um problema psicológico, mas também como um problema biológico. Judith Herman (1992), por sua vez, é conhecida por seu trabalho sobre os efeitos do trauma em mulheres que sofreram violência sexual. Ela desenvolveu um modelo de tratamento específico para mulheres com transtorno de estresse pós-traumático. Já Peter Levine (2022), propõe que

o trauma pode ser armazenado no corpo e que a dessensibilização somática pode ser um método eficaz de tratamento.

Segundo Van der Kolk (1996), o trauma está intrinsecamente ligado à interação complexa entre corpo e mente, sendo considerado uma entidade integrada. Ele descreve os distúrbios traumáticos como perturbações do sistema límbico, onde a sensação de ameaça desencadeia o impulso primordial de lutar ou fugir. O trauma ocorre quando essa resposta de luta ou fuga não é viável. Além disso, o autor ressalta a presença de uma "desordem do tempo" nos traumas psicológicos, onde eventos passados continuam a influenciar o presente (SILVA, 2020).

Atualmente os estudos concentram-se em quatros principais tipos de trauma, a saber: trauma precoce ou complexo, transtorno do estresse pós-traumático (TEPT), trauma intergeracional e trauma vicariante.

3.2.1 Trauma Precoce

Em constante desenvolvimento, o conceito de trauma precoce ou trauma complexo busca compreender os efeitos devastadores de experiências adversas na infância. Este conceito se refere à exposição prolongada a eventos traumáticos, geralmente interpessoais, durante a infância. A experiência repetitiva de abuso, negligência, violência ou disfunção familiar mina o desenvolvimento saudável da criança, impactando seu senso de segurança, autoestima e capacidade de regular emoções (VAN DER KOLK et al., 2005).

Pioneiros como Ruth Lanius, Eric Vermetten e Clare Pain (2010) lançaram as bases para essa área, enquanto Bessel Van Der Kolk (2020) aprofundou o conhecimento sobre as consequências neurobiológicas do trauma. Peter Levine (2022) e Allan Shore (2003) forneceram insights sobre a importância da regulação emocional e do apego seguro na recuperação.

Segundo Van der Kolk (2005), a caracterização precisa do trauma infantil, incluindo seus aspectos emocionais, comportamentais e as consequências neurobiológicas, tem sido uma tarefa desafiadora. O autor argumenta que o diagnóstico de Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT) não consegue abranger todos os sintomas complexos associados ao trauma infantil.

De acordo com Schore (2003), o desenvolvimento inicial do cérebro e sua maturação, que ocorrem desde o período pós-natal até os dois anos de idade, estão

intimamente ligados ao relacionamento com outro indivíduo, ou seja, outro cérebro. Durante essa fase, a mãe ou o cuidador primário estabelece uma relação bidirecional com o bebê, atuando como um regulador psicobiológico, transformando a regulação externa em interna e desempenhando um papel crucial na regulação dos afetos da criança. A comunicação interpessoal e recíproca entre a mãe e o bebê é essencial para o desenvolvimento socioemocional da criança. Falhas no estabelecimento do apego podem comprometer o desenvolvimento do sistema de enfrentamento do estresse e a maturação dos sistemas reguladores cerebrais. O autor também menciona o padrão de apego desorganizado/desorientado, denominado "tipo D", que está associado ao trauma relacional precoce e à predisposição ao Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), sendo considerado um modelo neurobiológico de dissociação.

Conforme mencionado por Van der Kolk (2000), eventos traumáticos, como violência familiar e social, expõem as pessoas a um horror tão intenso que pode provocar mudanças temporárias ou permanentes em seus mecanismos de enfrentamento, percepção de ameaça e autoconceito. Durante um evento traumático, as pessoas tendem a priorizar a sobrevivência e a autoproteção, experimentando uma combinação de dormência, retraimento, choque e confusão.

As consequências do trauma precoce são abrangentes e duradouras. Indivíduos que sofreram traumas podem apresentar dificuldades de apego, problemas de autorregulação emocional, disfunções cognitivas, predisposição a transtornos mentais e depressão, problemas físicos e sociais, além de predisposição ao trauma vicariante (LEUNG, SCHMIDT e MUSHQUASH, 2022; GABOURY e KIMBER, 2022; PEREIRA *et al*., 2021).

3.2.2 Transtorno do Estresse Pós-traumático TEPT

O Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT) é um transtorno mental que pode se desenvolver após a exposição a um evento traumático, como um acidente grave, desastre natural, violência ou abuso. A história do TEPT remonta à Primeira Guerra Mundial, quando era conhecido como "fadiga de guerra". Bessel Van der Kolk (2020) destaca que o TEPT é uma resposta natural a um evento anormalmente horrível.

O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-5, publicado pela Associação Americana de Psiquiatria – APA, define o TEPT como um transtorno

mental que pode se desenvolver após a exposição a um evento traumático que envolve morte real ou ameaçada, grave lesão ou violência sexual (APA, 2013). Os sintomas do TEPT podem incluir:

- Intrusão: envolve memórias recorrentes e perturbadoras do evento, sonhos perturbadores, reações que fazem a pessoa sentir como se o evento estivesse acontecendo novamente, e sofrimento intenso ao lembrar do evento;
- Esquiva: caracterizada pela evitação de pensamentos, memórias ou sentimentos relacionados ao evento traumático, assim como a evitar atividades, locais, conversas ou pessoas que possam desencadear essas memórias;
- Alterações negativas na cognição: inclui perda de memória sobre partes significativas do evento (amnésia dissociativa), bem como convicções persistentes e exageradas sobre si mesmo, os outros ou o mundo;
- Alterações na excitação: manifesta-se por dificuldade para dormir, irritabilidade, comportamento imprudente ou autodestrutivo, problemas de concentração, resposta de sobressalto aumentada e hipervigilância (APA, 2013).

Segundo Van der Kolk (2000), uma das principais conclusões da pesquisa sobre trauma é a distinção entre o desenvolvimento de um distúrbio crônico baseado em trauma e a resposta normal ao estresse. No Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT), ocorrem reações psicofisiológicas anormais em dois níveis distintos: em resposta a lembretes específicos do trauma e em resposta a estímulos intensos, porém neutros, como ruídos altos, indicando uma perda de discriminação de estímulos.

Charles Figley (1995) enfatiza que o TEPT não é apenas um transtorno individual, mas também pode ter um impacto significativo nas relações sociais e familiares.

3.2.3 Trauma intergeracional

O trauma intergeracional vem sendo amplamente estudado no campo junguiano. De acordo com as pesquisas de Samuel Kimbles (2021), a transmissão geracional refere-se à transferência inconsciente de características culturais, sociais, emocionais e psicológicas de uma geração para outra. Isso abrange uma ampla gama de elementos,

como comportamentos, valores, crenças, tradições, história familiar, segredos e traumas. A transmissão geracional desempenha um papel significativo na formação das identidades individuais e coletivas, bem como na preservação de tradições e valores familiares e comunitários.

O autor complementar afirmando que o trauma intergeracional pode resultar no desenvolvimento de complexos intergeracionais, que são padrões repetitivos de comportamento observados entre diferentes gerações de uma mesma família, influenciados por eventos históricos, culturais e familiares. Esses complexos intergeracionais são compostos por três elementos principais: padrões comportamentais repetitivos, regras disfuncionais de relacionamento e crenças e valores negativos que afetam a dinâmica familiar. A transmissão contínua desse ciclo repetitivo ao longo das gerações pode ter um impacto significativo na saúde emocional e no bem-estar tanto das pessoas individualmente quanto dos grupos familiares (KIMBLES, 2021).

Como exemplo, Rachel Yehuda e Lehrner (2018) e seus colegas realizaram pesquisas que demonstram que os filhos de sobreviventes do Holocausto podem apresentar alterações epigenéticas que os tornam mais propensos a desenvolver transtornos de ansiedade e depressão.

O mecanismo de transmissão geracional remete a uma experiência traumática não processada. Van der Kolk (2020) argumenta que o trauma pode ter um impacto profundo no desenvolvimento do cérebro e do corpo, e que seus efeitos podem ser transmitidos para as próximas gerações.

3.2.4 Trauma vicariante

O trauma vicariante, também conhecido como estresse traumático secundário ou fadiga de compaixão, é um fenômeno psicológico que se refere ao impacto emocional negativo que pode ser experimentado por profissionais que trabalham diretamente com vítimas de trauma. O conceito surgiu na década de 1970, com Charles Figley (1995), que o definiu como a mudança negativa no estado mental, físico, espiritual e emocional de alguém que ajuda outra pessoa a lidar com traumas.

De acordo com Figley (1995), o transtorno de estresse traumático secundário é descrito como os comportamentos e emoções naturais que surgem do conhecimento sobre um evento traumático vivenciado por alguém próximo, representando o estresse

decorrente do desejo de ajudar uma pessoa traumatizada. Por outro lado, Pearlman e Saakvitne (1995) definem o trauma vicariante como as alterações que ocorrem nos profissionais devido ao envolvimento empático com a experiência traumática da vítima.

Já Stamm (2010), define o trauma vicariante como a resposta emocional e psicológica que ocorre em profissionais que estão expostos repetidamente às histórias de trauma de outras pessoas. Essa exposição pode ser direta, através do contato com vítimas de violência, abuso ou negligência, ou indireta, através do contato com relatos de trauma, como em noticiários ou trabalhos de pesquisa.

Outro autor, Harris (1995), amplia o conceito ao abordar que profissionais que lidam com vítimas de trauma atravessam várias etapas ao tentar lidar com as consequências dessa exposição. A primeira etapa envolve o confronto com os relatos do trauma, manifestando-se através de uma série de comportamentos e sentimentos enquanto o profissional tenta gerenciar suas próprias respostas às narrativas das vítimas. A segunda etapa diz respeito à busca por segurança e marca o início da reação ao trauma ouvido. A terceira etapa pode ser descrita como a tentativa do profissional de assimilar o trauma relatado e suas consequências. Por fim, a fase de integração, que, se não for bem-sucedida, pode desencadear sintomas relacionados ao trauma vicariante.

Contudo, Figley (1995) sendo o autor mais estudo quando se trata de trauma vicariante e, por vezes, chama este fenômeno de “cansaço por compaixão” ou “fadiga por compaixão”. Ele aponta que a vulnerabilidade decorre principalmente do constante contato com relatos de vítimas traumatizadas. Além disso, o autor identifica quatro razões adicionais pelas quais esses profissionais são particularmente suscetíveis ao trauma vicariante: em primeiro lugar, a empatia, embora fundamental na avaliação de problemas e tomada de decisões, também pode ser um fator contribuinte para o desenvolvimento do trauma vicariante; em segundo lugar, muitos profissionais que trabalham com trauma tiveram experiências traumáticas em suas próprias vidas, que podem ressurgir no presente; em terceiro lugar, o trauma não resolvido do profissional pode ser ativado pelos relatos de traumas semelhantes; e, por último, traumas infantis também podem exercer influência, já que muitos profissionais relatam ser mais sensíveis aos relatos de dor e tristeza de crianças.

Explorando as consequências do envolvimento emocional dos profissionais, Stamm (2010) introduziu os conceitos de Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão. A Satisfação por Compaixão é vista como complementar ao trauma

vicariante, formando parte do modelo de Qualidade de Vida Profissional (QVP) proposto pela autora. Nesse modelo, a Satisfação por Compaixão engloba a realização obtida com o trabalho de assistência, incluindo sentimentos positivos relacionados à capacidade de ajudar, à recompensa derivada do trabalho e à percepção de fazer diferença na vida das pessoas. Por outro lado, a Fadiga por Compaixão é caracterizada por vivências negativas, representadas por sintomas de burnout (exaustão, frustração e irritabilidade) e pelo trauma vicariante, resultante do contato com vítimas de trauma (SILVA, 2020). Stamm (2010) destaca que que ter Qualidade de Vida Profissional implica em equilibrar as experiências negativas e positivas no trabalho de assistência, de modo que as experiências positivas predominem.

O trauma vicariante pode se manifestar de diversas maneiras, incluindo sintomas de estresse pós-traumático, como flashbacks, pesadelos, insônia e irritabilidade; sintomas de ansiedade e depressão; e dificuldades de concentração, memória e tomada de decisão. Os autores Lago e Codo (2010) alertam que o trauma vicariante pode levar ao esgotamento profissional e à perda da capacidade de ajudar os outros.

É importante que os profissionais que trabalham com vítimas de trauma estejam cientes dos riscos do trauma vicariante e que tomem medidas para prevenir o seu desenvolvimento. Algumas medidas que podem ser tomadas tanto individual quanto institucional incluem: treinamento adequado, busca de suporte emocional, autocuidado (pratica exercícios físicos, meditação e yoga), supervisão profissional (LAGO e CODO, 2010).

O trauma vicariante é um problema sério que pode ter um impacto significativo na saúde mental e no bem-estar de profissionais que trabalham com vítimas de trauma. É importante que os profissionais estejam cientes dos riscos do trauma vicariante e que tomem medidas para prevenir o seu desenvolvimento.

4 REVISÃO DE PESQUISAS

4.1 Apresentação

Neste capítulo, objetiva-se apresentar uma revisão de pesquisas que abordam sobre o tema proposto. Para tal, foram consultados os bancos de dados: Google Acadêmico, Biblioteca Virtual em Saúde – BVS (que inclui as plataformas SciELO, LILACS, IBCS, MEDLINE, Biblioteca COCHRANE), Web of Science, PubMed e Periódicos CAPES. As seguintes palavras-chaves foram utilizadas: “trauma vicário”, “burnout”, “profissionais de saúde”, “violência sexual” e “trauma precoce”.

A busca se deu considerando as pesquisas publicadas entre 2018 e 2022, independente da abordagem teórica ou disciplina. Os termos descritivos foram utilizados tanto em inglês quanto em português, considerando termos correlatos e sinônimos.

Tendo em vista os objetivos do presente trabalho, a primeira busca objetivou encontrar pesquisas que abordassem sobre o trauma vicariante, *burnout* e trauma infantil em profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual.

Desta forma, fez-se a separação de revisão em dois blocos de pesquisas. O primeiro se propõe a verificar o que foi publicado nos últimos anos sobre o trauma vicariante e *burnout* em profissionais que trabalham com vítimas de violência sexual. Obteve-se nesta busca um total de 136 publicações. Posteriormente, foi feita uma seleção por títulos e leitura dos resumos, retirando os trabalhos duplicados e aqueles que não estavam de acordo com os objetivos desta revisão. Ao final, foram selecionados 13 trabalhos.

O segundo, teve como objetivo identificar pesquisas que relacionam trauma vicariante e *burnout* ao trauma precoce. Foram encontrados um total de 225 publicações. Porém, ainda que alguns trabalhos mencionassem sobre a possível relação entre as variáveis mencionadas, poucos trabalhos se propunham a investigar essa associação. Após a seleção por títulos e leitura dos resumos, assim como a exclusão de trabalhos duplicados, obteve-se um total de 12 publicações.

Verificando que os trabalhos encontrados possuem diferentes delineamentos de pesquisa, foi feita uma revisão integrativa de literatura, com o intuito de apresentar diferentes fontes de informações.

4.2 Trauma vicariante e *burnout* no trabalho com vítimas de violência sexual

A tese de doutorado de Barros (2018), apesar de não ter como objetivo principal o estudo com profissionais que trabalham com vítimas de violência sexual, se propôs a examinar as associações entre sentimentos contratransferenciais desencadeados por criminosos sexuais, mecanismos de defesa e manifestações do trauma vicário em psiquiatras e psicólogos forenses. Visto que é um trabalho importante no âmbito nacional e que a temática se relaciona com o objetivo do presente trabalho, concluiu-se que era pertinente incluí-lo nesta revisão de pesquisas.

A pesquisa de Barros (2018) foi dividida em três etapas, que deram origem a três artigos. A primeira, consistiu na realização de um estudo exploratório com peritos psiquiatras através de uma revisão de literatura sobre constratransferência, mecanismos de defesa e trauma vicário. A segunda, foi a tradução, adaptação transcultural e validação da Trauma and Attachment Belief Scale (TABS). E, por fim, através de um delineamento transversal, de método misto, foi realizado um estudo com 56 psiquiatras e psicólogos peritos criminais, entre 2016 e 2017. Os instrumentos utilizados foram a Escala de Avaliação de Contratransferência (ACS), o Defensive Style Questionnaire (DSQ-40) e a TABS, designados para avaliar reações contratransferenciais, mecanismos de defesa e trauma vicário. Foi utilizado também um questionário de autorrelato, a fim de compreender a influência dos agressores na vida profissional e pessoal dos peritos. As análises dos coeficientes de correlação de Spearman foram utilizadas para avaliar as correlações entre a contratransferência e o TV e entre a contratransferência e os mecanismos de defesa. As análises quantitativas foram conduzidas usando o software STATA, versão 12, e os dados qualitativos foram analisados utilizando o programa NVivo. Os resultados mostraram correlações positivas entre sentimentos de indiferença e trauma vicário e entre mecanismos de defesa imaturos e trauma vicário. A investigação qualitativa mostrou que ocorreram mudanças na identidade profissional dos peritos, na visão de mundo e nas crenças relacionadas à segurança e confiança.

Willis, Prescott e Levenson (2018), utilizando uma abordagem de métodos mistos, realizaram um estudo que teve como objetivo explorar as experiências de apoio no local de trabalho de terapeutas que auxiliam clientes abusados sexualmente. A amostra foi composta por 189 profissionais (125 mulheres e 64 homens). A pesquisa ocorreu de forma online, utilizando Survey Monkey e continha uma mistura de perguntas quantitativas e

qualitativas. Os dados quantitativos sugeriram que os participantes se sentem geralmente apoiados em seu trabalho, porém, os dados qualitativos destacaram nuances nas experiências dos participantes. O apoio normalmente vinha dos colegas e/ou supervisores dos participantes, embora o apoio da supervisão às vezes fosse inadequado. Os participantes descreveram seus melhores supervisores como genuínos, calorosos, empáticos, promotores de crescimento profissional, conhecedores e colaborativos. As autoras propõem discussões sobre o fortalecimento do suporte no local de trabalho que visem amortecer os desafios enfrentados pelos profissionais, evitar resultados adversos e promover a longevidade do terapeuta.

Já o estudo conduzido por Denkinger *et al*. (2018), afirma que a violência cometida pela organização terrorista Estado Islâmico (EI), pode ser traumática para as vítimas, mas também aos cuidadores que lhes prestam assistência. Sendo assim, nesta pesquisa, os autores se propuseram a identificar a prevalência de traumatização secundária em cuidadores que trabalham com mulheres e crianças traumatizadas no norte do Iraque. Por meio de um estudo transversal, 84 cuidadores no contexto de um Programa de Admissão (PAH) para mulheres e crianças traumatizadas pelo EI, foram investigadas sobre seus encargos e recursos relacionados ao trabalho. Para avaliação foi utilizado um questionário autodesenvolvido e duas escalas padronizadas e adaptadas de trauma secundário (Questionnaire for Secondary Traumatization- FST) e estilo de apego (Questionário de Relacionamento). Além disso, dois conjuntos de itens autodesenvolvidos foram usados para capturar fatores e recursos angustiantes dos cuidadores. Os resultados mostraram que a traumatização secundária esteve presente em 22,9% dos cuidadores participantes. Aqueles que estão em intensa exposição, apresentaram 8,6% de carga sintomática grave. Uma história pessoal de experiências traumáticas, maior número de horas semanais trabalhando em contato direto com refugiados, bem como um estilo de apego preocupado foram detectados como fatores de risco para traumatização secundária.

Uma pesquisa realizada por Long (2010) se dedicou a explorar as experiências de advogadas médicas de vítimas de estupro. Considerou-se o trauma vicário e o *burnout*, além de técnicas de autocuidado para mitigar o trauma secundário e o impacto geral positivo e negativo que tem em seu bem-estar. Os advogados médicos fornecem orientação legal e médica durante toda a experiência na sala de emergência e garantem que os sobreviventes sejam tratados de forma justa. Foram realizadas entrevistas ao longo

de um ano (2014-2015) com 23 mulheres advogadas médicas de vítimas de estupro de um grande centro de vítimas de estupro de Chicago – EUA. Uma entrevista semiestrutura foi realizada com cada participante e a análise dos dados qualitativos consistiu em três etapas: revisar as transcrições e memorandos e fornecer uma análise narrativa dos estudos de caso, codificação de dados e extração de lições aprendidas da amostra de defensores. Os resultados sugeriram que os defensores experimentavam trauma vicário e sintomas de *burnout*, e que utilizavam de mecanismos de enfrentamento diante das atividades diárias. Nove dos participantes mencionaram ter sofrido vitimização sexual. Enquanto nove dos 23 advogados entrevistados experimentaram trauma vicário, treze apresentaram *burnout*.

Na pesquisa de mestrado produzida em Lisboa por Mbumba (2019), foi realizado um estudo qualitativo, de corte transversal, com base no método fenomenológico descritivo, que buscava compreender a estrutura da experiência subjetiva dos profissionais que trabalham com mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade. Participaram do estudo oito participantes do sexo feminino com idades entre 25 e 64 anos, sendo seis trabalhadoras efetivas e duas voluntárias. Os resultados mostraram que as participantes sentiam dificuldade em distanciar-se do trabalho. Consideravam como um trabalho frustrante, difícil, duro, pesado e exigente, apesar de compensador e gratificante.

No estudo realizado por Morabito, Pattavina e Williams (2020) em seis jurisdições dos Estados Unidos, foram entrevistados 42 detetives que trabalham com casos de agressão sexual. O objetivo era compreender os efeitos da investigação de crimes de violência sexual, considerando o *burnout* e o estresse traumático secundário. Perguntas foram elaboradas para obter informações sobre as etapas de investigação envolvidas em três casos diferentes: o mais recente, o mais difícil e o mais bem-sucedido, bem como os fatores que influenciam suas percepções, respostas e atitudes em cada caso. As perguntas não foram elaboradas para revelar as consequências emocionais, mas para revelar os desafios associados à investigação desses casos. A análise das entrevistas mostra a incidência de sintomas emocionais entre os investigadores, associando a manifestações de sintomas de trauma resultantes de seus casos atribuídos.

Dornelles, Macedo e Souza (2020) verificaram a relação entre os escores de qualidade de vida profissional e as estratégias de *cooping* em uma equipe multiprofissional em saúde que atende crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Através de um estudo transversal, realizado em um hospital público de Porto

Alegre - BR, foram submetidos à pesquisa 241 profissionais de saúde que atuavam na assistência direta aos pacientes, distribuídos nos setores de emergência pediátrica, internação pediátrica, ambulatórios e centro obstétrico. A coleta dos dados ocorreu de julho a outubro de 2018. Foi utilizada a Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQol-BR) e o Inventário de Respostas de *Coping* no Trabalho (IRTC-T). A análise foi realizada por meio do teste de Kruskal-Wallis e o Coeficiente de Correlação de Pearson. A partir da análise dos resultados, os autores verificaram nível médio na dimensão satisfação por compaixão, nível médio para estresse traumático secundário e nível médio para *burnout*. Em relação às estratégias de *coping*, a estratégia tomada de decisão apresentou correlação fraca com a dimensão satisfação por compaixão e a estratégia extravasamento emocional apresentou correlação moderada com estresse traumático secundário e *burnout*. Os autores afirmam que a identificação de estratégias de enfrentamento, como a tomada de decisão, pode auxiliar os profissionais a aumentarem os níveis de satisfação por compaixão.

Em 2021, Houston-Kolnik, Odahl-Ruan e Greeson realizaram entrevistas qualitativas semiestruturadas com 15 defensores de vítimas de estupro, que se voluntariaram para um centro de vítimas de estupro em Chicago, objetivando entender como eles acessavam o apoio social e o que era útil e inútil nestes sistemas de apoio. Esta pesquisa fez parte de um projeto maior vinculado ao centro de vítimas de estupro, contudo, os pesquisadores afirmaram que por saber que estes defensores correm um risco alto de trauma vicário, este contexto merecia atenção específica. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo temática. Os resultados revelaram que muitos defensores foram capazes de buscar e receber apoio social e emocional positivo. Os defensores enfatizaram a necessidade de os centros de vítimas de estupro fornecerem recursos para seus sistemas de apoio social, a fim de incentivar respostas úteis.

Bozga, McDowall e Brown (2021), buscaram verificar as memórias indeléveis de policiais femininas que investigam denúncias de estupro e violência sexual. Participaram do estudo 15 policiais (9 detetives e 6 não detetives) que tinham experiência atual ou recente (menos de um ano) de trabalho em uma unidade especializada de investigação de crimes sexuais em uma grande força policial metropolitana inglesa. Foi realizada uma entrevista semiestruturada para extrair as experiências. A Análise Fenomenológica Interpretativa (IPA) foi utilizada para desenvolver temas que elucidam os impactos psicológicos e físicos nos policiais e suas estratégias de enfrentamento. As consequências

pessoais foram enquadradas na conceituação de trauma secundário. Os resultados convergiram com estudos anteriores sobre *burnout* e traumatização vicária. As participantes relataram sentimentos de depressão, ansiedade, ideação suicida, imagens intrusivas, crenças e cognições alteradas, bem como intimidade interrompida com os parceiros. As adaptações de enfrentamento incluíram desligamento sensorial, evitação, dissociação e redução no atendimento à vítima.

O artigo de Crivatu, Horvath e Massey (2021) teve como objetivo reunir e avaliar criticamente trabalhos publicados a partir de 2017, na área de atendimento a vítimas de violência sexual. Buscou explorar os impactos e efeitos que o trabalho tem sobre os profissionais, seus mecanismos de enfrentamento e autocuidado e o suporte organizacional oferecido a eles. Foi utilizada a Avaliação de Evidência Rápida (REA), que consiste em realizar uma pesquisa abrangente e exaustiva da literatura dentro de um determinado período de tempo, delineando e avaliando criticamente as publicações disponíveis sobre um tema específico, fornecendo uma visão geral das atuais evidências. Esta REA focou na literatura publicada nos últimos três anos e foram excluídas publicações sobre profissionais que trabalham com clientes geralmente traumatizados e/ou abusados sem especificar que a violência sexual fazia parte dela, também foram excluídas as discussões que não mencionavam como o trabalho os impactou ou qual mecanismo de enfrentamento eles podem ter usado. Utilizaram 67 palavras-chave que se enquadravam em três grandes categorias (grupo profissional, impacto e intervenção). Um total de 25 artigos atenderam aos critérios de inclusão e foram analisados. A maioria dos estudos foi de média a alta qualidade metodológica e os resultados mostraram que impactos negativos incluíram sintomas de trauma, relacionamentos sociais interrompidos, mudanças comportamentais e sofrimento emocional e psicológico.

Em Montana, Ellis e Knight (2021) fizeram uma pesquisa que teve como objetivo principal responder à pergunta: ‘Qual é o processo pelo qual a prestação de serviços à vítima leva ao trauma secundário?’ Sendo assim, se propuseram a fundamentar teoricamente um modelo conceitual de trauma secundário através da literatura sociológica. Buscaram propor um modelo conceitual que reconhecesse a natureza interacional, interpretativa e vicariamente transmissível do trauma secundário. Por fim, pretendiam iniciar um trabalho empírico utilizando dados qualitativos de uma amostra de prestadores de serviços às vítimas. O foco recaiu especificamente em trabalhadores de serviços de proteção infantil, defensores da violência sexual e doméstica, policiais,

advogados, profissionais de saúde mental e física e clérigos religiosos. Participaram do estudo 94 prestadores de serviços às vítimas. Foram realizadas entrevistas qualitativas semiestruturas e cinco grupos focais de três regiões de Montana (leste, sudoeste e noroeste). Os autores utilizaram o conceito de self central de Stern (1985) para analisar os resultados, os quais apontam que a prestação de serviços à vítima, na forma de engajamento empático, pode obscurecer a fronteira entre o eu e o outro e levar a uma sensação de dano no eu que se manifesta em auto agenciamento não confiável, coerência não confiável do outro, auto afetividade dessensibilizada e auto história fraturada.

Outro recente trabalho, realizado em Israel, por Rizcalla, Zeevi-Barkay e Segal (2021) se propôs a investigar conselheiros que trabalham com vítimas de estupro. Objetivou verificar se o aumento da exposição ao trauma das vítimas está associado ao aumento da supervisão – considerada necessária para combater o contágio do trauma – e se tal supervisão reduz o impacto negativo à exposição. Cento e seis mulheres conselheiras em sete dos nove centros de vítimas de estupro em Israel preencheram questionários anônimos documentando seu trabalho e exposição ao trauma. Foram utilizados como instrumentos a Sexual Intimacy Scale, a Secondary Trauma Scale (STS), a Trauma and Attachment Beliefs Scale (TABS), o Traumatic Events Questionnaire (TEQ), a Intimate Relationship Scale e o Posttraumatic Growth Inventory, além de um questionário sobre supervisão. A exposição profissional ao trauma das vítimas foi significativamente associada ao aumento do tempo de supervisão. O estudo sugere a necessidade de documentar a natureza da supervisão e considerar diferentes tipos de métodos de supervisão.

O estudo Cummings *et al.* (2021) teve como objetivos examinar a validade concorrente entre a subescala STS na escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQol) e a Escala de Estresse Traumático Secundário (STSS) e investigar as relações entre satisfação por compaixão (SC) e *burnout* em defensores de vítimas. Embora os autores não mencionem vítimas de que tipo de trauma, eles enquadram na categoria de defensores de vítimas os profissionais que prestam serviços a vítimas de violência sexual. Por este motivo, esta pesquisa foi incluída na revisão. Os participantes foram recrutados usando uma pesquisa abrangente na web de agências nos Estados Unidos que empregavam defensores das vítimas. No total, 132 defensores das vítimas forneceram dados para as análises. Os resultados sugerem correlações positivas entre a subescala STS no ProQoL e o STSS. Foi encontrada uma correlação negativa entre *burnout* e satisfação por

compaixão. Indicando que o *burnout* é um forte preditor de TV e STS, mas o SC pode servir como um fator de proteção contra ambos.

4.2.1 Síntese da revisão de pesquisas

De uma maneira geral, é possível perceber que o interesse pelo estudo do trauma vicariante tem crescido no meio científico, embora ainda não exista um consenso em relação à terminologia. A falta de padronização terminológica, por vezes, gera dificuldades na compreensão dos objetivos e busca de publicações nas bases acadêmicas. É notório que os profissionais que exercem a função de cuidadores são os mais estudados quando se fala em trauma vicário e *burnout.* Todavia, ainda são poucos os estudos que se propõem a investigar profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual.

Notadamente, foi consenso nos artigos revisados que o trabalho com vítimas de violência sexual desperta sentimentos variados nos profissionais, tamanha carga emocional envolvida. Apesar de alguns trabalhos mostrarem que a satisfação por compaixão é um fator presente entre os profissionais, não há dúvidas dos efeitos desgastes e, potencialmente, traumatizantes da execução de tais atividades. Assim, não há dúvidas que a investigação sobre trauma vicariante precisa ser ampliada, objetivando principalmente a construção de estratégias preventivas e de apoio sociopsicológico.

4.3 A relação entre trauma infantil e trauma vicariante

Um artigo recente, elaborado por Leung, Schmidt e Mushquash (2022), teve como objetivo fazer uma revisão de literatura, entre os anos 2000 e 2021, a fim de examinar a associação entre trauma pessoal e o estresse traumático secundário (STS), o trauma vicário (VT) e o *burnout*. Após um processo de seleção, 39 estudos empíricos atenderam os critérios de inclusão. Os resultados apontam uma associação clara entre história de trauma pessoal e STS e TV, enquanto os achados em sua maioria nulos foram observados em relação à *burnout*. A maioria dos estudos foram realizados em países ocidentais, adotando questionários como o principal meio de coleta de dados, e todos, exceto um, foram de desenho transversal.

Outro artigo, parecido com o anterior, escrito por Gaboury e Kimber (2022), através de uma revisão narrativa, buscou avaliar os impactos psicológicos e fisiológicos do trauma vicário (TV), estresse traumático secundário (STS) e fadiga por

compaixão (CF) em profissionais de saúde mental (MHPs) com histórico pessoal de maus-tratos na infância. Os autores realizaram buscas em bases de dados eletrônicas para identificar artigos relevantes, a partir do ano 2000. Os artigos para inclusão precisaram satisfazer os seguintes critérios: (a) estudos primários com amostras adultas (>18 anos de idade) de MHPs como população do estudo; (b) avaliou o histórico de maus-tratos infantis do MHP; (c) trauma vicário medido (VT), estresse traumático secundário (STS) ou fadiga por compaixão (CF); (d) mediu os impactos psicológicos ou fisiológicos de STS, VT ou CF; (e) o texto completo estava disponível em inglês; (f) foi publicado entre janeiro de 2000 e janeiro de 2021; e (g) foi revisado por pares e de um periódico acadêmico. Após a triagem de texto, realizou o encadeamento de citações para frente e para trás e então foram incluídos um total de 10 artigos no trabalho. Os estudos identificaram uma variedade de consequências psicológicas de STS, FC e TV, incluindo aumento do risco de *burnout*, interrupções nas cognições e visões de mundo alteradas. Nenhum estudo examinou as consequências fisiológicas de STS, CF ou VT, destacando uma lacuna na pesquisa. Nove dos 10 estudos avaliaram maus-tratos infantis como fator de risco para STS, FC ou TV.

Considerando os dois artigos de revisão mencionados acima, buscou-se analisar as publicações citadas em ambos e assim verificar quais iriam de encontro ao objetivo desta revisão de pesquisas. Desta forma, alguns dos trabalhos descritos fizeram parte das revisões supracitadas.

Em 2021, Pereira *et al.* conduziram uma pesquisa realizada em Ribeirão Preto - BR, que teve como objetivo analisar a associação entre *burnout,* estresse, sofrimento mental e demais fatores pessoas e laborais associados. Entre 2015 e 2016, foi realizado um estudo transversal, descritivo e correlacional com 282 profissionais de saúde que atuam em serviços de emergência. Foram utilizados como instrumentos um questionário sociodemográfico, o Maslach Burnout Inventory (MBI-HSS), o Childhood Trauma Questionnaire (CTQ), o Inventário de Sintomas de Stress (ISS), a Escala de Estresse Percebido (PSS), o Psychiatric Screeming Questionnaire (SRQ20), o Questionário de Estilo de Vida Fantástico (FANTÁSTIC), a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e a Escala de Reajustamento Social de Homes-Rahe. O teste Qui-Quadrado de Pearson ou Exato de Fisher foram utilizados para verificar a associação entre as variáveis e posteriormente análise de regressão. Evidências estatísticas apontaram associação entre *Burnout* e escolaridade, estresse precoce, estresse, transtornos mentais comuns, estilo de

vida, ansiedade e depressão. A prevalência de Burnout identificada no estudo foi de 13,2%. Evidenciou que ter curso superior pode representar duas vezes mais chances de desenvolver *Burnout*. Em relação ao estresse precoce, foi observado que entre os participantes que sofreram esse tipo de trauma, a maioria foram mulheres (55 participantes) enquanto homens (14 participantes). Entende-se que, a associação entre Burnout e estresse precoce encontrada, pode ser explicada pelo fato de que as pessoas que sofreram esse tipo de trauma na infância, podem não desenvolver estratégias de enfrentamento eficazes para lidar com os estressores laborais, e posteriormente aumentar as chances de desenvolvimento do Burnout.

Com o objetivo de investigar o papel da fortaleza na associação entre a exposição pessoal ao trauma e a qualidade de vida profissional entre uma amostra de conselheiros leigos de ONGs que prestavam serviços a comunidades historicamente desfavorecidas na Província do Cabo Ocidental da África do Sul, Padmanabhanunni (2020), estudou 143 conselheiros através da Professional Quality of Life Scale (PROQOL), do Life Events Checklist e do Fortitude Questionnaire. A autora definiu a fortaleza como a força para gerenciar o estresse e ficar bem. Fatores de proteção incluem características individuais e características do ambiente. A análise de regressão moderada foi usada para examinar a relação entre coragem, trauma pessoal, satisfação por compaixão, estresse traumático secundário (STS) e burnout. Os resultados apontaram que maiores níveis de fortaleza foram associados a maior satisfação por compaixão e menores níveis de *burnout*. Porém, achados inesperados incluíram que níveis mais altos de trauma pessoal e avaliações de suporte mais baixas previam níveis mais altos de satisfação por compaixão. Avaliações mais positivas de apoio e avaliações familiares mais positivas predizeram níveis mais altos de estresse traumático secundário e *burnout*. E, a exposição pessoal ao trauma foi associada a níveis mais elevados de SC na amostra.

Rayner *et al.* (2020) examinaram o estresse traumático secundário e fatores relacionados a comportamento empático e frequência de trabalho com clientes traumatizados e trauma pessoal entre uma amostra intencional de 190 assistentes sociais e psicólogos. Os participantes preencheram um questionário on-line contendo dados demográficos, a Escala de Estresse Traumático Secundário e a Escala de Empatia para Assistentes Sociais. Um modelo de correlação moderada foi usado para avaliar a relação entre a frequência do trabalho clínico com trauma e STS, moderado por empatia e histórico de trauma pessoal. Aproximadamente 30% dos participantes preencheram os

critérios para o diagnóstico de Estresse Traumático Secundário (STS). Os resultados indicaram que o STS não foi significativamente correlacionado com a idade ou com a frequência de casos atendidos. Houve uma correlação positiva pequena, mas significativa entre STS e trauma passado. A empatia foi correlacionada negativamente com STS e positivamente correlacionada com trauma passado, enquanto a idade avançada foi relacionada a níveis mais altos de empatia.

Em 2020, Bridger, Binder e Kellezi conduziram um estudo no Reino Unido com 187 pessoas que trabalhavam como cuidadores adotivos em suas casas particulares ou em casas residenciais para jovens sob cuidado, que teve como objetivo investigar a incidência de estresse traumático secundário e preditores psicológicos em cuidadores adotivos. Através de uma pesquisa transversal, mediram estresse traumático secundário, burnout, satisfação por compaixão, empatia, resiliência, autocuidado e trauma primário. Foi utilizado o ProQOL-V para verificar estresse traumático secundário, burnout e satisfação por compaixão. Para verificar empatia e resiliência foram utilizados o Questionário de Empatia de Toronto (TEQ) e CD-RISC-10, respectivamente. Para verificar o autocuidado, quinze itens foram construídos a partir de duas escalas, a Professional Self-Care Scale e a Trauma-Informed Self-Care. Por fim, para verificar trauma primário, utilizaram a Trauma History Screen. Perguntas abertas também foram feitas baseadas no bem-estar. Os resultados apontaram altos níveis de estresse traumático secundário e burnout entre os cuidadores adotivos. Houve incidência de trauma primário em 76,5% dos entrevistados. O estresse traumático secundário esteve direto e positivamente relacionado ao burnout, satisfação por compaixão e trauma primário. Resiliência, empatia e autocuidado não mostraram associações diretas com estresse traumático secundário, mas o autocuidado teve efeito indireto significativo.

Um outro estudo, realizado por La Mott e Martin (2019) examinou os efeitos moderadores do autocuidado relacionados à compaixão entre profissionais de saúde mental. Participaram da pesquisa 371 profissionais de saúde mental. Foram utilizados como instrumentos a Professional Quality of Life Scale-Version 5 (ProQOL 5), a Brief Resilience Scale (BRS), a Self-Care Assessment Worksheet (SCAW), o Adverse Childhood Experiences Questionnaire (ACE) e um questionário demográfico. Os instrumentos foram escolhidos com o objetivo de verificar o nível de autocuidado, o histórico de experiências adversas na infância, o grau de burnout, estresse traumático secundário e satisfação por compaixão. Os resultados indicaram que um histórico de

experiências adversas na infância (82,5%) também indicava maiores resultados negativos de compaixão do que aqueles que não tiveram esse histórico. As atividades de autocuidado foram um preditor significativo de satisfação por compaixão e *burnout.* Compreenderam que o autocuidado serviu como moderador entre as experiências adversas da infância e o burnout.

O objetivo da pesquisa realizada por Diehm, Mankowitz e King (2019) foi explorar a relação entre história pessoal de trauma, anos de experiência profissional, nível de exposição, idade e desenvolvimento de estresse traumático secundário (STS), e examinar se o suporte social atua como fator moderador. Uma amostra de 77 psicólogos australianos completou um questionário online anônimo composto por perguntas relacionadas a demografia e histórico pessoal de trauma, além da Escala de Estresse Traumático Secundário (STSS) e do Questionário de Apoio SociaL (SSQ). Níveis de exposição secundária ao trauma, história pessoal de trauma dos participantes, e as percepções de resolução do trauma foram positivamente relacionadas ao STS. Em contraste, a idade e os anos de experiência não foram significativamente relacionados ao STS. Consistente com estudos anteriores, o suporte social foi significativamente relacionado ao STS e foi encontrado para moderar a relação entre as horas de contato clínico com sobreviventes de trauma e STS.

Martin-Cuellar *et al*. (2019) estudaram o impacto da vitalidade na experiência de fadiga por compaixão de conselheiros. Além disso, a vitalidade do conselheiro foi examinada como um moderador entre a história pessoal de trauma e sua experiência de fadiga por compaixão. A amostra foi composta por 113 conselheiros que responderam, de forma on-line ao Childhood Trauma Questionnaire, Professional Quality of Life Scale e à Escala de Vitalidade Subjetiva. Os resultados indicam que o trauma passado não teve efeito sobre o *burnout.* No entanto, a vitalidade predisse negativamente o *burnout*. Os resultados também apontaram que a vitalidade amortece o efeito do trauma passado. Os conselheiros que vivenciam vitalidade eram menos propensos a experimentar *burnout*, mesmo na presença de trauma passado/recente. Esses resultados forneceram alguma evidência de que os conselheiros com vitalidade eram menos propensos a experimentar estresse traumático secundário, mesmo na presença de trauma passado.

A dissertação de mestrado defendida por Anne D. Troy (2018), teve como objetivos: 1 - examinar a relação entre as experiências adversas na infância, o perdão e a satisfação por compaixão em enfermeiros; 2 – determinar o impacto do perdão como

moderador na relação de experiências adversas na infância e satisfação por compaixão; 3 – explorar quais características demográficas servem como preditores de perdão e satisfação por compaixão. Por meio de um estudo descritivo e correlacional, 255 enfermeiros, com pelo menos seis meses de experiência, receberam um questionário online através do método bola de neve. Foram utilizados quatro instrumentos para conduzir o estudo: Childhood Experiences Survey, Heartland Forgiveness Scale, a subscala de satisfação por compaixão da Professional Quality of Life Scale (ProQOL) e um questionário demográfico. Os resultados apontaram que 51% dos enfermeiros estavam em categorias moderadas a altas de experiências adversas na infância. Contudo, não mostraram correlações estatisticamente significativas entre as experiências adversas na infância e satisfação por compaixão nos enfermeiros. Houve, no entanto, uma correlação positiva entre experiências adversas na infância e os subconjuntos de perdão (perdão do eu e da situação). Além disso, observaram correlações significativas entre as variáveis idade, sexo e nível educacional com experiências adversas na infância.

O trabalho de Butler, Maguin e Carello (2018) buscou examinar o papel de experiências adversas na infância (ACE's) no desenvolvimento de estresse traumático secundário (STS) e/ou retraumatização de alunos expostos a material relacionado a traumas em trabalhos de pós-graduação. Examinaram as taxas de experiências adversas na infância em 195 estudantes de pós-graduação dos cursos de Serviço Social. Além disso, verificaram se o número total de experiências adversas na infância estava associado a retraumatização relacionada ao treinamento e/ou sintomas estresse traumático secundário, e se o treinamento dos estudantes mediava a relação entre as experiências adversas na infância e sintomas STS. Os resultados indicaram que mais de três quartos da amostra sofreram um ou mais ACEs antes dos 18 anos e quase um terço endossou quatro ou mais. As ACEs mais comumente relatadas foram doença mental doméstica, separação/divórcio dos pais, abuso doméstico de álcool/ substâncias e abuso emocional ou negligência por um dos pais ou membro da família. Uma análise de mediação confirmou que o treinamento mediou o efeito dos escores ACE nos sintomas STS. Apesar da resiliência da amostra de estudantes de pós-graduação, aqueles com histórico de ACE estavam em maior risco de sofrimento relacionado ao treinamento.

4.3.1 Síntese da revisão de pesquisas

De maneira geral, os artigos encontrados apontam as consequências do trauma infantil, o qual pode levar a uma maior probabilidade de desencadear trauma vicário. Todavia, é possível observar, de acordo com a literatura do trauma, que indivíduos que vivenciaram experiências traumáticas na infância, podem ser atraídas por situações ou trabalhos que se assemelham às suas vivências, mesmo que não saibam o quanto podem estar mais vulneráveis em tais atividades.

Mostram-se notórias as diferentes perspectivas e ênfases na abordagem do trauma vicariante correlacionado ao trauma infantil, evidenciando a complexidade desta temática. Entre as publicações, nenhuma investigou a presença de trauma vicariante e *burnout* e a relação com o trauma infantil em profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual. Considera-se que esta é uma lacuna no conhecimento científico da área. Principalmente no Brasil, que apresenta índices assustadores de violência sexual contra mulheres e crianças e, por vezes, quantidades desproporcionais de profissionais de saúde que realizam tais atendimentos/acolhimento.

5 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

O interesse por esta pesquisa foi gestado a partir do desejo que nutro deste o início da prática clínica em compreender aqueles que se dispõem a cuidar. A princípio, almejava entender os psicoterapeutas, cuidadores feridos, prontos a ouvir e auxiliar na dor do outro. Todavia, não são apenas os psicoterapeutas que exercem a função do cuidado e, assim, diante de tal fato, compreendendo a dinâmica e os tipos de trauma, conteúdo estudado durante a pós-graduação, vi no conceito de trauma vicário a oportunidade de voltar a minha atenção e, consequentemente, do meio acadêmico, a profissionais de saúde em geral, cuidadores expostos diariamente à dor do outro.

Diante da inquietação e do anseio de ir ao encontro de uma temática ainda pouco explorada no Brasil (DALAGASPERINA *et.al*, 2021), busquei identificar quais as possibilidades de aplicação da minha ainda incipiente pesquisa. Desta forma, pensando que o trauma vicário se relaciona com situações específicas de cuidado e empatia vivenciadas por profissionais que trabalham com pessoas vítimas de situações traumáticas, me propus a dar relevância aos profissionais de saúde que trabalham diretamente com mulheres e crianças vítimas de violência sexual.

Debates sobre feminicídio e a violência sexual vem ganhando cada vez mais notoriedade desde o início da pandemia pelo COVID-19, visto que os números aumentaram significativamente durante o período de reclusão (FBSP, 2022).

A violência sexual constitui umas das principais formas de violação aos direitos humanos e é um problema de saúde pública que gera impactos a saúde física e mental das vítimas, levando a consequências de longo prazo. Além disso, pode afetar profundamente o bem-estar social da vítima, da família, grupos e sociedade. Ademais, gera repercussão na vida e intimidade das mulheres e interfere nas relações interpessoais e psicossociais (SILVA, 2021).

Diante da magnitude do fenômeno e considerando que este é um problema social, expressivo e recorrente, os profissionais de saúde precisam estar aptos a ouvir, acolher e fazer os procedimentos técnicos necessários. Entretanto, ainda são poucos os estudos acerca dos riscos emocionais aos quais estão expostos os profissionais de saúde que atendem vítimas de violência sexual. Visto que, tais atividades geram intenso sofrimento e angústia (DALAGASPERINA *et.al*, 2021).

Profissionais de saúde estão exposto a diversas situações estressoras, dentre elas a sobrecarga de trabalho, falta de recursos, a perda e o relacionamento com os pacientes. No estresse ocupacional, o profissional vivencia situações que extrapolam sua capacidade de enfrentamento e a resposta ao estresse irá depender da interação entre as características individuais do profissional com o meio que está inserido. Estes, por sua vez, podem apresentar reações psicológicas dolorosas e prejudiciais e, assim, desenvolverem a síndrome de *burnout* e/ou um trauma indireto que se relaciona com o conteúdo traumático do material de trabalho (BARROS, 2018).

A literatura do trauma, conforme apresentada acima e evidenciada por autores como Allan Shore (2003), Bessel Van Der Kolk (2020) e Peter Levine (2022), nos mostra que indivíduos que vivenciaram situações traumáticas na infância podem apresentar uma maior dificuldade em encarar situações estressoras no futuro, tendendo a se colocar em situações difíceis e/ou com o intuito de tentar suprir a dor vivenciada, se colocarem em situações de ajuda. Há evidências de que crianças traumatizadas, na vida adulta terão maior risco para o desenvolvimento de condições clínicas variadas.

As perguntas que me atravessam são: Quem cuida do cuidador? Como estão os profissionais que diariamente se dispõem ao cuidado de outros? Como estão os profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual?

6 OBJETIVOS

6.1 Objetivo geral

Investigar a presença de trauma vicariante e *burnout* em profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual.

6.2 Objetivos específicos

- Observar se as variáveis sociodemográficas e laborais, como idade, gênero, filhos, escolaridade, religião, profissão, horas trabalhadas semanalmente, tempo de profissão, tempo de atuação com vítimas de violência sexual e setor apresentam correlação com os níveis de *burnout* e trauma vicariante em profissionais de saúde;
- Verificar se a presença de trauma vicariante e *burnout* apresentam correlação com a categoria de profissionais de saúde (enfermeiras, médicas, psicólogas e assistentes sociais);
- Verificar a correlação entre a presença de trauma infantil e o desenvolvimento de trauma vicariante e *burnout* nos profissionais de saúde;
- Observar as reações e sentimentos provocados pelo exercício das atividades profissionais através de uma entrevista semiestruturada;
- Investigar as estratégias utilizadas pelos profissionais de saúde para lidar com o impacto do exercício de suas atividades.

7 MÉTODO

7.1 Caracterização do estudo

Trata-se de um estudo de natureza exploratória e descritiva, em que foi empregado o método misto, utilizando a análise de dados qualitativos e quantitativos, com o objetivo de garantir um maior entendimento da temática. O método misto visa um estudo aprofundado, permitindo a compreensão de fatores integrados (GARCIA, 2019).

O estudo quantitativo foi feito a partir da aplicação de escalas de trauma vicariante, estresse, *burnout* e trauma infantil. O estudo qualitativo foi feito com base em um roteiro de entrevista semiestruturado. Além disso, para melhor análise dos dados, foi solicitado às participantes o preenchimento de um questionário de dados sociodemográficos e laboral.

7.2 Local

A pesquisa foi realizada em duas grandes instituições públicas do estado de São Paulo. As instituições compõem o Sistema Único de Saúde (SUS) e ambas possuem núcleos especializados no atendimento a vítimas de violência sexual. Em um dos municípios em que foi realizada a pesquisa, o serviço é distribuído em cinco núcleos inseridos nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e contam com uma profissional psicóloga e uma assistente social em cada um deles. O outro centro de atendimento a vítimas de violência sexual possui serviços de pronto atendimento, ambulatorial e de interrupção legal de gestação e conta com profissionais psicólogos, médicos, equipe de enfermagem e assistentes sociais.

A aplicação das escalas, questionário e entrevista ocorreu na própria sala de atendimentos de cada profissional de forma individual e com horários previamente definidos.

Visto que o estado de São Paulo não possui muitos centros de atendimento especializado a vítimas de violência sexual, optou-se por suprimir demais informações que possam levar a identificação das instituições e profissionais.

7.3 Participantes

A amostra inicial deste estudo foi composta por 29 profissionais de saúde, sendo 27 mulheres e dois homens. Contudo, com o objetivo de homogeneizar a amostra, a qual

era predominantemente feminina, foram retirados os dois homens. Sendo assim, o estudo contou com o total de 27 profissionais de saúde do sexo feminino que, após a autorização dada pelas instituições, anuíram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. A amostra ficou assim dividida: médicas (n= 4), enfermeiras (n=5), psicólogas (n=11) e assistentes sociais (n=7).

As categorias de profissionais foram definidas após a verificação de que são estes os que compõem a linha de frente no atendimento a vítimas de violência sexual em ambos as instituições participantes da pesquisa.

7.3.1 Critérios de inclusão

a) Ser profissional de saúde com, no mínimo, nível superior de escolaridade e prestar assistência direta e específica a mulheres e/ou crianças vítimas de violência sexual;
b) Completo e correto preenchimento de todos os instrumentos utilizados no estudo.
c) Assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

7.3.2 Critérios de exclusão

a) Profissionais de saúde que não prestam assistência direta e específica a mulheres e/ou crianças vítimas de violência sexual;
b) Profissionais de saúde do sexo masculino;
c) Não preencher corretamente os instrumentos utilizados no estudo;
d) SE recusar a participar da entrevista e/ou assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.7.4 Instrumentos

7.4 Instrumentos

Os dados para a avaliação das amostras foram coletados através dos seguintes instrumentos: Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-IV BR), Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de LIPP (ISSL-R), Escala Brasileira de Burnout (EBBurn), Questionário sobre Traumas na Infância (QUESI), roteiro de entrevista semiestruturada e questionário de dados sociodemográficos e laboral. Foi utilizado também um gravador de voz digital e diário de campo/observações.

7.4.1 Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL – IV BR)

A Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL-IV BR) é utilizada para determinar qualidade de vida de profissionais de serviços de cuidado. Foi criada por Stamm (2005) e validada no Brasil por Lago e Colo (2010, 2013). A escala é composta por 30 perguntas e dividida em três subescalas (Trauma Vicariante, *Burnout* e Satisfação por Compaixão), de respostas tipo *Likert* que varia de 0 a 5 pontos: nunca (0), raramente (1), poucas vezes (2), algumas vezes (3), muitas vezes (4) e quase sempre (5).

O Trauma Vicariante refere-se ao trauma desencadeado pela exposição frequente aos relatos de pessoas que vivenciaram eventos traumáticos ou estressantes. O *Burnout* diz respeito a sintomas de exaustão, frustração, raiva e depressão. A Satisfação por Compaixão é o prazer que se tem por ajudar os outros por meio do seu trabalho.

São utilizados os quartis para estabelecer os cortes e a interpretação dos resultados é proposta de acordo com a tabela abaixo:

Tabela 1- ProQOL-IV BR – Classificação das subescalas

Classificação	**Satisfação por Compaixão (SC)**	**Burnout (BO)**	**Trauma Vicariante (TV)**
Nível baixo (primeiro quartil)	44	43	42
Nível médio (segundo quartil)	50	50	50
Nível alto (terceiro quartil)	57	56	56

Fonte: elaborada pela autora (2023)

O instrumento não possui fins diagnósticos, mas possibilita indicar a necessidade ou não de intervenção na população estudada (STAMM, 2010). Uma alta pontuação na subescala de TV ou BO, associada a uma baixa pontuação em SC, são indicadores de desequilíbrio na qualidade de vida profissional.

Stamm (2005) afirma que aqueles que pontuam acima de 57 certamente possuem uma boa relação com o trabalho e possuem bons índices de satisfação. Pontuações mais altas nas subescalas de BO e TV significam que há um risco maior do indivíduo sofrer esgotamento ou trauma vicariante.

No manual, Stamm (2010), propõe interpretações das combinações das pontuações de cada escala:

- Alto nível de SC com nível baixo a moderado de BO e TV: resultado favorável. O profissional certamente está recebendo reforços positivos no trabalho e se mostra satisfeito com suas atividades;
- Alto nível de BO com nível baixo a moderado de SC e TV: resultados característicos de profissionais que estão em risco e também podem colocar suas organizações em situações de risco; tendem a experimentar raiva, esgotamento e distanciamento;
- Alto nível de TV com nível baixo a moderado de BO e SC: resultados característicos de profissionais que geralmente passam por experiências negativas no trabalho, caracterizadas pela exposição ao relato de vítimas de eventos estressores.

7.4.2 Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL-R)

O Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL-R) foi criado Lipp (2022) e tem como objetivo identificar a presença de sintomas de stress, assim como apontar o grau de severidade dos sintomas, propondo uma classificação entre sintomas leves e graves.

De acordo com Lipp (2022), stress é definido como um desequilíbrio psicobiológico do organismo, que se manifesta em resposta a situações de perigo ou nocivas do ambiente. Quando não diagnosticado, o stress pode impactar não apenas a saúde física e mental do indivíduo, mas também sua qualidade de vida e relações interpessoais.

O ISSL-R é um instrumento brasileiro que pode ser administrado de forma individual ou coletiva em pessoas de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 15 anos. O tempo total de aplicação é de aproximadamente 10 minutos. O ISSL-R possui 34 itens que refletem sintomas físicos e 19 itens de natureza psicológica.

É composto por três quadros em que o respondente deve assinalar com um X os sintomas que apresentou nas últimas 24 horas (Quadro 1), última semana (Quadro 2) e último mês (Quadro 3).

Por se tratar de um instrumento de uso privativo do psicólogo, a correção e interpretação devem sempre realizadas exclusivamente por este profissional, visto que requer uma familiarização com o conceito de stress, considerando suas manifestações clínicas e repercussões na saúde mental (LIPP, 2022).

A pontuação do ISSL-R pode variar de 0 a 53. Sendo assim, os resultados podem demonstrar tanto a ausência de sintomas quanto a sua gravidade, a depender da pontuação obtida. A gravidade do quadro relaciona-se às fases do stress, sendo elas: fase de alerta (baixo nível de stress), fase de resistência (nível moderado de stress), fase de quase exaustão (nível alto de stress) e fase de exaustão (nível extremo de stress).

Lipp (2022) propõe quatro tabelas normativas:

- Tabela geral;
- Tabela referente ao sexo (F1, 4498) = 739.94, P < 0.001;
- Tabela por faixa etária (F(1,11) = 4.26, p < 0.001);
- Tabela por escolaridade (F(1,2) = 5.86, P < 0,001).

A interpretação dos resultados é determinada pelos quartis da distribuição. Após obter os resultados e decidir qual tabela normativa é mais adequada à sua demanda, o avaliador deve localizar o Quartil e Percentil correspondente ao escore total do respondente. Posteriormente, deve realizar a classificação de acordo com as categorias que refletem o nível de stress, variando entre sintomas não qualificáveis e sintomas graves, conforme tabela abaixo:

Quadro 1 - Classificação das categorias do nível de stress

QUARTIL	CLASSIFICAÇÃO
Resultado do Quartil 1	Sintomas não qualificáveis
Resultado do Quartil 2	Sintomas leves
Resultado do Quartil 3	Sintomas moderados
Resultado acima do terceiro quartil	Sintomas graves

Fonte: reprodução de Lipp (2022)

De acordo com a demanda de interpretação, foram selecionados os dados normativos para a Tabela Geral, a qual pode ser visualizada abaixo:

Tabela 2 - Dados normativos do ISSL-R para Tabela Geral (Amostra Total)

QUARTIL	PERCENTIL	TOTAL
1	25%	0 até 3
2	50%	4 até 8
3	75%	9 até 17
>3	> 75%	Acima de 17
SÍNTESES DESCRITIVAS		

	Média	11.13
	DP	9.87
	N	4500

Fonte: reprodução de Lipp (2022)

7.4.3 Escala Brasileira de Burnout (EBBurn)

Destinada a trabalhadores com idade entre 18 e 68 anos, a Escala Brasileira de Burnout (EBBurn), objetiva mensurar o quanto os trabalhadores percebem os indicadores de exaustão emocional e frustração profissional em suas atividades laborais, assim como o quanto se interessam em estabelecer relações positivas com os demais trabalhadores e clientes que atendem diariamente (CARDOSO e BAPTISTA, 2023).

A EBBurn foi desenvolvida por Cardoso e Baptista (2023) considerando a escassez de instrumentos brasileiros que avaliam *burnout* e são reconhecidos pelo Satepsi (2021). A construção da escola foi baseada no modelo de Maslach (1982) que considera o *burnout* a partir de três categorias: exaustão emocional, despersonalização/distanciamento e frustração profissional.

O instrumento pode ser aplicado individual ou coletivamente, no formato à lápis e papel ou on-line. Possui um total de 38 itens divididos da seguinte maneira: 11 itens na categoria exaustão emocional, 13 em despersonalização/distanciamento e 14 na categoria frustração profissional. Os itens são respondidos por meio de uma escala do tipo *Likert* de quatro pontos (Nunca, Poucas Vezes, Muitas Vezes e Sempre).

O tempo de aplicação do instrumento é, em média, de 10 minutos, contudo, não há limite de tempo. A correção é realizada exclusivamente na plataforma VOL Vetor Online, que calcula a pontuação atribuída a cada fator e emite um relatório com a interpretação dos resultados.

A escala possui duas facetas a Exaustão/Frustração profissional (com itens que avaliam falta de energia, cansaço e desgaste, bem como disposição e empolgação com a execução das atividades profissionais) e a dimensão Despersonalização/Distanciamento (composta de itens que avaliam as relações interpessoais com colegas de trabalho e clientes). A interpretação é feita com base na pontuação bruta e espera-se pontuações altas em pessoas com fortes indícios de *burnout* em ambos os fatos (exaustão/frustração profissional e despersonalização/distanciamento).

7.4.4 Questionário Sobre Traumas na Infância - QUESI (Childhood Trauma Questionnaire - CTQ)

O Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) foi utilizado para verificar a associação entre a presença de trauma infantil e o desenvolvimento de trauma vicariante e *burnout* nos profissionais de saúde.

O QUESI é um instrumento autoaplicável em adolescentes (a partir de 12 anos) e adultos que auxilia na investigação de abuso e negligência na infância. Foi traduzido e validado no Brasil por Grassi-Oliveira, Stein e Pezzi, em 2006. Amplamente utilizado nas áreas forense e clínica, o instrumento não serve como diagnóstico, contudo, é uma ferramenta útil na investigação de maus-tratos e negligência na infância e pode auxiliar como mais um elemento na avaliação clínica (GRASSI-OLIVEIRA *et al*, 2014).

É composto por 28 itens que se propõem a investigar cinco componentes traumáticos: abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, negligência física e negligência emocional. Para resposta, utiliza uma escala *Likert* de cinco pontos: nunca (1), poucas vezes (2), às vezes (3), muitas vezes (4) e sempre (5). As pontuações são somadas para obter a pontuação total da escala.

Um índice quantitativo da gravidade das experiências de maus-tratos em cada área varia de 5 (ausência de maus tratos) a 25 pontos (maus tratos graves). Para a escala de 109 negação/minimização, é dado um ponto para cada item escolhido com uma pontuação 5 (sempre); para cada item marcado com uma pontuação inferior a 5, a pontuação zero (0) é dada. Assim, a pontuação total possível para minimização/negação varia de 0 a 3. Com relação ao escore total de trauma infantil, quando o participante pontuar QUESI ≤ 36 o trauma é inexistente para mínimo; QUESI > 36 e ≤ 51 o trauma é baixo para moderado; QUESI > 51 e ≤ 68, moderado para grave, e QUESI ≥ 69, equivale ao trauma grave para extremo.

Segundo Bernstein et al (2003, p. 175, tradução nossa), são definidos cinco componentes traumáticos aferidos pelo QUESI:

- Abuso sexual (questões 20, 21, 23, 24 e 27): contato ou conduta sexual entre uma criança menor de 18 anos e um adulto ou uma pessoa mais velha;

- Abuso físico (questões 9, 11, 12, 15 e 17): agressões corporais a uma criança por um adulto ou uma pessoa mais velha que representavam um risco ou resultaram em ferimento;
- Abuso emocional (questões 3, 8, 14, 18 e 25): agressões verbais ao senso de valor ou bem-estar de uma criança ou qualquer comportamento humilhante ou degradante dirigido a uma criança por um adulto ou uma pessoa mais velha;
- Negligência física (questões 1, 2, 4, 6 e 26): o fracasso dos cuidadores em prover as necessidades físicas básicas de uma criança, incluindo alimentação, abrigo, roupas, segurança e cuidados com a saúde;
- Negligência emocional (questões 5, 7, 13, 19, 28): o fracasso dos cuidadores em atender às necessidades emocionais e psicológicas básicas das crianças, incluindo amor, pertencimento, nutrição e apoio;
- As questões 10, 16 e 22 referem-se a Minimização/negação: detectam respostas socialmente desejáveis, desenvolvidas para detectar a subnotificação de maus-tratos.

O QUESI utiliza os seguintes pontos de corte para indicar a presença e ausência de traumas na infância: negligência física ≥ 8; negligência emocional ≥ 10; abuso sexual ≥ 6; abuso físico ≥ 8; abuso emocional ≥ 9 (TIETJEN et al, 2010; SCHULZ, et al, 2014). De acordo com o American CTQ-manual, são classificados como traumatizados os sujeitos que sofreram pelo menos formas leves de maus-tratos (SCHULZ et al, 2014).

Tabela 3 - Pontuação subtipos QUESI

Subtipos	Inexistente a mínimo	Leve a moderado	Moderado a severo	Severo a extremo
Abuso emocional	≤ 8	9-12	13-15	≥ 16
Abuso físico	≤ 7	8-9	10-12	≥ 13
Abuso sexual	5	6-7	8-12	≥ 13
Negligência emocional	≤ 9	10-14	15-17	≥ 18
Negligência física	≤ 7	8-9	10-12	≥ 13
Pontuação total	≤ 36	37-51	52-68	≥ 69

Fonte: elaborado pela autora (2023)

7.4.5 Entrevista semiestruturada

A entrevista semiestruturada objetivou aprofundar o conhecimento e permitir maior compreensão do fenômeno estudado.

O roteiro, composto por oito perguntas, foi elaborado com vistas a promover um espaço de escuta e acolhimento, garantindo um lugar de fala a cada participante e enriquecendo o estudo proposto. As questões buscaram compreender, principalmente, sobre estratégias para minimizar o impacto do exercício profissional, a influência que trabalho exerce na vida das participantes, os sentimentos e emoções desencadeadas durante ou após o atendimento a vítimas de violência sexual, assim como o relato de algum caso que tenham marcado de forma especial, gerando sofrimento ou satisfação.

7.4.6 Questionário de dados sociodemográficos e laboral

Desenvolvido pela pesquisadora, o questionário teve a finalidade de obter informações sobre: idade, gênero, filhos, escolaridade, religião, profissão, setor em que trabalha, horas trabalhadas semanalmente, tempo de profissão e tempo de atuação com vítimas de violência sexual.

7.4.7 Gravador

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um gravador de voz digital. O uso do instrumento teve como objetivo garantir a precisão da transcrição dos relatos, assim como permitir à pesquisadora o contato visual, demonstrando atenção e interesse pelas histórias contadas. As participantes ficaram cientes que a sua identidade seria preservada e que o conteúdo gravado seria de acesso exclusivo da pesquisadora. Após a transcrição e análise do conteúdo, as entrevistas foram apagadas, mantendo-se, assim, o sigilo absoluto.

7.4.8 Diário de campo/observações

Ao longo do estudo, a pesquisadora manteve um diário de campo a fim de descrever suas ideias, percepções, reflexões e afetos desencadeados pela escuta de relatos, por vezes, intensos e mobilizadores.

7.5 Procedimentos

7.5.1 Procedimentos de coleta dos dados

Os procedimentos gerais adotados se deram da seguinte maneira: após as autorizações dadas pelas duas instituições para a realização da pesquisa, as participantes foram selecionadas através da indicação das coordenações dos serviços de atendimento a vítimas de violência sexual. Posteriormente, foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, bem como, a respeito do sigilo e confiabilidade que envolve o estudo. Após sanadas todas as possíveis dúvidas e estando de acordo, cada participante assinou o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE. Contudo, visto que o estudo foi realizado em duas instituições diferentes, houveram procedimentos específicos para cada uma delas, conforme a necessidade.

O contato e posterior autorização feita pela coordenação da instituição, que aqui chamaremos de "Instituição A", ocorreu de forma imediata via telefone e e-mail. Após anuência do Comitê de Ética em Pesquisa da PUC-SP, o projeto foi submetido para análise e aprovação do Comitê de Ética da instituição. Dada a aprovação, foi agendada uma reunião via Google Meet com a coordenadora do serviço de atendimento às vítimas de violência sexual. Nesta ocasião, foram expostos verbalmente todos os objetivos da pesquisa e sanadas todas as dúvidas. Neste momento, também foi possível obter informações gerais sobre a dinâmica dos atendimentos às vítimas de violência sexual realizados por esta instituição. A coordenadora solicitou então que fossem encaminhados os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido via e-mail para que as assinaturas fossem realizadas antes da coleta dos dados. Após o retorno de todos os documentos devidamente assinados, foram agendados os dias e horários para que a pesquisa fosse realizada em cada um dos centros de atendimentos, onde atuam uma psicóloga e uma assistente social em cada um deles. Participaram da pesquisa todas as profissionais de saúde da instituição A que prestam atendimento a vítimas de violência sexual.

Na outra instituição, aqui chamada de "Instituição B", foi realizado um primeiro contato com a coordenadora do serviço de forma presencial com a presença da orientadora deste trabalho, Prof.ª Dr.ª Denise Gimenez Ramos. A reunião possibilitou conhecer a instituição e a dinâmica do serviço de atendimento a vítimas de violência sexual. A coordenadora explicou todos os passos necessários para aprovação da pesquisa que deveria ser dada pelo diretor da instituição. Sendo assim, via e-mail, o projeto de pesquisa

foi encaminhado e todos os objetivos descritos minuciosamente. Todavia, em meio ao processo de aprovação, a instituição B passou uma mudança em seu corpo gestor e administrativo. Desta forma, os contatos antes estabelecidos precisaram ser refeitos com outros responsáveis que incluía uma empresa de gestão terceirizada. A necessidade de nova submissão da pesquisa, bem como a dificuldade no contato com a nova diretoria ocasionou o atraso na coleta de dados em cerca de oito meses.

Após aprovação da pesquisa pela instituição B, foi realizado o contato com a nova coordenadora do serviço de atendimento a vítimas de violência sexual. Foi agendada uma nova reunião de forma presencial, com o objetivo de compreender as mudanças ocorridas e novamente explicar os objetivos da pesquisa. O serviço de atendimento a vítimas de violência sexual da instituição B é composto por três setores, a saber: pronto atendimento, ambulatório e interrupção legal de gestação. Existem muitos profissionais envolvidos no atendimento às vítimas, contudo, foram selecionados apenas aqueles que prestam atendimento direto e específico, ou seja, assistentes sociais, psicólogos, médicos e enfermeiros, não importando em qual dos três setores realizavam suas atividades.

Os participantes da instituição B foram selecionados pela coordenação e previamente comunicados dos objetivos. Na sequência, foram então agendados dias e horários para a coleta de dados com aqueles que concordaram participar do estudo

A aplicação das escalas e entrevista ocorreram de maneira individual e presencial em ambas as instituições e os dados foram coletados de forma concomitante com horários e dias previamente agendados. Contudo, a pesquisadora encontrou dificuldades na coleta de dados na instituição B, pois, muitas vezes, os profissionais de saúde não podiam comparecer no dia e horário agendado porque precisavam atender ocorrências. Sendo assim, muitas vezes, foram necessários novos agendamentos.

No contato com as participantes, a pesquisadora fez o convite verbalmente, apresentando-se, explicando tratar-se de uma pesquisa de mestrado e esclarecendo os objetivos e em que consistia os termos utilizados na pesquisa, como, por exemplo, o conceito de trauma vicariante. Todos as escalas, questionário sociodemográfico e entrevista foram apresentados de forma impressa, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. Com as participantes da instituição A, apesar das assinaturas já haverem sido coletadas, o termo foi apresentado fisicamente e novamente verbalizado com o intuito de garantir a total compreensão. Na instituição B as assinaturas do TCLE foram solicitadas no momento da coleta de dados, constituindo assim, o primeiro passo.

A pesquisadora teve como propósito garantir um espaço acolhedor e de escuta às profissionais, sendo assim, optou por iniciar pela entrevista, permitindo que as profissionais contassem sobre a trajetória profissional e tivessem a oportunidade de falar de forma aberta e livre. A partir deste momento, todas as reações foram observadas e registradas no diário de campo. Conforme roteiro guia previamente desenvolvido, as entrevistas foram realizadas de forma que permitisse o discorrer das ideias, não preocupando-se com o tempo. Após a entrevista, que foram gravadas e transcritas, foram coletados os dados sociodemográficos e dos instrumentos ProQOL-V, ISSL-R, EBBurn e QUESI, respectivamente.

Os encontros tiveram duração média de 60 minutos e ocorreram nas salas de atendimento de cada profissional.

7.5.2 Procedimentos de análise dos dados

Para a análise estatística dos dados da pesquisa foi utilizado o programa *IBM SPSS Statistics* versão 25. O nível de significância estatística adotado neste estudo foi de 0,05.

As variáveis de caracterização da amostra e de descrição com relação ao trabalho foram mostradas em frequência (n) e porcentagem em relação ao n total. A escala utilizada foi demonstrada por meio de pontuações mínima e máxima, média, desvio-padrão e intervalo de confiança a 95%.

Para a comparação de médias entre grupos foi utilizado o teste Kruskal-Wallis para amostras independentes. Neste último caso, para as médias estatisticamente distintas ($p<0,05$) foi realizada a análise *post-hoc* com a correção de Bonferroni. A comparação de proporções foi realizada pelo teste de Fisher ou teste qui-quadrado. Foi realizada análise de correlação bivariada entre as variáveis numéricas da pesquisa por meio do cálculo do coeficiente de correlação de Spearman. A interpretação do tamanho do efeito foi realizada conforme proposto por Evans (1996): muito fraca (até 0,19); fraca (de 0,20 a 0,39); moderada (de 0,40 a 0,59); forte (de 0,60 a 0,79) e muito forte (de 0,80 a 0,99). Os poucos dados faltantes nos instrumentos foram preenchidos pela média da pontuação da referida questão.

Os dados qualitativos obtidos por meio das entrevistas foram transcritos e analisados de acordo com cada pergunta através de comparação e identificação.

Finalmente, os dados qualitativos e quantitativos foram combinados e analisados, buscando responder aos objetivos da pesquisa.

7.5.3 Procedimentos éticos

A proposta de pesquisa foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC/SP e a coleta de dados foi realizada somente após sua aprovação e consentimento (CAAE 67248822.8.0000.5482, parecer nº 5.921.170). Foram respeitados os requerimentos éticos em pesquisas envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução CONEP 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, pela Resolução CNS/MS 510/2016 e pelos Regimento dos Comitês de Ética em Pesquisa da PUC/SP.

Foram solicitadas as autorizações para coleta de dados junto à coordenação das instituições e dos serviços de atendimento às vítimas de violência sexual. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE foi utilizado a fim de garantir o pleno entendimento do estudo por parte dos participantes, bem como da confiabilidade e sigilo das informações. As participantes não foram identificadas e a pesquisadora se comprometeu a zelar pelo sigilo das informações.

8 RESULTADOS

Este capítulo apresenta os resultados da análise das informações coletadas. Primeiramente, descreve-se as características apontadas pelo Questionário Sociodemográfico e Laboral. Em seguida, são apresentados os resultados obtidos através dos instrumentos ProQOL-V BR, ISSL-R, EBBurn e QUESI. Por fim, apresenta-se a análise das informações qualitativas obtidas através da Entrevista utilizando-se a análise temática.

8.1 Resultados quantitativos

8.1.1 Características da amostra

Participaram da pesquisa um total de 27 profissionais de saúde, do sexo feminino, que exercem as funções de psicólogas, assistentes sociais, médicas ou enfermeiras. As características sociodemográficas e laborais do grupo **(Tabelas 4 e 5)** estão descritas de acordo com as variáveis: idade, gênero, número de filhos, religião, escolaridade, profissão, número de horas trabalhadas semanalmente, tempo de experiência profissional, tempo trabalhando diretamente no atendimento de vítimas de violência sexual.

Tabela 4 - Caracterização da amostra (n=27)

Variável	**Frequência**	**Proporção**
Faixa etária		
de 20 a 29 anos	5	18,6%
de 30 a 39 anos	6	22,2%
de 40 a 49 anos	8	29,6%
50+	8	29,6%
Estado civil		
Solteira	13	48,2%
Casada/União estável	8	29,6%
Divorciada	5	18,5%
Viúva	1	3,7%
Escolaridade		
Superior completo	3	11,1%
Pós-graduação	24	88,9%
Quantidade de filhos		
Nenhum	14	51,9%
1	6	22,2%

Variável	Frequência	Proporção
2	3	11,1%
3+	4	14,8%
Religião		
Católica	10	37,1%
Protestante / Evangélica	3	11,1%
Espírita	6	22.2%
Outras	2	7,4%
Nenhuma	3	11,1%
Não respondeu	3	11,1%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Na Tabela 4, há as características da amostra desta pesquisa. A maior parte das participantes possui 40 anos de idade ou mais, possuem pós-graduação e possuem alguma religião, sendo predominante os ramos cristãos. Cabe dizer que optamos por perguntar sobre a religião porque em uma das instituições é realizado o serviço de interrupção legal de gestação, sendo assim, queríamos saber se a religião poderia influenciar na condução das atividades, gerando desconforto ou sofrimento. A maior parte das participantes é solteira e não possui filhos.

Tabela 5 - Dados laborais da amostra (n=27)

Variável	Frequência	Proporção
Profissão		
Médica	4	14,8%
Enfermeira	5	18,5%
Psicóloga	11	40,8%
Assistente social	7	25,9%
Horas trabalhadas semanalmente		
10 a 20 horas	1	3,7%
21 a 30 horas	3	11,1%
30 a 40 horas	14	51,9%
40+	9	33,3%
Tempo de experiencia profissional		
0 - 5 anos	8	29,6%
6 - 10 anos	4	14,8%
11 - 15 anos	7	25,9%
16 - 20 anos	1	3,7%
Mais de 20 anos	7	25,9%
Tempo trabalhando diretamente no atendimento de vítimas de violência sexual		

Variável	Frequência	Proporção
0 - 5 anos	17	63,0%
6 - 10 anos	3	11,1%
11 - 15 anos	3	11,1%
Mais de 20 anos	4	14,8%

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

A profissão de psicóloga foi a de maior prevalência, seguida por assistente social, enfermeira e médica, respectivamente (Tabela 5). Tais dados justificam-se por saber que as equipes da instituição A são compostas apenas por psicólogas e assistentes sociais, enquanto que a instituição B conta com outros profissionais, principalmente em razão do serviço de pronto atendimento e interrupção legal de gestação, o qual oferece atendimento médico e de enfermagem para procedimentos profilácticos. A maior parte das participantes trabalha pelo menos 30 horas semanais, possui 11 anos ou mais de profissão e trabalha há no máximo cinco anos no atendimento de vítimas de violência sexual. Em relação ao último dado apontado, faz-se necessário considerar que a instituição B passou por modificações em seu quadro de colaboradores, sendo assim, novos profissionais foram contratados e, muitos deles, estavam iniciando as atividades no atendimento a vítimas de violência sexual naquela instituição.

Tabela 6 - Caracterização da amostra – comparação entre as instituições A(n=10) e B(n=17)

Variável	Instituição A		Instituição B		p-valor*
	Frequência	Proporção	Frequência	Proporção	
Faixa etária					
de 20 a 29 anos	1	10,0%	4	23,5%	0,271*
de 30 a 39 anos	1	10,0%	5	29,4%	
de 40 a 49 anos	3	30,0%	5	29,4%	
50+	5	50,0%	3	17,7%	
Estado civil					
Solteira	3	30,0%	10	58,8%	0,131*
Casada/União estável	5	50,0%	3	17,7%	
Divorciada	1	10,0%	4	23,5%	
Viúva	1	10,0%	0	0,0%	
Escolaridade					
Superior completo	0	0,0%	3	17,6%	0,273**

Variável	Instituição A		Instituição B		p-valor*
	Frequência	Proporção	Frequência	Proporção	
Pós-graduação	10	100,0%	14	82,4%	
Quantidade de filhos					
Nenhum	4	40,0%	10	58,8%	
1	2	20,0%	4	23,5%	0,757*
2	2	20,0%	1	5,9%	
3+	2	20,0%	2	11,8%	
Religião					
Católica	4	40,0%	6	35,3%	
Protestante / Evangélica	0	0,0%	3	17,6%	
Espírita	2	20,0%	4	23,5%	0,206*
Outras	2	20,0%	0	0,0%	
Nenhuma	0	0,0%	3	17,6%	
Não respondeu	2	20,0%	1	5,9%	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
*: teste qui-quadrado
**: teste exato de Fisher

Na Tabela 6, há as características da amostra desta pesquisa por instituição. Verifica-se que em todos os casos não houve diferença estatisticamente significativa (p>0,05) entre as proporções de cada característica. Em outras palavras, podemos inferir que as participantes de cada instituição possuem características semelhantes.

Tabela 7 - Dados laborais da amostra - comparação entre as instituições A(n=10) e B(n=17)

Variável	Instituição A		Instituição B		p-valor*
	Frequência	Proporção	Frequência	Proporção	
Profissão					
Médica	0	0,0%	4	23,5%	
Enfermeira	0	0,0%	5	29,4%	**0,027**
Psicóloga	5	50,0%	6	35,3%	
Assistente social	5	50,0%	2	11,8%	
Horas trabalhadas semanalmente					
10 a 20 horas	0	0,0%	1	5,9%	
21 a 30 horas	1	10,0%	2	11,8%	**0,016**
30 a 40 horas	9	90,0%	5	29,4%	
40+	0	0,0%	9	52,9%	
Tempo de experiencia profissional					

Variável	Instituição A		Instituição B		p-valor*
	Frequência	Proporção	Frequência	Proporção	
0 - 5 anos	2	20,0%	6	35,3%	0,813
6 - 10 anos	2	20,0%	2	11,8%	
11 - 15 anos	2	20,0%	4	23,5%	
16 - 20 anos	0	0,0%	1	5,9%	
Mais de 20 anos	3	30,0%	4	23,5%	
Tempo trabalhando diretamente no atendimento de vítimas de violência sexual					
0 - 5 anos	6	60,0%	11	64,7%	0,701
6 - 10 anos	2	20,0%	1	5,9%	
11 - 15 anos	1	10,0%	2	11,8%	
Mais de 20 anos	1	10,0%	3	17,6%	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
*: teste qui-quadrado

A comparação entre os dados laborais das instituições A e B estão descritas na Tabela 7. Há diferenças entre as instituições apenas com relação a profissão e horas trabalhadas semanalmente ($p<0,05$). Observa-se que as profissionais da instituição B trabalham uma quantidade maior de horas semanais que as profissionais da instituição A

Nas Tabelas 8, 9, 10 e 11 (APÊNDICE A) há a comparação entre as escalas QUESI, ProQOL, ISSL-R e EBB, respectivamente. Em todos os casos não houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre os grupos, ou seja, as classificações das pontuações das escalas foram semelhantes entre as instituições A e B. Considerando que não houve diferenças estatisticamente significativas, os dados foram analisados de forma integrada e podem ser vistos abaixo.

8.1.2 Resultados das escalas

Tabela 12 - Pontuações da escala PROQOL (n=27)

Item	Min.	Max.	Mediana	M	DP	IC95%
Satisfação por compaixão	30	50	46	44,1	5,34	42,0-46,2
Burnout	15	48	23	23,4	6,68	20,8-26,1
Trauma vicariante	13	49	18	20,6	8,05	17,4-23,7

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
Nota. Min.: Pontuação mínimo; Max.: Pontuação máxima; M: Média; DP: Desvio padrão; IC 95%: Intervalo de confiança a 95%.

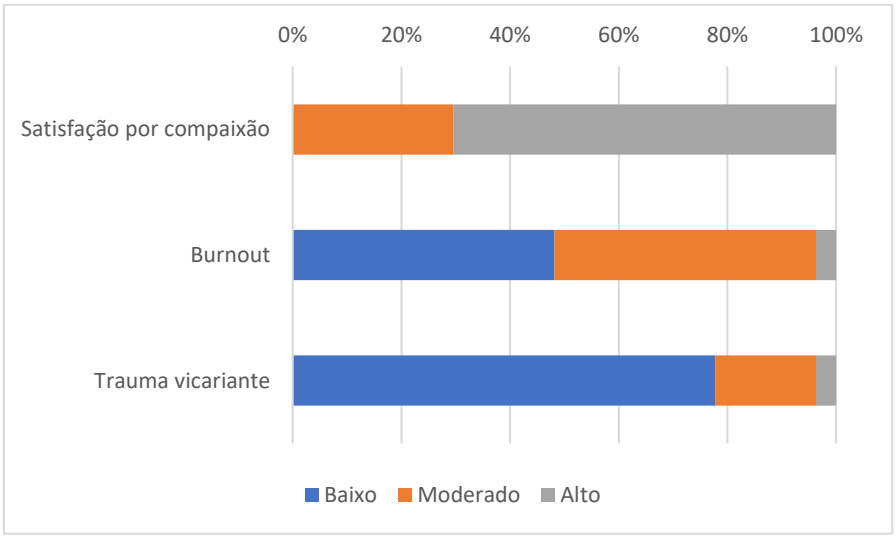
As pontuações das subescalas do ProQOL estão descritas na Tabela 12. Nota-se que a satisfação por compaixão indicou a maior pontuação média, enquanto a trauma vicariante, a menor.

Tabela 13 - Classificações da escala PROQOL (n=27)

Item	Baixo	Moderado	Alto
Satisfação por compaixão	0 (0,0%)	8 (29,6%)	19 (70,4%)
Burnout	13 (48,1%)	13 (48,1%)	1 (3,7%)
Trauma vicariante	21 (77,8%)	5 (18,5%)	1 (3,7%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Gráfico 1 - Classificações da escala PROQOL (n=27)



Fonte: Dados da pesquisa, 2023

A Tabela 13 e o Gráfico 1 mostram as classificações do ProQOL. A maioria das participantes foi classificada como “Alto” em Satisfação por Compaixão e “Baixo” em Trauma vicariante. Houve um número expressivo (51,8%) de participantes com *burnout* classificado como moderado ou alto.

Tabela 14 - Classificação da escala ISSL-R (n=27)

Classificação	n (proporção)
Não qualificáveis	5 (18,5%)
Leves	11 (40,7%)

Classificação	n (proporção)
Moderados	7 (25,9%)
Graves	4 (14,8%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Os sintomas de estresse acessados pela escala ISSL-R foram classificados como "não qualificáveis" ou "leves" para 59,2% das participantes, e como "moderados" ou "graves" para 40,8% (Tabela 14).

Tabela 15 - Classificação da escala EBB (n=27)

Fatores	Classificação	n (proporção)
Exaustão/Frustração Profissional	Baixa	21 (77,8%)
	Média baixa	1 (3,7%)
	Média alta	1 (3,7%)
	Alta	4 (14,8%)
Despersonalização/Distanciamento	Baixa	27 (100,0%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Na Tabela 15 observa-se que a maior parte das participantes (81,1%) foi classificada no fator Exaustão/Frustração Profissional da escala de *burnout* EBB como "Baixa" ou "Média baixa", enquanto 18,9% foram classificadas como "Média alta" ou "Alta". Com relação ao fator Despersonalização/Distanciamento, todas as participantes foram classificadas como "Baixa".

Tabela 16 - Pontuações da escala QUESI e suas respectivas subescalas (n=27)

Item	Min.	Max.	Mediana	M	DP	IC95%
Abuso sexual	5	15	5	6,3	2,52	5,3-7,3
Abuso físico	5	18	5	6,8	3,29	5,5-8,1
Abuso emocional	5	21	7	9,0	4,45	7,3-10,8
Negligência emocional	5	14	6	7,5	3,06	6,3-8,7
Negligência física	5	24	9	10,2	4,67	8,3-12,0
Total	25	90	32	39,7	15,63	33,5-45,9

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Nota. Min.: Pontuação mínimo; Max.: Pontuação máxima; M: Média; DP: Desvio padrão; IC 95%: Intervalo de confiança a 95%.

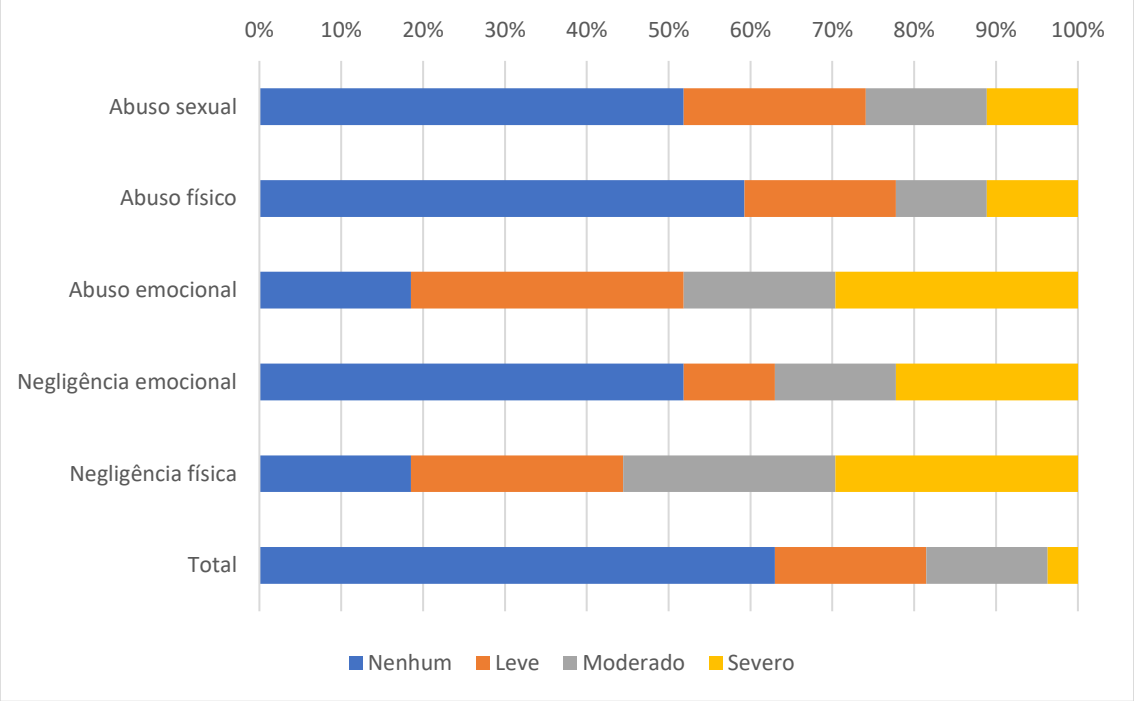
As pontuações da escala e subescalas do QUESI estão demonstradas na Tabela 16. Nota-se que a negligência física mostrou a maior pontuação média, enquanto o abuso sexual, a menor.

Tabela 17 - Classificações da escala QUESI e suas respectivas subescalas (n=27)

Item	Nenhum	Leve	Moderado	Severo
Abuso sexual	14 (51,9%)	6 (22,2%)	4 (14,8%)	3 (11,1%)
Abuso físico	16 (59,3%)	5 (18,5%)	3 (11,1%)	3 (11,1%)
Abuso emocional	5 (18,5%)	9 (33,3%)	5 (18,5%)	8 (29,6%)
Negligência emocional	14 (51,9%)	3 (11,1%)	4 (14,8%)	6 (22,2%)
Negligência física	5 (18,5%)	7 (25,9%)	7 (25,9%)	8 (29,6%)
Total	17 (63,0%)	5 (18,5%)	4 (14,8%)	1 (3,7%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Gráfico 2 - Classificações da escala QUESI e suas respectivas subescalas (n=27)



Fonte: Dados da pesquisa, 2023

A Tabela 17 e o Gráfico 2 mostram as classificações do QUESI. Observa-se que a maioria das participantes teve pontuação classificada como “Nenhum” ou “Leve” na

pontuação total e nas subescalas, com exceção da “Negligência física” que teve 55,5% das participantes com classificação “Moderado” ou “Severo”.

Tabela 18 - Pontuações da escala QUESI – itens de minimização/negação (n=27)

Pontuação	n (proporção)
0	18 (66,7%)
1	7 (25,9%)
2	2 (7,4%)
3	0 (0,0%)

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Os três itens adicionais do QUESI que compõem a subescala minimização/negação estão descritos na Tabela 18. Observa-se que 92,6% das participantes pontuaram até um, o que pode indicar uma baixa incidência de respostas socialmente desejáveis ou traumas falso-negativos.

Durante a pesquisa foi levantada a questão se as psicólogas estariam mais vulneráveis ao trauma vicariante e *burnout*, visto que compõem a categoria de profissionais que promovem a escuta mais direta e detalhada às vítimas de violência sexual. Por isso, nas Tabelas 19, 20, 21 e 22 há a comparação entre psicólogas e demais profissões das escalas QUESI, ProQOL, ISSL-R e EBB, respectivamente.

Tabela 19 - Classificações da escala QUESI e suas respectivas subescalas – comparação entre psicólogas (n=11) e demais profissões (n=16)

Item	Profissão	Nenhum	Leve	Moderado	Severo	p-valor*
Abuso sexual	Psicóloga	6 (54,5%)	2 (18,2%)	0 (0,0%)	3 (27,3%)	0,064
	Outras	8 (50,0%)	4 (25,0%)	4 (25,0%)	0 (0,0%)	
Abuso físico	Psicóloga	7 (63,6%)	1 (9,1%)	0 (0,0%)	3 (27,3%)	0,061
	Outras	9 (56,3%)	4 (25,0%)	3 (18,8%)	0 (0,0%)	
Abuso emocional	Psicóloga	3 (27,3%)	3 (27,3%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)	0,542
	Outras	2 (12,5%)	6 (37,5%)	4 (25,0%)	4 (25,0%)	
Negligência emocional	Psicóloga	5 (45,5%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)	3 (27,3%)	0,658
	Outras	9 (56,3%)	1 (6,3%)	3 (18,8%)	3 (18,8%)	
Negligência física	Psicóloga	2 (18,2%)	2 (18,2%)	3 (27,3%)	4 (36,4%)	0,867
	Outras	3 (18,8%)	5 (31,3%)	4 (25,0%)	4 (25,0%)	

Item	Profissão	Nenhum	Leve	Moderado	Severo	p-valor*
Total	Psicóloga	7 (63,6%)	2 (18,2%)	2 (18,2%)	0 (0,0%)	0,842
	Outras	10 (62,5%)	3 (18,8%)	2 (12,5%)	1 (6,3%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
*: teste qui-quadrado

Tabela 20 - Classificações da escala ProQOL - comparação entre psicólogas (n=11) e demais profissões (n=16)

Item	Profissão	Baixo	Moderado	Alto	p-valor
Satisfação por compaixão	Psicóloga	0 (0,0%)	4 (36,4%)	7 (63,6%)	0,675**
	Outras	0 (0,0%)	4 (25,0%)	12 (75,0%)	
Burnout	Psicóloga	5 (45,5%)	6 (54,5%)	0 (0,0%)	0,646*
	Outras	8 (50,0%)	7 (43,8%)	1 (6,2%)	
Trauma vicariante	Psicóloga	9 (81,6%)	2 (18,2%)	0 (0,0%)	0,695*
	Outras	12 (75,0%)	3 (18,8%)	1 (6,2%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
*: teste qui-quadrado
**: teste exato de Fisher

Tabela 21 - Classificação da escala ISSL-R - comparação entre psicólogas (n=11) e demais profissões (n=16)

Classificação	Profissão	n (proporção)	p-valor
Não qualificáveis	Psicóloga	2 (18,2%)	0,482*
	Outras	3 (18,8%)	
Leves	Psicóloga	4 (36,4%)	
	Outras	7 (43,8%)	
Moderados	Psicóloga	2 (18,2%)	
	Outras	5 (31,3%)	
Graves	Psicóloga	3 (27,3%)	
	Outras	1 (6,2%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
* teste qui-quadrado

Tabela 22 - Classificação da escala EBB - comparação entre psicólogas (n=11) e demais profissões (n=16)

Fatores	Classificação	Profissão	n (proporção)	p-valor
Exaustão /Frustração Profissional	Baixa	Psicóloga	9 (81,8%)	0,459*
		Outras	12 (75,0%)	
	Média baixa	Psicóloga	1 (9,1%)	

Fatores	Classificação	Profissão	n (proporção)	p-valor
		Outras	0 (0,0%)	
	Média alta	Psicóloga	0 (0,0%)	
		Outras	1 (6,3%)	
	Alta	Psicóloga	1 (9,1%)	
		Outras	3 (18,8%)	
Despersonalização /Distanciamento	Baixa	Psicóloga	11 (100,0%)	0,999**
		Outras	16 (100,0%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
*: teste qui-quadrado
**: teste exato de Fisher

Em todos os casos não houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre os grupos, ou seja, as classificações das pontuações das escalas foram semelhantes entre psicólogas e demais profissões.

Tabela 23 - Correlações de Spearman estatisticamente significativas entre as escalas utilizadas na pesquisa (n=27)

Escala 1	Escala 2	ρ	Interpretação
ProQoL SC	EBB EP	-0,588	Moderado
ProQoL SC	EBB DE	-0,704	Forte
ProQoL BN	EBB EP	0,523	Moderado
ProQoL BN	EBB DE	0,419	Moderado
ProQoL TV	EBB EP	0,647	Moderado
ProQoL TV	EBB DE	0,494	Moderado

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
Nota. ProQoL: *Professional Quality of Life*; SC: Satisfação por Compaixão; BN: Burnout; TV: Trauma Vicariante; EBB: Escala Brasileira de Burnout; EP: Exaustão /Frustração Profissional; DE: Despersonalização /Distanciamento.

Foram analisadas as correlações bivariadas entre as pontuações numéricas das escalas utilizadas na pesquisa (Tabela 23). As correlações com sinal negativo indicam que as variáveis variam em sentido oposto; por outro lado, as correlações com sinal positivo indicam que as variáveis variam no mesmo sentido. Por exemplo, verifica-se que a satisfação por compaixão influenciou de maneira moderada/forte e negativa a Exaustão /Frustração Profissional e a Despersonalização /Distanciamento. Isso pode significar que quanto menor a Satisfação por Compaixão, maior a tendência de pontuação mais elevada na Exaustão/Frustação Profissional e na Despersonalização. Outro exemplo: o *burnout* se correlacionou de maneira moderada e positiva com a Exaustão /Frustração Profissional e

a Despersonalização /Distanciamento. Isso pode significar que quanto maior os índices de *burnout*, maior a tendência de pontuação mais elevada na Exaustão/Frustação Profissional e na Despersonalização.

Tabela 24 - Valores p do teste qui-quadrado entre as classificações da escala e subescalas do QUESI por variável sociodemográfica e laboral (n=27)

Variável	Abuso sexual	Abuso físico	Abuso emocional	Negligência emocional	Negligência física	Total
Faixa etária	0,149	0,316	0,659	0,448	0,512	0,842
Estado civil	0,606	0,675	0,618	0,361	0,688	0,745
Escolaridade	0,202	0,178	0,061	0,212	0,094	0,657
Quantidade de filhos	0,472	0,496	0,657	0,461	0,158	0,818
Religião	0,534	0,854	0,571	0,531	0,546	0,752
Profissão	0,566	0,221	0,674	0,744	0,890	0,155
Horas trabalhadas semanalmente	0,803	0,331	0,192	0,291	0,681	0,549
Tempo de experiencia profissional	0,467	0,528	0,227	0,712	0,710	0,199
Tempo trabalhando diretamente no atendimento de vítimas de violência sexual	0,252	0,762	0,725	0,133	0,748	0,598

Fonte: Dados da pesquisa, 2023

Tabela 25 - Valores p do teste qui-quadrado entre as classificações das escalas ProQOL, ISSL e EBB por variável sociodemográfica e laboral (n=27)

Variável	PROQOL SC	PROQOL BN	PROQOL TV	ISSL-R	EBB EP	EBB DE
Faixa etária	0,786	0,309	0,797	0,750	0,354	-
Estado civil	0,828	0,655	0,567	0,773	0,729	-
Escolaridade	0,663	0,954	0,731	0,085	0,324	-
Quantidade de filhos	0,447	0,852	0,916	0,776	0,825	-
Religião	0,669	0,963	0,842	0,711	0,293	-
Profissão	0,396	0,427	0,449	0,258	0,147	-
Horas trabalhadas semanalmente	0,819	0,669	0,774	0,245	0,627	-
Tempo de experiencia profissional	0,569	0,540	0,260	0,098	0,781	-
Tempo trabalhando diretamente no atendimento de vítimas de violência sexual	0,994	0,322	0,093	0,711	0,420	-

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
Nota. ProQoL: *Professional Quality of Life*; SC: Satisfação por Compaixão; BN: Burnout; TV: Trauma Vicariante; ISSL-R: Inventário de Sintomas de Estresse para Adultos de Lipp – R; EBB: Escala Brasileira de Burnout; EP: Exaustão /Frustração Profissional; DE: Despersonalização /Distanciamento.

A comparação entre as classificações das escalas QUESI, ProQOL, ISSL-R e EBB em função das categorias das variáveis sociodemográficas e laborais estão descritas nas Tabelas 24 e 25. Em todos os casos não houve diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$) entre os grupos, ou seja, as classificações das pontuações das escalas não variaram em função de alguma das variáveis sociodemográficas ou laborais. Nota-se na Tabela 20 que não foi possível realizar o teste qui-quadrado no item EBB uma vez que todos os participantes foram classificados como “baixa”.

8.2 Resultados qualitativos

O estudo também se propôs a uma análise qualitativa, buscando promover um espaço acolhedor e ampliando o entendimento sobre as narrativas e saúde mental das profissionais de saúde. Desta forma, todas as participantes foram ouvidas e responderam as oito perguntas propostas pela entrevista. Buscou-se promover a aproximação entre pesquisadora e participantes, garantindo um lugar de fala que possibilitasse o alívio das angústias e um olhar sobre a cuidadora. A pesquisadora, acima de tudo, queria ouvir as mulheres cuidadoras e ter a possibilidade acolhê-las, ainda que momentaneamente.

A pesquisadora deixou o espaço aberto para que as participantes contassem um pouco de suas histórias e trajetórias profissionais. Este momento foi crucial para o andamento de toda a coleta de dados. Pois, foi possível observar que as participantes se sentiram à vontade, eliminando assim o caráter tecnicista do momento. Foram relatadas dores pessoais que, apesar de não se relacionarem diretamente às atividades desempenhadas, podem ter influenciado ou ser influenciadas por elas. Relatos de perda de entes queridos e dificuldades diversas ganharam espaço. Além disso, puderam contar com orgulho sobre a trajetória profissional e a importância do trabalho em suas vidas.

Os dados discursivos, obtidos a partir das entrevistas, foram inicialmente transcritos e posteriormente analisados buscando identificar e agrupar as categorias e temas emergentes, que foram analisados em conjunto a partir das perguntas norteadoras. Vale ressaltar que, para compor cada categoria e tema, foram selecionadas apenas algumas vinhetas dentre as narrativas das 27 participantes do estudo.

Passa-se a detalhar os aspectos e temas abrangidos em cada categoria com vinhetas que ilustram tais aspectos. Em cada vinheta, para identificar a entrevistada, são utilizadas a primeira letra da categoria de profissionais (Psicóloga – P; Assistente Social – AS; Médica – M; Enfermeira – E), acompanhada do número de identificação de cada participante.

No quadro 2, a seguir, é possível conferir a discriminação das categorias e temas.

Quadro 2 - Categorias e temas

CATEGORIAS	PERGUNTA NORTEADORA	TEMAS
Postura profissional	O que o (a) senhor (a) faz para manter sua postura profissional durante o atendimento a vítimas de violência sexual?	**Acolhimento e respeito**
		Uso de técnicas e distanciamento
Impacto na vida pessoal	O senhor (a) permanece pensando nos casos ou nas vítimas após os atendimentos? Qual a influência que seu trabalho exerce sobre sua vida? O senhor (a) acha que seu trabalho afeta sua vida pessoal? Quais são os aspectos positivos e negativos?	**Hipervigilância e estado de alerta**
		Vulnerabilidade, insegurança e medo
		Satisfação e realização pessoal
		Reflexão e aprendizado
Emoções e sentimentos desencadeados	Que emoções ou sentimentos são frequentemente desencadeados durante ou após o atendimento a vítimas de violência sexual?	**Indignação e raiva**
		Piedade e dó

		Tristeza e desesperança
		Impotência
		Satisfação e empatia
Estratégias de enfrentamento	Que estratégias o (a) senhor (a) utiliza para minimizar os impactos do exercício de suas funções?	**Psicoterapia**
		Atividade física
		Atividades de lazer
		Distanciamento
		Reuniões de equipe
Soluções e medidas institucionais	Que possíveis soluções o (a) acha que poderiam ser implementadas para minimizar as dificuldades com as quais se depara?	**Cuidado com o cuidador**
		Capacitação
		Benefícios
		Diminuição da burocratização
Sofrimento e satisfação	Algum caso o (a) marcou de forma especial, gerando sofrimento ou satisfação? Poderia resumir?	**Atendimentos de crianças**

		Identificação pessoal

Fonte: elaborado pela autora, 2023

8.2.1 Análises temáticas

8.2.1.1 Postura profissional

Nesta categoria, foram identificados dois temas: *acolhimento e respeito* e *uso de técnicas e distanciamento*, que correspondem ao modo de agir das profissionais diante do atendimento a vítimas de violência sexual. Ambos os temas estão intimamente relacionados entre si, pois, espera-se de um profissional de saúde posturas que garantam acolhimento, mas também que este profissional consiga utilizar das técnicas necessárias para garantir um bom atendimento. A diferença é que, no primeiro, o foco recai sobre os aspectos relacionais, enquanto que, no segundo, o enfatizado foi o uso de técnicas como uma forma de distanciamento, afirmado por uma participante como um "mecanismo de defesa" (P 06).

A *acolhimento e respeito* revela a humanização do cuidado. Durante as entrevistas, foi possível observar que o sentimento de compaixão, ainda que não tenha sido mencionado exatamente desta forma, marca a execução das atividades das profissionais de saúde, muitas vezes devido a identificação por também serem mulheres ou terem filhos na mesma faixa etária dos pacientes atendidos. Mas, principalmente, preocupam-se em promover um espaço acolhedor, que não leve a retraumatização.

No que tange ao uso de técnicas e distanciamento, as participantes relataram a preocupação com a execução correta de suas atividades e habilidades, utilizando técnicas específicas de cada área como facilitadoras do vínculo. as quais possam garantir autocuidado, evitando assim "entrar na demanda do outro" (P 02), manter a ética e se proteger.

- Acolhimento e respeito

> [...] Ela falou assim pra mim: "nossa, você está me olhando, você está me ouvindo. Eu não tive isso aqui em lugar nenhum. As pessoas só me julgaram, só sabem me atacar, só falaram mal de mim". Então eu tento assim, trabalhar com respeito, comunidade, com ética. Esse é um dos caminhos que eu percebo que tem dado certo. (AS 03)

> Olha, eu uso muito da escuta. Eu procuro não digitar no meio do relato, no meio da consulta. Procuro olhar para a pessoa. O tom de fala. Tento utilizar as palavras mais adequadas para aquela situação. Tento dar o mínimo de conforto para a paciente. Desde a consulta em si, até mesmo física, eu sempre pergunto se está tudo bem para ela, explico o que vai ser feito, a importância daquele exame, daquela coleta de exame físico. Esclareço que, se ela tiver qualquer queixa, se tiver uma dor, é para falar no momento que eu interrompo o procedimento. É isso: tentar acolher de uma forma mais respeitosa, né? (M 03)

- Uso de técnicas e distanciamento

> Com o tempo você se blinda. Não choca mais. Humano é bicho ruim. (M 01)

> A gente tem meio que um protocolo na cabeça. A paciente entra na sala, eu já digo que o ambiente é sigiloso, seguro, que ela pode falar ali. Tenho na minha cabeça mais ou menos um fluxograma. Logicamente que cada paciente é uma paciente. Às vezes fica difícil. Ontem mesmo a gente atendeu uma paciente que tinha um transtornozinho psiquiátrico de base. Não tinha diagnóstico, não tinha acompanhamento, mas tinha algo ali que dificultava a nossa comunicação. E aí, meio que foge do esquema que você tem na sua cabeça e fica mais difícil de você conseguir controlar a situação, mas acho que a gente meio que tem um fluxogramazinho ali para poder ir conduzindo. (M 04)

> Eu sempre tive uma postura muito distanciada, né? Eu acho que posso contar nos dedos os momentos em que me emocionei ou que foi visível eu ficar emocionada ou mais envolvida em alguma situação, né? Isso é uma coisa, inclusive, que eu acho muito interessante, porque eu não sei como surgiu esse mecanismo de defesa. Nunca tinha parado nem para pensar nisso, mas de uns tempos para cá, de uns anos para cá, é tema de terapia. Inclusive, é isso que que, na verdade me faz ficar. É conseguir manter um distanciamento de. das vítimas, das pessoas que eu atendo. (P 06)

> Eu tento manter um enquadre bem definido. Eu explico um pouco do método, dos objetivos, do tratamento. Faço as anamneses bem feitas para que esteja bem amarrado com esses pais e com essa criança. [...] Então, acho que eu tento fazer uma coisa bem amarrada para eles estarem inseridos aqui, cientes, né? (P 07)

8.2.1.2 Impacto na vida pessoal

Quando consultadas sobre o impacto na vida pessoal, o tema mais emergente foi *hipervigilância e estado de alerta*. Contudo, sensações de *vulnerabilidade, insegurança e medo* também vieram à tona.

- Hipervigilância e estado de alerta

> Desde que eu entrei aqui, eu percebi que eu estou um pouco mais hipervigilante mesmo, sabe? São histórias muito comuns, não é? Histórias de aplicativo, histórias de pessoas na balada. Hoje em dia eu sou muito mais ligada. Quando saio com as minhas amigas, por exemplo, o tempo inteiro fico com meu copo na mão. Se eu estou tomando alguma coisa, eu não

> largo. Eu vou no banheiro, volto, mas sempre lembrando disso, né? Muito mais hipervigilante, muito mais cuidadosa. Tem coisas que eu deixei de fazer. Como, por exemplo, pegar Uber de madrugada. É uma coisa que eu hoje em dia eu já procuro não fazer mais, né? Eu tento não ficar assistindo o jornal. [...] É cansativo, porque, às vezes, eu só queria ir para uma balada, descansar. (P 10)

> E eu acho que é isso: você fica mais alerta. Quando você vê uma situação, sabe se é ruim. Quando você vê uma criança sentada no colo de um adulto, criança brincando muito sozinha. E a gente já recebeu casos de condomínio. As pessoas acham que dentro do condomínio está livre, que é seguro porque tem câmera, entendeu? E não é assim. E aí, depois que eu recebi um caso de condomínio, eu fiquei muito alerta. Isso não é bom porque você fica muito assim, né? Isso não é bom. Acho que eu tento não ficar assim, mas acontece. Depois que comecei os atendimentos, eu acho que deu um negócio assim, um alerta para tudo. (AS 01)

- Vulnerabilidade, insegurança e medo

> Minha filha tem três anos, então qualquer queixa que é referente a gente já fica ligado, por conta das coisas que a gente já vê aqui. Mas a gente tenta, eu pelo menos tento deletar o máximo porque senão eu não vou viver. Eu vim de outro estado, não sabia o quanto que a mulher era violentada todos os dias. Teve um dia que já pegou, numa manhã, 14 pacientes. (E 02)

> É, a gente fazia uma ideia, mas uma ideia muito vaga do que era. Tantos locais que acontece, da forma como acontece. Então, isso afetou um pouco a minha vida. Eu mudei um pouco a minha rotina. Eu tinha medo de sair à noite, sair sozinha, dirigir, parar no farol... Então, eu tive um pouco de estresse pós-traumático. Eu me assustava quando alguém se aproximava. Era uma coisa assim. Eu vivenciei uma série de sintomas por entrar em contato com esse assunto. (P 09)

> Nas primeiras semanas, eu comecei a ter medo de sair sozinha na rua, de andar com o cachorro no quarteirão, de pegar o Uber sozinha, de andar de táxi. A gente começa a ficar com as histórias muito vivas e presentes. Tive medo de acontecer e ser vítima também. Porque não tem um padrão, né? São pessoas variadas, de idades variadas, das mais diversas condições, ambientes. Então assim, todo mundo tá sujeito. Dá medo por conta disso, né? (M 02)

- Satisfação e realização pessoal

> Eu me sinto muito feliz quando eu consigo ajudar essas mulheres. A romper um ciclo de violência ou sair de uma situação traumatizante. Eu começo a enxergar enquanto mulher e pensar possibilidades, porque a gente sempre pensa no fim, com ela sempre feliz. É isso que a gente sonha. Vem dos livros. Não é exatamente o príncipe encantado e o cavalo, porque, às vezes, não vai acontecer, mas só dela conseguir ter um espaço de fala, de escuta, já possibilita que ela pense sobre. (AS 06)

> Eu vou falar uma coisa que parece bem clichê, mas as pessoas que me acompanharam no decorrer da minha formação, minha família... As pessoas sabem que eu escolhi essa profissão foi por amor mesmo. [...]
> Eu sou muito realizada por ter conseguido a minha formação.
> E hoje estar aqui, para mim, é uma realização também, porque eu penso que hoje, como a gente fala tanto no direito das mulheres, no respeito às mulheres,

> para mim é muito, muito recompensador estar nessa instituição, trabalhando com as mulheres. Então, eu sou muito realizada. Eu acho que é 80% responsável pela minha satisfação pessoal. (P 11)

- Reflexão e aprendizado

> Desde quando eu comecei na enfermagem eu comecei a ver a minha vida diferente, sabe? Porque a gente vê a dor do outro, o sofrimento do outro, o que a gente deve valorizar mais na nossa vida. Às vezes a gente está reclamando de uma coisa bem menor, enquanto tem gente aqui que está em um grande sofrimento. (E 01)

> Em muitas situações, me ajudou a refletir. Uma posição, muitas vezes, muito sutil de abuso em que eu própria me colocava. Então, trabalhar com violência sexual também me fez refletir a minha posição em relação aos homens, aos meus relacionamentos, né? Que era muito sutil, que eu não percebia. Claro que não nesse nível. Hoje, não me submeto a algumas situações pelas quais eu me submeti. É como eu disse, não nesse nível pelo qual os pacientes passam, mas assim, me ajudou a perceber muita coisa da minha postura e também em relação ao julgamento que eu tinha em relação ao que eu fazia ideia das mulheres. Então tinha muito preconceito, me ajudou a considerar esses preconceitos. (P 09)

8.2.1.3 Emoções e sentimentos desencadeados

Dos fatores relacionados às emoções e sentimentos desencadeados durante ou após o atendimento a vítimas de violência sexual, vieram à tona através das entrevistas, os temas *indignação e raiva*, *piedade e dó*, *tristeza e desesperança*, *impotência* e *satisfação e empatia*. Apesar de terem sido descritos separadamente, muitas profissionais relataram a manifestação de tais emoções e sentimentos de forma conjunta. Ou seja, na medida que sente tristeza e desesperança, também sente satisfação e empatia. Em geral, sentimentos como indignação e raiva são despertados em relação ao agressor, ao passo que impotência, piedade, dó e empatia se relacionam à vítima.

- Indignação e raiva

> Quando chega casos em que a situação é muito agravante. Quer dizer, pra mim, todos os casos aqui tem o seu agravante. Alguns têm requinte de crueldade, vamos dizer assim. Todos são agravantes e acho que todos mexem comigo de alguma maneira, porque se não mexesse, eu não atuaria nele. Eu acho que eu vou por aí... mexe comigo, porque eu já quero resolver. Eu já quero fazer, eu me indigno, mas na frente do paciente eu sempre assumo uma postura de escutar. Ter a calma para fazer a escuta. Alguns casos me causam raiva, eu fico brava com a situação ou com o agressor. Me causa indignação. (AS 04)

> Ah, a gente fica, às vezes, em indignação. É raiva. Eu acho que principalmente, é com medo, raiva, indignação, eu acho. Às vezes repulsa, nojo. Enfim, um pouco de tudo. (E 05)

> Já senti raiva de algumas pessoas. Como que aquele pai pode fazer uma coisa dessas, né? A gente pega caso de uma criança de um mês que o pai abusou sexualmente. Um mês! Ele estava no uso de drogas, usou cocaína e estuprou. Ele abriu a vagina, o ânus da criança. E aí ele foragiu, fugiu. (AS 06)

- Piedade e dó

> Acho que é mais a pena daquela pessoa. A gente não deve ter pena de ninguém, mas é de perceber as desigualdades do mundo, de perceber o quanto essas mulheres são vulneráveis. (P 08)

> Tem umas que eu sinto dó. É uma coisa complicada, não sei, mas eu fico tocada. Eu fico com dó, com pesar, entendeu? Seria de solidariedade, digamos assim. E tento acolher aquela pessoa, dar o melhor que eu posso. De acolher mesmo, né? (P 04)

> Eu acho que então é pena. Eu não sei se é de dó, sabe? Tem crianças que dá vontade de pegar e levar para casa. (E 02)

- Tristeza e desesperança

> Tristeza, pena, compaixão e raiva. Raiva, descrença, decepção do ser humano. Tem umas histórias que você fala: como é que pode? Tem muita gente ruim. (M 01)

> Ah, primeiro, acho que é uma tristeza de ver crianças assim, muito isoladas, muito comprometidas, muito tristes, esvaziadas, com ideações suicidas. Então tem uma tristeza que me gera. E depois, quando eu vou cair a ficha, um pouco do que aconteceu, então vem o sentimento de impotência. Como repara isso, né? Mas vou tentar fazer alguma coisa. Isso também me motiva no sentido de que eu preciso ali conduzir um bom trabalho para que esse vínculo salve de alguma forma também essas crianças, né? Elas depositam na gente expectativas. Então é um misto de esperança, mas também incredulidade. A gente escuta e pensa: como é possível alguém fazer isso? Porque é que alguém faria isso? Mas geralmente são sentimentos angustiantes. Tristeza e incredulidade. Às vezes uma revolta. E uma esperança de poder transformar de alguma forma com o meu trabalho. (P 07)

- Impotência

> Impotência. Até brinco com a minha chefe... tem situações que eu, cara, preciso de 10 minutos. Vou ali tomar minha coquinha. Ficar comigo mesmo para colocar as ideias em ordem, porque é muito pesado, não é? É uma violação. É muito difícil. (P 10)

> Por já ter uma experiência muito longa, consigo conter mais as minhas emoções, né? Mas a emoção principal que eu percebo, que é o centro, é o sentimento de impotência. E de realmente você não poder talvez acolher, falar, abraçar. [...] É um sentimento assim, de dores mesmo. É um sentimento assim. (E 04)

- Satisfação e empatia

> É olhando esse viés de que ela chegou aqui e ela tem um ciclo de violência interrompido, né? Eu olho para esse lado. Se ela está aqui é porque foi descoberto. Falo: que bom que você está aqui, porque se você está aqui é porque está interrompido, não é? E se e se tiver algo ainda no meio, a partir daquele momento existe olhares para aquilo, não é? (AS 02)
>
> Empatia. Acho que é empatia a maior parte das vezes. (E 03)

8.2.1.4 Estratégias de enfrentamento

Buscando ir ao encontro de um dos objetivos deste trabalho, perguntamos sobre as estratégias utilizadas para minimizar os impactos do exercício das funções. Entre as estratégias elencadas, *psicoterapia* esteve em destaque, acompanhada de *atividades físicas* e diversificadas *atividades de lazer*. Todavia, algumas participantes também mencionaram que buscam um *distanciamento* dos casos a fim de garantir autocuidado. Além disso, foi também mencionado que as *reuniões de equipe*, por vezes, também contribuem como uma forma de enfrentamento. Porém, tais colocações, em muitos momentos, vieram acompanhadas de queixas relacionadas a falta de incentivo e cuidado institucional, como pode ser observado na próxima categoria descrita.

As estratégias utilizadas pelas profissionais são fundamentais para manter o bem-estar biopsicossocial. Contudo, não sobrepõem a necessidade do olhar social e institucional para saúde e qualidade de vida do cuidador.

- Psicoterapia

> A terapia que me ajudou, porque antes eu ia com os casos para casa. Eu continuava trabalhando em casa, porque não dava conta de terminar o trabalho aqui. E aí, a terapia foi me ajudando a sair. Então, hoje vou me desligando, eu não tenho mais casos em casa. Então, foi um processo de ajuda da terapia mesmo. Ele falava (o terapeuta): "Você não vai dar conta! Até onde você acha que você vai desse jeito?" (P 02)
>
> Então, eu faço terapia, né? Eu faço terapia em psicólogo e ajuda bastante, até porque eu sou uma pessoa muito ansiosa, né? Então eu já estava vendo necessidade de fazer terapia há um tempo. (E 01)

- Atividade física

> Eu percebo que que a atividade física é uma das coisas mais importantes que eu posso fazer por mim. [...] Então, a atividade física é uma estratégia, né? Um autocuidado. E além de conversar com outros profissionais. Não, não tinha alguma outra psico para me ajudar lá, mas tem as outras psicólogas da rede. Então, por falta de apoio da prefeitura, vamos nos apoiando. Mas sempre a gente vai se virando, né? (P 01)

> Faço pilates. Já fiz acupuntura. Tem me ajudado bastante. E natação. Tenho tentando fazer massagem de 15 em 15 dias. Então eu procuro fazer outras coisas. Hoje eu falo: parece que eu desliguei a chavinha. Até janeiro eu tinha uma outra realidade de vida. Eu ficava completamente 100% no trabalho. É como se tivesse uma necessidade, uma resposta para todas as demandas que aparecessem. Eu tinha que dar respostas para tudo. Hoje faço outras coisas, como atividade física. E me ajuda. (AS 03)

- Atividades de lazer

> Tocar, meditar. Pra mim, meditação é o tempo todo. Eu penso em meditação o tempo todo. Então eu chego muito cedo para dedicar, pelo menos 20 minutos, de meditação antes de iniciar o trabalho. Isto tem me dado muito equilíbrio e eu medito desde criança. Isso pra mim é um alimento. E os amigos... Eu sou uma pessoa de muitos amigos. Gosto muito de sentar e conversar. Já chego no bairro e já começo a conversar com os colegas. Eu tenho a minha militância, que eu acho que é onde eu também dou vazão a muitas frustrações. (AS 04)

> O cinema e meu clube, que é um lugar maravilhoso. Isso me faz muito bem! Mas nem sempre dá tempo. Acho que tem uma coisa, Daiana... não sei se você acredita em Deus, se você também tem alguma religião. Eu coloquei aqui que eu sou católica porque eu não sabia se eu colocava católica ou espírita. Mas eu acho que tem uma coisa maior que me faz conseguir. (P 08)

- Distanciamento

> Bom, eu tento não me envolver pessoalmente no problema da pessoa. Procuro não saber o problema. Eu penso que eu estou ali para prestar o atendimento x, então eu não preciso saber do y, a não ser que eu realmente precise. (E 05)

> Não sei, acho que é o que eu falei, eu não penso. Quando tem algo assim, eu não reflito muito sobre não, não penso muito naquilo. (M 04)

> Acho que não tenho estratégia nenhuma. Sempre escuta falar: quem trabalha em pronto socorro é mais frio. Eu acho que é não levar para casa essa bagagem que não me pertence, não é? Eu estou aqui fazendo um papel e ponto. No serviço se tenta fazer o melhor, né? Dar o melhor, colher, tenta resolver. Cada quadrado no seu quadrado. É não deixar isso entrar em você e você levar para sua casa, para o resto da sua semana ou para o resto da sua vida. Eu nunca fiz terapia por conta do trabalho. (M 01)

- Reuniões de equipe

> Bom, eu procuro não ficar só focada aqui dentro. O que posso participar fora de formação, eu faço, para não ficar só presa aqui dentro, atendendo, atendendo, atendendo. Eu falo muito com os serviços. É isso. Eu me protejo dessa forma. É contando com a rede mesmo. (AS 02)

> A gente tem reuniões semanais que começaram a acontecer de uns tempos para cá. Não foi desde o início. Vamos dizer que faz uns dois meses para cá. A gente levanta algumas pautas, traz algumas dúvidas, levanta alguns casos, né? E aí tem sido uma forma mais sistemática da gente organizar isso. Estão presentes não só a psicologia, mas o serviço social. Discutimos como a gente amarra o fluxo mais burocrático da instituição. (P 07)

8.2.1.5 Soluções e medidas institucionais

Esta categoria contempla as possíveis soluções que poderiam ser implementadas para minimizar as dificuldades com as quais as profissionais se deparam. Dentre elas, são apontadas o *cuidado com o cuidador*; promoção de *capacitação* profissional, que envolve a oferta de cursos e supervisões; melhores *benefícios*, como aumento salarial, associado a diminuição da carga horária e aumento do número de profissionais. Além disso, muitas profissionais mencionaram o excesso de *burocracia* como um impedimento a melhor execução das atividades, ocasionando estresse e cansaço. As burocracias também se aplicam ao trabalho em rede, o qual, muitas vezes, é moroso e retraumatizante, despertando sentimentos de desesperança, tristeza e impotência, como mencionado acima.

- Cuidado com o cuidador

> Eu acho que todo mundo que trabalha no atendimento à vítima de violência tinha que ter um acompanhamento monitorado, com profissionais. Acho que isso era fundamental, porque passa despercebido, por exemplo, um adoecimento. E adoece. Você não vê. Quando você vê, você já está com uma infeção na garganta, uma pedra nos rins. Você vai percebendo os colegas que tem uma doença aqui, uma doença ali. A maioria de nós está assim. (AS 04)

> Seria muito importante cuidar de quem cuida, não é? Que não fossem nós mesmos. Nós, psicólogos, cuidamos uns dos outros. Mas acho super importante sermos cuidados e acho que a gente ainda não começou aqui. (P 10)

- Capacitação

> Existe essa coisa mesmo de misturar (as histórias) e, de repente o atendimento acaba saindo enviesado porque ou você está nesse lugar do estresse ou da identificação. As pessoas têm que estar, têm que ter um mínimo de autoconhecimento para poder fazer esse trabalho. Capacitação acho essencial. Cursos, capacitação, conhecimento sobre aquilo que a gente faz, eu acho que é ideal. Todas as outras coisas, né? É, sei lá. Além disso, também programas que pudessem trabalhar com essa questão tanto do machismo quanto da violência de gênero, eu acho que seria ideal. (P 06)

> Eu acho que uma das situações que eu sinto bastante falta é dessa articulação mais próxima dos serviços. Buscar tentar falar do tema, criar estratégias de intervenção, capacitar os profissionais. A gente tem uma capacitação no município, mas ainda acho que não atende as pessoas. [...] Eu acho que cada um está preocupado mais é em se defender do que aprender, né? (AS 03)

- Benefícios

> A gente precisa ter bons salários para poder pagar as contas com dignidade, porque as pessoas precisam ter uma remuneração. Então acho que a gente precisa também ser mais remunerado de acordo, porque eu vejo que no Brasil quem é bem remunerado e ainda reclama é médico, né? Agora outras categorias informais, serviço social, psicologia não são bem remunerados. A gente tem que falar disso também, né? E como que você lida com vítimas com situações tão difíceis e você também está numa situação de vitimização, né? Não ter condições, às vezes, de tomar um suco com a amiga porque o seu salário mal dá pra pagar o aluguel. (AS 06)

> Então maior número de profissionais. Isso daí, eu acho que era bem importante. Então um maior número de profissionais e supervisão. Acho que quinzenal, pelo menos. Só para violência sexual. Não é a supervisão que eles davam estendida para os outros funcionários dos outros serviços. Aumentar o nosso salário, que é muito pequenininho. [...] A gente ganha muito pouco. Então a gente não tem esse benefício financeiro, né, que talvez ajudasse a gente a enfrentar melhor a sobrecarga, né? E a falta de espaço. Aqui não tem nada, né? Você tem que sair com o paciente a tira colo e ficar procurando sala para atender. Então a gente não tem muitos recursos em uma cidade rica. (P 01)

- Diminuição da burocratização

> Ah, eu acho que tem esses problemas gravíssimos que a gente tem, né? E aí a gente teve no ambulatório crianças que relatam, verbalizam exatamente os fatos e que o Ministério Público fala em alienação parental. Aí, começa a entrar em outras instâncias e a criança continua sendo exposta. A violência, mais retirada do lar, que também é violento, né? Porque quem deveria sair não sai, quem sai é a criança que foi violentada. (AS 06)

> Acho que precisa diminuir a questão burocrática, porque aqui a gente tem muitas dificuldades, justamente por ser diversas empresas trabalhando no mesmo lugar. Então a gente tem dificuldades em relação à burocracia mesmo. Tudo pelo sistema eletrônico ou se fosse tudo a mesma empresa. Então, acho que a diminuição da burocratização seria uma facilidade para nós. (E 05)

> O trabalho pra mim é tão tranquilo, o que me incomoda, por exemplo, é essa parte burocrática. Tem que preencher papel, relatórios. Ah, uma coisa que é muito estressante é lidar com o judiciário. [...] É estressante, tem que sair, ficar em reunião e eu não gosto. O que eu gosto é de atender. Eu detesto ter que ficar indo em reunião. Tenho 30 anos de profissão. Fiz agora em maio 27 anos. Eu gosto de atender. Então, o que me ajudaria? Acho que é menos reunião. (P 04)

8.2.1.6 Sofrimento e satisfação

Esta categoria foi dividida em dois temas: *atendimentos de crianças* e *identificação pessoal*. Tal categoria originou-se da pergunta: ‘Algum caso o (a) marcou de forma especial, gerando sofrimento ou satisfação? Poderia resumir’. Foi possível observar que a maior parte dos casos relatados se referiam a crianças ou a alguma identificação por parte da profissional.

- Atendimentos de crianças

> O caso que me impactou foi de duas crianças, irmãos. O padrasto esperava a mãe sair e vestia uma peruca nas crianças, né? Os dois meninos colocavam vestido. E aquilo, assim... A gente atendia a família e aquilo foi tão cruel com as crianças. Isso me impactou muito, porque as crianças falaram pra mim. Esse (caso) não trouxe nem na rede, nem fez nada. Só foi notificado porque os meninos sofreram uma dilaceração no intestino. Isso pra mim assim foi muito marcante, foi no fundo da minha alma. (AS 03)

> A mãe tinha 35 anos, estava grávida de 35 semanas, e a filhinha sete anos. Ela estava levando para escola ali no bairro e foi abordada por um cara que empurrou num terreno no meio de um prédio em construção e estuprou a menina e a mãe. Assim, todo mundo ficou meio abalado porque a menina chegou completamente zuada, né? Meio em choque mesmo. E a mãe, uma graça! A menininha era assim, de cortar o coração. De você chegar no quarto e parecer uma Branca de Neve, magrinha, tinha sete, mas com um corpinho de cinco. E a mãe grávida, né? Quase parindo e estuprada. Esses casos que mobiliza até o (nome da instituição) inteiro, porque se mexe com criança, a gente fica mexido. (M 01)

- Identificação pessoal

> Teve um caso que me vem à mente agora que eu realmente fiquei impactada, porque era uma criança de menos de dois anos. Era uma criança que, portanto, não conseguia falar, se expressar. Falava algumas poucas palavras, tipo mamãe, papai, mas não sabia contar uma história. E era um casal que chegou muito nervoso com a criança no colo. Vieram trazidos de um hospital. E vieram, inclusive, trazidos pela polícia, porque levaram a criança, a filha, para passar em atendimento, porque, segundo eles, ela estava com uma história de febre, diarreia. Enfim, um quadro de infecção, né? Aparentemente uma virose. E levaram a criança para hospital, e lá colheram alguns exames de sangue e urina. Só que na urina - inclusive, eles vieram com o relatório impresso, a foto da lâmina impressa na urina da criança - vieram espermatozoides. E aí, a criança não falava. E o pai falando que isso tudo era armação, que estava indignado, que era problema do laboratório, que trocaram o material, que isso era impossível, que a criança só ficava em casa com eles e que não tinha outra pessoa, que isso não podia estar acontecendo e que a gente estava acusando ele. Eu falei: "Ninguém está acusando ninguém". É um atendimento que eu lembro que foi, sei lá, uma hora e meia de atendimento até conseguir acalmar, até conseguirem começar a contar o que estava acontecendo e toda a situação. E eu fiquei realmente intrigada, né? A gente tinha ali dados, tinha uma foto de uma lâmina, urina com espermatozoide de uma criança de dois anos. Então, como se explica, né? Eu lembro que esse caso eu fiquei muito mexida. Eu sou mãe, tenho filhos pequenos e aí isso eu lembro até hoje, sabe? (M 02)

> Antes eu ficava lendo as histórias. Hoje eu não leio mais, o evito, até porque que aquilo fica. Eu tenho uma filha pequena, né? Então a gente fica muito traumatizada com as histórias e assim, às vezes a gente leva tempo (para superar), por conta das queixas que vem frequente e às vezes são as mesmas queixas, só que muda o autor. É o padrasto, avô, vizinho. (E 02)

Para fins de análise, além das categorias e temas anteriormente descritos, foram separados relatos considerados impactantes e que levantam temas importantes como o trauma intergeracional e o estresse. Ademais, o relato do desencadeamento de sintomas

físicos, descrito por uma das participantes também é digno de nota, principalmente considerando que tal participante apresentou alto nível de exaustão.

> Dos casos que mais me faz pensar são as muitas mães que também passaram por abuso quando criança. Trazem as filhas que foram abusadas e carregam aquele sentimento de culpa enorme. Dizem: "Porque eu passei por isso e não prestei atenção". Acontece isso muito, né? E, quando a gente racionaliza, a gente fica pensando, de fato, né? Ela passou por abuso e ela não pensou que a filha pudesse passar. Mas na hora a gente pensa que qualquer pessoa está sujeita. Por mais que se proteja, a gente sabe que não dá para se proteger o tempo todo, não é? E os abusadores a gente sabe que eles estão em todos os lugares. Não tem como você prevenir 100%. Esses são os casos que eu mais me pego refletindo, conversando, trocando com as colegas da equipe. (P 11)

> Eu pedi transferência achando que era só por conta da distância (de casa ao trabalho), né? Só que depois que eu percebi que eu estava me estressando bastante. Eu coloquei como se fosse a distância, mas depois eu percebi que não, não estava sendo afetado só pela distância. Eu estava sendo afetada pela própria violência em si, né? E também pela sobrecarga de trabalho, de sozinha ter que atender 22 ou 23 (pacientes). (P 01)

> Eu fico tensa. Fico toda rígida, especialmente no tronco e pescoço. Às vezes, eu fico com muita dor de cabeça. Muita dor de cabeça na hora da discussão (de caso). Na hora do caso, hipótese, muita dor de cabeça. Eu sinto muito frio também. Não sei se é o ar da sala, mas pela tensão. Eu sinto dor de cabeça, sinto frio em alguns casos bem complicados, que eu sei que a paciente está reativa por algum motivo. Eu percebo que eu posso até tremer. (M 03)

Por fim:

> Quem cala adoece. É igual quando você põe uma comida na geladeira tampada: uma semana ela começa a cheirar; duas semanas, ela já começa a putrificar; na terceira, ela está explodindo. Então acho que é a mesma coisa quando a gente cala. Então, aquilo vai trazer aquela dor, aquela dor na garganta e daqui a pouco você está explodindo. E aí, vai ficando agressiva, entrando no sofrimento. Então, acho que o diálogo é sempre o melhor caminho. Ah, e também um abraço. Eu acho que gosto de relações afetivas assim, sabe? Que você se sinta cuidado. (AS 06)

A seguir, iremos analisar os resultados qualitativos e quantitativos a partir de uma discussão integradora, relacionando-os com os achados da literatura, as categorias propostas e os pontos teóricos descritos em capítulos anteriores.

9 DISCUSSÃO

Este trabalho foi gestado a partir da constatação do aumento do número de casos de estupros no Brasil, principalmente após a pandemia pela COVID-19 (FBSP, 2022). É inegável que se trata de um problema de saúde pública que desperta sentimentos variados em toda a sociedade e, por este motivo, esta temática vem sendo cada vez mais abordada, gerando debates de promoção e cuidado com a saúde das vítimas.

Ainda que reafirmemos a importância do cuidado com a vítima, o eixo deste trabalho recai sobre o cuidador. Pois, o atendimento de pessoas traumatizadas pode ser uma fonte de sofrimento para o profissional que exerce essa função (ELZIRIK *et al.* 2006). A pergunta que norteou intrinsicamente a pesquisa foi: como está o cuidador? Sendo assim, considerando os tipos de trauma e sabendo que o profissional de saúde que trabalha diretamente com pessoas traumatizadas pode apresentar trauma vicariante e/ou *burnout*, a verificação destes fatores em uma amostra específica se tornou nosso objetivo principal, cujos resultados foram apresentados no capítulo anterior.

A amostra deste estudo contou com 27 profissionais de saúde, de duas instituições distintas, que prestam atendimento específico a mulheres e crianças vítimas de violência sexual, sendo 11 psicólogas, sete assistentes sociais, cinco enfermeiras e quatro médicas.

A análise dos dados apontou que não houve diferenças estatisticamente significativas entre as instituições. As únicas diferenças, no que tange às características laborais, foram em relação a profissão ($p=0,027$) e ao número de horas trabalhadas semanalmente ($p=0,016$). A diferença relacionada à profissão é justificada pelo fato da instituição A contar com apenas psicólogas e assistentes sociais na equipe de atendimento a vítimas de violência sexual, enquanto que a equipe da instituição B é composta por além de psicólogas e assistentes sociais, enfermeiras e médicas. A diferença entre o número de horas trabalhadas se dá porque algumas profissionais da instituição B exercem suas atividades em outros lugares concomitantemente, como, por exemplo, consultórios ou outras instituições. Todavia, essa diferença não influenciou os resultados dos demais dados obtidos.

Também não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as classificações das escalas em função das categorias das variáveis sociodemográficas e laborais: idade, gênero, filhos, escolaridade, religião, profissão, horas trabalhadas semanalmente, tempo de profissão e tempo de atuação com vítimas de violência sexual.

As análises de correlações entre as escalas (Tabela 19) comprovaram que os instrumentos se complementaram e serviram para reafirmar nossos achados.

Durante a pesquisa, após observar que a amostra foi composta majoritariamente por psicólogas e que esta é a categoria que promove a escuta mais direta e detalhada às vítimas de violência sexual, foram comparadas as classificações das escalas e subescalas dos instrumentos entre psicólogas e demais profissões. Entretanto, em todas as comparações não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, o que nos sugere que, embora as profissionais de psicologia tenham maior contato com as vítimas, realizando atendimentos quinzenais ou semanais, elas podem estar melhor preparadas para lidar com situações estressoras devido as características próprias das atividades e formação em psicologia (HANADA, D'OLIVEIRA E SCHRAIBER, 2010).

As análises das variáveis do ProQOL-IV BR indicaram alto nível de satisfação por compaixão (70,4%) e baixo nível de trauma vicariante (77,8%), considerando a amostra geral. Estes achados corroboram com o que foi mencionado por Stamm (2010), que afirma que quanto maior a satisfação por compaixão, menor o trauma vicariante.

Visto que o objetivo desta pesquisa foi investigar a presença de trauma vicariante e *burnout*, mesmo que os resultados não apontem trauma vicariante na maior parte da amostra, notamos que cinco destas profissionais apresentaram nível moderado de TV e uma apresentou alto nível. Considerando o tamanho da amostra, este pode ser um número significativo, reforçando a necessidade de cuidado e proteção com o cuidador.

Os resultados da análise da variável *burnout* no ProQOL apresentaram um número expressivo de participantes classificadas como "moderado" ou "alto" (51,8%). No manual deste instrumento, o *burnout* está associado a sentimentos de desesperança e dificuldades em lidar com o trabalho ou em fazer o trabalho de forma eficaz e relaciona-se, especificamente, aos efeitos negativos do cuidado, conhecidos como Fadiga por Compaixão (STAMM, 2010). Pontuações altas nesta subescala significa que se corre mais risco ao esgotamento.

O EBBurn, que se propõe a avaliar especificamente o *burnout* e considera-o como uma síndrome de esgotamento emocional que tem as características do trabalho como suas principais causadoras (CARDOSO e BAPTISTA, 2023), apontou que a maior parte das participantes (81,1%) foi classificada no fator Exaustão/Frustração Profissional como "baixa" ou "média baixa", enquanto que 18,9% foram classificadas como "média alta"

ou “alta”. Com relação ao fator Despersonalização/Distanciamento, todas as participantes foram classificadas como “baixa”.

De acordo com Limongi França e Rodrigues (2019, p. 52), “o conceito de burnout é considerado um dos desdobramentos mais importantes do stress profissional”, desta forma, propusemo-nos também ao uso de uma escala para medir o estresse e assim complementar a pesquisa. Através do ISSL-R, foi possível identificar que a maioria das participantes foram classificadas com sintomas “não qualificáveis” ou “leves” (59,2%) e as demais com sintomas “moderados” ou “graves” (40,8%).

Ao analisarmos os dados encontrados nas escalas (ProQOL, EBBurn e ISSL-R) em conjunto com as narrativas das entrevistas, observamos que, embora não possamos considerar que as profissionais apresentem *burnout*, é inegável que encontramos queixas e sintomas que apontam para o estresse e podem levar ao desenvolvimento de *burnout*, como foi visto nos resultados qualitativos.

Enquanto nas escalas não apareceram atitudes de distanciamento, as entrevistas evidenciaram tais atitudes, mesmo que estas não se refiram diretamente a cinismo e indiferença, como descrito no EBBurn (CARDOSO e BAPTISTA, 2023).

Cabe uma explicação do porquê buscamos avaliar tanto trauma vicariante quanto *burnout*. Ocorre que queríamos observar se uma variável se associava a outra ou se, apesar deste profissional não apresentar uma poderia apresentar a outra. No tocante a este questionamento, corroborando com a pesquisa de Cummings *et al.* (2021), é possível que a satisfação por compaixão tenha atuado como protetiva ao trauma vicariante e *burnout*, por isso, conforme demonstrado nos testes de correlação mencionados anteriormente, quanto maior uma menor o outro. Todavia, precisamos cuidar para não considerar tal variável como um fator protetivo que nos leve a deixar de olhar o sofrimento e demais pontos emergentes.

Um dos objetivos específicos deste trabalho foi verificar a correlação entre a presença de trauma infantil e o desenvolvimento de trauma vicariante e *burnout* nas profissionais de saúde. Como pode ser visto na revisão de literatura, pesquisas apontam que a presença de trauma na infância pode indicar maior propensão ao trauma vicário (LEUNG, SCHMIDT e MUSHQUASH, 2022; GABOURY e KIMBER, 2022; PEREIRA *et al*., 2021). Utilizamos o QUESI para a verificação em nossa amostra e o instrumento mostrou que a maioria das participantes teve pontuação classificada como “nenhum” ou “leve” na pontuação total e nas subescalas, com exceção da subescalas

negligência física que teve 55,5% das participantes com classificação “moderado” ou “severo”. Então, os traumas na infância não foram significativamente relacionados ao trauma vicariante, bem como a análise dos relatos também não apontou essa relação. Sendo assim, essa hipótese não foi confirmada.

No tocante as entrevistas, o fato da pesquisadora deixar o espaço aberto foi muito relevante para complementação e, de certa forma, contradição dos resultados quantitativos. Pois, acreditamos que os instrumentos utilizados para análise quantitativa não foram suficientes para apontar a dimensão e complexidade do trabalho destas profissionais. As entrevistas falam muito além dos instrumentos utilizados, pois, revelam um estado psicoemocional.

Todas as participantes foram solicitas e demonstraram contentamento pelo fato de estarem sendo vistas e ouvidas. Fala de uma das participantes: “Quem bom que alguém olhou pra gente!” (AS 05). Essas informações referentes ao início das entrevistas fazem-se pertinentes por que, não raro, estas profissionais são invisíveis para a sociedade e para a própria instituição. São tantas as exigências externas e internas que, por vezes, não sobra espaço para suas angústias, dores e alegrias.

Através da análise das entrevistas foram obtidas seis categorias, a saber: postura profissional, impacto na vida pessoal, emoções e sentimentos desencadeados, estratégias de enfrentamento, soluções e medidas institucionais e sofrimento e satisfação.

Na categoria postura profissional era esperado que emergisse o uso de técnicas e distanciamento, assim como atitudes de acolhimento e respeito, pois, entende-se que tais fatores compõem o trabalho de um profissional de saúde. Foi possível observar que o uso de protocolos e outras técnicas, aliados ao distanciamento, agem como fator de proteção quanto as emoções que possam ser desencadeadas. Todavia, não podemos deixar de notar que esta também é uma forma de defesa e controle, necessários, por sinal, ao autocuidado.

Rodrigues, Campos e Pardini (2006) afirmam que devido à própria natureza da profissão, é esperado pela sociedade, especialmente por aqueles que estão doentes e seus familiares, que os profissionais desempenhem suas funções sem cometer erros. Espera-se que o trabalho seja executado da forma mais excelente possível, caracterizado pela integridade, respeito e capacidade de demonstrar compaixão.

Sobre os impactos na vida pessoal, os achados correspondem aos de Crivatu, Horvath e Massey (2021) no que se refere a hipervigilância e estado de alerta. A vulnerabilidade, insegurança e medo também foram identificados por Barros (2020) e

Dornelles, Macedo e Souza (2020). A hipervigilância e estado de alerta, associados ao medo e insegurança, podem ser indicativos de estresse. Ademais, satisfação e realização pessoal, associadas ao despertar de reflexões e aprendizado podem também ser encarados como fatores de proteção, à medida que isso dá sentido a execução das atividades.

No que concerne aos sentimentos desencadeados, foram destacados os temas indignação e raiva, piedade e dó, tristeza e desesperança, impotência e satisfação e empatia. Os temas emergentes nesta categoria, que permeiam questões de ordem moral, ética e cultural, encontram correspondência nos trabalhos de Barros (2020) e Dornelles, Macedo e Souza (2020), que identificam também sentimento de tristeza, indignação, raiva e impotência. A satisfação apareceu novamente, fazendo jus ao encontrado nos dados quantitativos. Assim, ainda que sentimentos negativos sejam desencadeados, os que permeiam o contato vítima x cuidador são os sentimentos de empatia e piedade, fatores cruciais para garantir a continuidade e sentido do trabalho executado. Na medida que emoções são despertadas, a profissional também se coloca inteiro diante do outro e encontra então sentido em sua atividade. Foi dito por uma participante: "[..,] Acho que todos (os casos) mexem comigo de alguma maneira, porque se não mexesse, eu não atuaria nele".

Os relatos nos levam a acreditar que ser tocado e mobilizado emocionalmente pode ser motivador, assim como o sofrimento das vítimas pode ser um fator de vinculo ao trabalho. Contudo, a vinculação exagerada e a grande mobilização de sentimentos são fatores questionáveis, pois, envolver-se demasiadamente também gera sofrimento, por isso, certo distanciamento fez-se necessário, concordando com Bozga, McDowall e Brown (2021).

É sabido que o trabalho com pessoas traumatizadas é desgastante e impactante, sendo assim, a outra categoria elegida foi estratégias de enfrentamento. Psicoterapia, atividades físicas, atividades de lazer e reuniões de equipe foram apontadas como algumas das estratégias. Grande parte das profissionais fazem psicoterapia, principalmente, as psicólogas.

Mas vale lembrar que todas essas estratégias são buscadas de forma individual, não são fornecidas pela instituição e esse foi, inclusive, um dos problemas apontados. A maioria das profissionais não se sente acolhida institucionalmente. Apesar de terem apontado as reuniões de equipe como uma forma de enfrentamento, visto que neste momento podem dividir percepções e, por vezes, algumas de suas angústias, tais reuniões

ter um caráter técnico e se propõem, principalmente, a discussão de casos, mas não chegam a ser caracterizadas como supervisões e sim como uma discussão interdisciplinar. Entretanto, levanta-se a hipótese de que promover reuniões regularmente, nas quais se permite a análise de casos e a exposição das impressões das profissionais, fortalece os elementos motivacionais e de satisfação no ambiente de trabalho. Salienta-se que as reuniões de equipe ocorrem em apenas uma das instituições.

Assim, identificar estratégias de enfrentamento pode ajudar os profissionais a elevar os níveis de satisfação por compaixão, como afirma Dornelles, Macedo e Souza (2020). Contudo, ainda que as estratégias sejam fundamentais, elas não diminuem a necessidade do olhar social e institucional sobre a saúde e condições de trabalho das cuidadoras.

As participantes apontaram a falta de benefícios e incentivos, a alta demanda de trabalho e número de horas trabalhadas como fatores a serem analisados institucionalmente. Algumas relataram já terem atendido mais de 18 pessoas no pronto atendimento e que o número de casos ambulatoriais também é alto diante da falta de mais profissionais.

> Eu falei: deixa eu contar quantas fichas. Aí, eu fui contar. Foram assim... acho que umas 18 fichas. Então, quer dizer, mais de um paciente por hora, né? (M 02)

As burocracias com as quais se deparam diariamente, assim como a morosidade de outros serviços que compõem a rede também geram desgaste. O contato com o serviço judiciário foi associado ao sentimento de impotência e desesperança.

> [...) são reuniões e mais reunião com o judiciário. E não dá em nada. Eu sei que os profissionais têm boa vontade de estar lá, mas a gente precisa de coisas mais concretas e a gente não tem. A gente precisa fazer Políticas Públicas. Ver realmente o que as pessoas necessitam. Adianta a gente fazer reuniões? Você está falando de famílias, você está falando o que sabe, porque a gente QUE atende os casos. [...] Isso vai gerando processos e mais processos e reuniões e muitas reuniões e só começa a trazer esse é o adoecimento do profissional (AS 02)

Tais colocações encontram correspondência no que foi dito por Hanada, D'Oliveira e Schraiber (2010) quando afirmam que a realização do trabalho interdisciplinar, envolvendo equipes multiprofissionais e, ainda mais, em uma rede intersetorial, não é uma tarefa simples de ser alcançada e representa um dos desafios tanto para as instituições quanto para os profissionais

Segundo Rodrigues, Campos e Pardini (2006), os elementos organizacionais tais como os apontados pelas participantes nesta pesquisa contribuem para criar circunstâncias que afetam a satisfação profissional e influenciam os níveis de estresse, sendo fontes significativas de *burnout.*

Ainda no que diz respeito a soluções e medidas institucionais, nosso trabalho aponta para a mesma direção do trabalho de Willis, Prescott e Levenson (2018) no concerne a necessidade de fortalecimento do suporte no local de trabalho que tenha como objetivo diminuir os desafios enfrentados e promover qualidade de vida às profissionais. Desta forma, podemos resumir todos os temas desta categoria a um único: cuidado com o cuidador.

Por fim, foi pedido para que as participantes contassem um caso que tenha gerado sofrimento ou satisfação. Os relatos apontaram para o atendimento de crianças, principalmente quando tocam em algo de suas vidas. Assim nota-se o impacto que a profissão tem na vida pessoal dessas profissionais. Para Rodrigues, Campos e Pardini (2006), existem pacientes cujas condições são particularmente desafiadoras, pois o sofrimento que experimentam pode ser tanto desconhecido quanto excessivamente familiar para os profissionais.

Em suma, a investigação qualitativa reforçou a importância da compaixão para essas profissionais se manterem no exercício profissional, mas também revela que apesar da satisfação, as profissionais, por vezes, se sentem exauridas e descuidadas, reclamando falta de apoio institucional. Trata-se, portanto, de um trabalho frustrante, difícil, pesado e exigente, apesar de compensador e gratificante (MBUMBA, 2019) que gera mudanças na visão de mundo e na vida pessoal das profissionais.

10 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho teve como intuito investigar a presença de trauma vicariante e *burnout* em profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual e comprovou índices baixos em ambas as variáveis no que concerne aos resultados quantitativos.

Os dados apontaram altos índices de satisfação por compaixão, tanto na análise quanti quanto quali, comprovando que a SC age como fator protetor ao TV e burnout. Todavia, os resultados qualitativos apresentam indícios de estresse e sofrimento emocional e sintomas condizentes com o desenvolvimento de *burnout*. Sendo assim, profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual estão expostas ao desenvolvimento de tais fatores, os quais podem comprometer a qualidade de vida e das atividades prestadas.

As variáveis sociodemográficas e laborais não apresentaram diferenças estatisticamente significativas em relação a idade, filhos, escolaridade, religião, profissão, horas trabalhadas semanalmente, tempo de profissão e tempo de atuação com vítimas de violência sexual.

Não houve diferença estatisticamente significativa entre as categorias de profissionais (assistentes sociais, enfermeiras, médicas e psicólogas), ou seja, as classificações das pontuações das escalas foram semelhantes entre as profissões.

Os traumas na infância não foram estatisticamente correlacionados ao trauma vicariante, bem como a análise dos relatos também não apontou essa relação. Sendo assim, essa hipótese não foi confirmada.

Os sentimentos desencadeados pelo exercício das atividades foram indignação, raiva, piedade, dó, tristeza, desesperança, impotência, satisfação e empatia. Entre as estratégias utilizadas para lidar com os impactos do exercício das atividades estão psicoterapia, atividades físicas, atividades de lazer, distanciamento e reuniões de equipe.

As estratégias de enfrentamento associadas as possíveis soluções e medidas institucionais propostas pelas profissionais podem auxiliar no desenvolvimento de ações que garantam prevenção e melhores condições à saúde das trabalhadoras. Observamos que programas de capacitação, integração e cuidado, como psicoterapia, supervisões, fazem-se urgentes e necessários.

Um ponto relevante deste estudo foi evidenciar que fatores que favorecem o desenvolvimento de trauma vicariante e *burnout* podem ser modificados e minimizados através de estratégias institucionais e Políticas Públicas, considerando que os efeitos do trauma vicariante e *burnout* podem produzir impactos a níveis individual, social e institucional.

Esperamos que este trabalho desperte a consciência das profissionais para o autocuidado e sugerimos a construção e fortalecimento de espaços institucionais e sociais que promovam cuidado, acolhimento, promoção e prevenção a saúde das profissionais de saúde que trabalham com mulheres e crianças vítimas de violência sexual, pois trata-se de questões de ordem ética, moral e cultural.

É salutar que novos estudos sejam realizados com o objetivo de ampliar o conhecimento sobre o trauma vicariante, que ainda se apresenta como um tema recente e um campo a ser explorado em pesquisas brasileiras.

Para concluir este trabalho, faz-se importante apontar os sentimentos e emoções desencadeados na pesquisadora durante a coleta de dados. Foi perceptível em todas as entrevistas o quanto as profissionais precisavam falar, denunciar, expor seus sentimentos, narrar suas histórias, a ponto de ter, muitas vezes, passado o tempo programado.

Estive diante de angústias inenarráveis, ouvi choros de indignação e sofrimento, relatos de superação e satisfação de pessoas entregues ao outro, ao cuidado. Afirmo que os sentimentos de frustração, indignação, raiva, tristeza, dó, piedade, desencadeados nas profissionais, também se fizeram presentes em mim.

Assim como as profissionais, também lancei mão do uso de técnicas e distanciamento necessários para execução da pesquisa e autoproteção. Todavia, fui mobilizada diante de cada relato, não raro precisei sair para digerir o que escutara. Fui impactada e agraciada pessoal e profissionalmente com este trabalho. O resultado foram altos níveis de satisfação por compaixão.

Às profissionais de saúde, cuidadoras feridas, todo meu acolhimento, respeito e reverência.

REFERÊNCIAS

APA - AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-5**. 5th.ed. Washington: American Psychiatric Association, 2013.

BARROS, A. J. S. **Associações entre reações contratransferenciais desencadeadas por agressores sexuais, mecanismos de defesa e trauma vicário em psiquiatras e psicólogos forenses.** (Tese de Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psiquiatria e Ciências do Comportamento da Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2018.

BARROS, A. J. S. Countertransference, Defense Mechanisms, and Vicarious Trauma in Work With Sexual Offenders. **Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law Online**, 2020. Disponível em: https://jaapl.org/content/48/3/302.long. DOI: https://doi.org/10.29158/JAAPL.003925-20. Acesso em: 16 abril 2022.

BENEVIDES-PEREIRA, A. M. T. **Burnout:** quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2002.

BERNSTEIN, D. P. et al. Development and validation of a brief screening version of the childhood trauma questionnaire. Child Abuse Negl, 27(2):169-90, 2003.

BORGES, F. et al. Fatores de Risco para a Síndrome de Burnout em Profissionais da Saúde Durante a Pandemia de Covid-19. **Rev Enferm Atual In Derme** v. 95, n. 33, 2021. https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.94-n.32-art.835

BOZGA, A.; MCDOWALl, A.; BROWN, J. Little Red Sandals: female police officers lived experience of investigating sexual violence, Policing: An International Journal, 2021, Vol. 44 No. 1, pp. 32-48. DOI: https://doi.org/10.1108/PIJPSM-02-2020-0029

BRIDGER, K.M.; BINDER, J.F.; KELLEZI, B. Secondary Traumatic Stress in Foster Carers: Risk Factors and Implications for Intervention. **J Child Fam Stud** 29, 482–492, 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7222129. DOI: https://doi.org/10.1007/s10826-019-01668-2. Acesso em: 15 out. 2022.

BUTLER, L. D.; MAGUIN, E.; CARELLO, J. Retraumatization Mediates the Effect of Adverse Childhood Experiences on Clinical Training-Related Secondary Traumatic Stress Symptoms. **J Trauma Dissociation**, Jan-Feb;19(1):25-38, 2018. DOI: 10.1080/15299732.2017.1304488.

CARDOSO, H. F; BAPTISTA, M.N. EBBurn: escala brasileira de burnout. 1 ed. São Paulo: Vetor Editora, 2023.

CARVALHO, P.; SÁ, L. Estudo da Fadiga por Compaixão nos cuidados paliativos: Tradução e Adaptação Cultural da Escala "Professional Quality of Live 5". **9º Encontro de Saúde Ocupacional em Hospitais e outros Estabelecimentos de Saúde**. Lisboa, Portugal, 26 Março, 2011.

CRIVATU, I. M.; HORVATH, M. A. H., MASSEY, K. The Impacts of Working With Victims of Sexual Violence: A Rapid Evidence Assessment. **Trauma, Violence, & Abuse,** 2021. DOI: https://doi.org/10.1177/15248380211016024.

CUMMINGS, C. *et al.* Compassion Satisfaction to Combat Work-Related Burnout, Vicarious Trauma, and Secondary Traumatic Stress. **Journal of interpersonal violence**, 2021. DOI: https://doi.org/10.1177/0886260518799502

DALAGASPERINA, P. et al. Estrutura Interna da Versão Brasileira do Questionário de Estresse Traumático Secundário. **Psico-USF** [online], v. 26, n. 2, 2021. Disponível em: https://www.scielo.br/j/pusf/a/BrzjWPn97LBHxShMqNdnCdJ/. DOI:<https://doi.org/10.1590/1413-82712021260210>. Acesso: 15 out. 2022.

DENKINGER, J. K, et al. Secondary Traumatization in Caregivers Working With Women and Children Who Suffered Extreme Violence by the "Islamic State. **Front. Psychiatry**, 2018. Doi: 10.3389/fpsyt.2018.00234

DIEHM, R. M.; MANKOWITZ, N. N.; KING, R. M. Secondary traumatic stress in Australian psychologists: Individual risk and protective factors. ***Traumatology***, *25*(3), 196–202, 2019. https://doi.org/10.1037/trm0000181

DORNELLES, T. M, MACEDO, A. B. T, SOUZA, S. B. C. Qualidade de vida profissional e coping num hospital de referência para vítimas de violência sexual. **Texto Contexto Enferm** [Internet]. 2020. Disponível em: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0153. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0153. Acesso em: 07 out. 2022.

ELLIS, C.; KNIGHT, K. E. Advancing a Model of Secondary Trauma: Consequences for Victim Service Providers. **Journal of Interpersonal Violence**, 2021 Apr;36(7-8):3557-3583. DOI: 10.1177/0886260518775161.

ELZIRIK, M. et al. Contratransferência e trauma psíquico. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, vol. 28, nº 03, 2006.

EVANS, J. D. **Straightforward statistics for the behavioral sciences.** Belmonte: Brooks/Cole Publishing Company, 1996.

FAUL, F. et al. G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences**. Behavior Research Methods**, v.39, n.2, p. 175–191, 2007.

FIGLEY, C. R. **Compassion fatigue**: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Routledge, 1995.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA**. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2022**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2022.

FÓRUM BRASILEIRO DE SEGURANÇA PÚBLICA**. Anuário Brasileiro de Segurança Pública 2023**. São Paulo: Fórum Brasileiro de Segurança Pública, 2023.

GABOURY, K., KIMBER, M. Consequences of vicarious traumatization among mental health service providers with a history of child maltreatment*:* A narrative review. **Psychological Trauma**: Theory, Research, Practice, and Policy. Advance online publication, 2022. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2022-68938-001. DOI: https://doi-org.ez95.periodicos.capes.gov.br/10.1037/tra0001298. Acesso em 15 out. 2022.

GARCIA, R. Aplicação dos métodos mistos em pesquisas de psicologia. In: KUBLIKOWSKI, I; KAHHALE, E. M. S. P; TOSTA, R. M. **Pesquisas em psicologia clínica: contexto e desafios**. São Paulo: EDUC, 2019.

GAZZANIGA, M.; HEATHERTHON, T. F. Emoções, estresse e coping. In: GAZZANIGA, M.; HEATHERTHON, T. F. **Ciência Psicológica: mente, cérebro e comportamento**. São Paulo: Artmed, 2007.

GOLDFELD, P. R. M. **Um estudo da contratransferência em um grupo de psicoterapeutas de orientação psicanalítica frente a relatos de situações traumáticas**. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria). Programa de Pós-graduação em Ciência Médicas, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 2005.

GRASSI-OLIVEIRA, R. et al. Childhood Trauma Questionnaire (CTQ) in Brazilian Samples of Different Age Groups: Findings from Confirmatory Factor Analysis. **PLoS ONE** 9(1): e87118, 2014. DOI: https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087118

_____; STEIN, L. M.; PEZZI, J. C. Tradução e validação de conteúdo da versão em português do Childhood Trauma Questionnaire. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 249- 255, Apr. 2006.

HANADA, H; D'OLIVEIRA, A. F. P L; SCHRAIBER, L. B. Os psicólogos na rede de assistência a mulheres em situação de violência. **Estudos Feministas**, Florianópolis, 18(1): 288, janeiro-abril/2010.

HARRIS, J. C. Sensory-Based Therapy for Crisis Counselors. In: FIGLEY, C. R. (Ed.) **Compassion fatigue:** Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Routledge, 1995, p. 101-114.

HERMAN, J. Trauma and recovery: the aftermath of violence: from domestic abuse to political terror. 1.ed. New York: Basic Books, 1992.

HOUSTON-KOLNIK, J. D.; ODAHL-RUAN, C. A.; GREESON, M. R. Who Helps the Helpers? Social Support for Rape Crisis Advocates. **Journal of Interpersonal Violence**, 2021, Vol. 36(1-2) 406–427. DOI: 10.1177/0886260517726970 journals.sagepub.com/home/jiv

JUNG, C. G. **Fundamentos da psicologia analítica.** O. C. XVIII/1. Petrópolis: Vozes, 1991. (Original publicado em 1923).

_____. **Practice of Psychotherapy**. C. W. Volume 16. London: Routledge & Kegan Paul, 1970. (Original publicado em 1954).

_____. **Psychological Types**. C. W. Volume 6. London: Routledge & Kegan Paul, 1970. (Original publicado em 1921).

_____. **Structure & Dynamics of the Psyche.** C. W. Volume 8. London: Routledge & Kegan Paul, 1972. (Original publicado em 1934).

KAHHALE, E. M. S. P. Método quali-quanti na coleta e análise de dados em pesquisa clínica materialista histórica e dialética. **Pesquisas em Psicologia Clínica**: contextos e desafios. São Paulo: Educ, 2019: 81-110.

KAHHALE, E. M. S. P. Psicologia da Saúde: em busca de uma leitura crítica e de uma atuação compromissada. In BOCK, A. M. B. (org.). A perspectiva Sócio-Histórica na formação em psicologia. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003, p.162- 191.

KIMBLES, S. Intergenerational complexes in Analytical Psychology: The suffering of ghosts. 1.ed. New York: Routledge, 2021.

LA MOTT, J.; MARTIN, L. A. Adverse childhood experiences, self-care, and compassion outcomes in mental health providers working with trauma. **J Clin Psychol**. 2019, Jun;75(6):1066-1083. Doi: 10.1002/jclp.22752.

LAGO, K.; CODO, W. **Fadiga por compaixão**: o sofrimento dos profissionais em saúde. Petrópolis: Vozes, 2010.

LANIUS, R.; VERMETTEN, E.; PAIN, C. **The Impact of Early Life Trauma on Health and Disease**: The Hidden Epidemic. Cambridge University Press, 2010.

LEUNG, T.; SCHMIDT, F.; MUSHQUASH, C. A Personal History of Trauma and Experience of Secondary Traumatic Stress, Vicarious Trauma, and Burnout in Mental Health Workers: A Systematic Literature Review**. Psychological Trauma***:* Theory, Research, Practice, and Policy. Advance online publication, 2022. Disponível em: https://psycnet.apa.org/record/2022-58785-00. DOI: https://doi.org/10.1037/tra0001277. Acesso em: 26 nov. 2022.

LEVINE, P.A. O despertar do tigre: curando o trauma. 5 ed., ver. São Paulo: Summus, 2022.

LIMONGI FRANÇA, A. C. RODRIGUES, A. L. **Stress e Trabalho**: Uma abordagem psicossomática. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2019.

LIMONGI FRANÇA, A.C. Qualidade de vida no trabalho: conceitos e práticas nas empresas da sociedade pós-industrial. São Paulo: Atlas, 2003.

LIPP, M. E. N. **Mecanismos Neuropsicofisiológicos do Stress:** Teoria e Aplicações Clínicas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

LIPP, M. E. N. **O stress está dentro de você.** 3. ed. São Paulo: Contexto, 2000.

LIPP, M.E.N. Iventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp: Revisado (ISSL-R). 1 ed. São Paulo: Editora Nila Press, 2022.

LONG, L. M. Rape Medical Advocates Experiences with Vicarious Trauma, Burnout and Self-Care. **Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma,** 2020, vol. 29, no. 4, 421–441. DOI: https://doi.org/10.1080/10926771.2019.1578315

MARTIN-CUELLAR *et al.* Vitality as a Moderator of Clinician History of Trauma and Compassion Fatigue. **Contemporary Family Therapy**, 2019, 41:408–419. Disponível em: https://link.springer.com/article/10.1007/s10591-019-09508-7. DOI: https://doi.org/10.1007/s10591-019-09508-7. Acesso em: 26 no. 2022.

MASLACH, C.; JACKSON, S. Burnout in Health Professions: A Social Psychological Analysis. In: SANDERS, G. S.; SULS, J. (Eds.). **Social Psychology of Health and Illness**. Hilsdale, NJ: Lawrence Erlbaum, 1982, p. 227-251.

MASLACH, C.; SCHAUFELI, W. B.; LEITER, M. P. Job Burnout. **Annual Review of Psychology**, v. 52, p. 397-422, Feb. 2001. doi: 10.1146/annurev.psych.52.1.397

MBUMDA, E. E. B. **E de nós, quem cuida?! A experiência de trabalhar com mulheres vítimas de violência nas relações de intimidade**. (Dissertação de Mestrado). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida. Lisboa, 2019.

MOLINA, P. E. **Fisiologia Endócrina**.4. ed. Porto Alegre: AMCH, 2014.

MORABITO, M.S.; PATTAVINA, A.; WILLIAMS, L.M. Vicarious trauma, secondary traumatic stress or burnout?: an exploratory study of the effects of investigating sexual assault cases on detectives. **Policing**: An International Journal, Vol. 44 No. 1, pp. 77-92, 2020. DOI: https://doi.org/10.1108/PIJPSM-07-2020-0123

OLIVEIRA, W. L. RODRIGUES, A. L. Sofrimento psíquico de profissionais de saúde do hospital. In: **Psicologia da Saúde Hospitalar**: abordagem psicossomática. São Paulo: Editora Manole, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Folha informativa: violência contra as mulheres. (Folha informativa atualizada em novembro de 2017). OPAS Brasil, OMS, 2017. Disponível emhttps://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5669: olha informativa-violencia-contra-as-mulheres&Itemid=820.

_____. INSPIRE: sete estratégias para pôr fim à violência contra crianças. Organização Mundial da Saúde, Versão portuguesa: NEV/USP, 2016.

_____. Prevenção da Violência Sexual e da Violência pelo Parceiro Íntimo Contra a Mulher: Ação e produção de evidência. Organização Mundial da Saúde, OPAS/OMS, 2012.

_____. Estimativas de prevalência de violência contra mulheres, 2018: estimativas de prevalência global, regional e nacional para violência sexual contra mulheres por parceiros íntimos e estimativas de prevalência global e regional para violência sexual contra mulheres por não-parceiros. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2021.

PADMANABHANUNNI, A. Caring does not always cost: The role of fortitude in the association between personal trauma exposure and professional quality of life among lay trauma counselors. **Traumatology**, 2020, *26*(4), 420–426. DOI: https://doi-org.ez95.periodicos.capes.gov.br/10.1037/trm0000262.

PAIM, K. R; ESMAEL, T. B. **Revisitando nossas violências constituintes: A escuta de mulheres vivendo violência de género na relação conjugal**. Outras Vozes, nº 43-44, 2013. Disponível em: https://www.wlsa.org.mz/artigo/escuta/. Acesso em: 14 março 2022.

PEARLMAN, L.A.; SAAKVITNE, K.W. Treating Therapists with Vicarious Traumatization and Secondary Traumatic Stress Disorder. In: FIGLEY, C. R. (Ed.) **Compassion fatigue:** Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Routledge, 1995, p. 150-177.

PENSO, Maria Aparecida et al . O atendimento a vítimas de violência e seus impactos na vida de profissionais da saúde. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto , v. 18, n. 1, p. 137-152, 2010 .

PEREIRA, S. S. *et a*l. Intervening variables of burnout in health professionals of emergency services. **Texto & Contexto - Enfermagem** [online]. 2021, v. 30. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0245>. DOI: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0245. Acesso em: 02 nov. 2022.

RAMOS, D. G. **A psique do corpo**: uma compreensão simbólica da doença. 5ª ed. São Paulo: Summus, 2006.

RAYNER, S. *et al*. Secondary Traumatic Stress and Related Factors in Australian Social Workers and Psychologists, **Health & Social Work**, Volume 45, Issue 2, 2020, Pages 122–130. DOI: https://doi.org/10.1093/hsw/hlaa001.

RIBEIRO, E. B. **Fisiologia Endócrina**. São Paulo: Manole, 2012.

RIZKALLA, N., ZEEVI-BARKAY, M., SEGAL, S. P. Rape Crisis Counseling: Trauma Contagion and Supervision. **Journal of Interpersonal Violence**, 36(1–2), NP960–NP983, 2021. DOI: https://doi.org/10.1177/0886260517736877

RODRIGUES, A. L.; CAMPOS, Elisa Maria Parahyba ; Pardini, Fernando . O Burnout no exercício profissional da medicina. In: Mello Filho, J. (Org**.). Identidade Médica**. 1ed.São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006, v. 1, p. 315-369.

RODRIGUES. A.L; CAMPOS, E.M.P. Síndrome de burnout. In: Mello-Filho, J, Burd M (orgs.). **Psicossomática hoje**. 2 ed. Porto Alegre, 2010. p. 135-152

RODRIGUES. A.L; LIMONGI FRANÇA, A.C. Uma perspectiva psicossocial em psicossomática via estresse e trabalho. In: Mello-Filho, J, Burd M (orgs.). **Psicossomática hoje**. 2 ed. Porto Alegre, 2010. p. 111-134.

SCHESTATSKY, S. et al. A evolução histórica do conceito de estresse pós-traumático. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 25, Supl. 1, p. 8-11, 2003.

SELYE, H. (1936). The syndrome produced by diverse noxious agents. *Nature, 138*, 32-34.

SHORE, A. **Affect Dysregulation and Disorders of the Self**. W. W. Norton & Company; 1ª edição, 2003.

SILVA, P.L.N; VELOSO, G.S, QUEIROZ, B.C; RUAS, E.F.G, ALVES, C.R; OLIVEIRA, V.V. J. Nurs. health. 2021;11(2):e2111219482. Disponível em: https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/19482

SILVA, M . E .W. B. *et al.* O sofrimento psíquico de mulheres vítimas de violência sexual. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 9, 2021. DOI: http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17574

SILVA, P. N. C. **Trauma vicariante, Síndrome de *Burnout* e Satisfação por compaixão:** um estudo com magistrados. 100 p. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2020.

STAMM, B. H. **The Concise ProQuol Manual**, 2nd ed. Pocatello, ID: ProQOL.org., 2010.

STAMM, B. H. **The ProQOL manual**. Pocatello, ID: Idaho State University with Sidran Press, 2005. Disponível em: http://compassionfatigue.org/pages/ProQOLManualOct05.pdf

TAMAYO, R. M. **Relação entre a síndrome de burnout e os valores organizacionais no pessoal de enfermagem de dois hospitais públicos**. (Dissertação de Mestrado Não Publicada). Instituto de Psicologia. Universidade de Brasília, Brasília, 1997.

TEIXEIRA, F. F., GOMES, B. DE S., OLIVEIRA, V. V. DE; LEITE, R. V. Acolhimento de vítimas de violência sexual em serviços de saúde brasileiros: revisão integrativa. Saúde E Sociedade, 32(3), e220253pt.(2023) **Traumatic stress**. New York: Guilford, 1996, p.47-74.

TROY, A. D. **The impact of adverse childhood experiences and forgiveness on nurses capacity for compassion satisfaction**. Dissertation Submitted to College of Nursing and Allied Health Southern University and A & M College, Louisiana, 2018.

VALLE, L. E. R. L. **Estresse e distúrbios do sono no desempenho de professores:** saúde mental no trabalho. São Paulo. (Tese de Doutorado). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

VAN DER KOLK, B. A.; WEISAETH, L.; VAN DER HART, O. History of trauma in psychiatry. In: VAN DER KOLK, B.; MCFARLANE, A. C.; WEISAETH, L. (Eds.)

_____. Developmental trauma disorder: Toward a rational diagnosis for children with complex trauma histories. **Psychiatric Annals**, v. 35, p. 401-408, 2005.

_____. **O corpo guarda as marcas:** cérebro, mente e corpo na cura do trauma. Rio de Janeiro: Editora Sextante, 2020.

_____. Posttraumatic stress disorder and the nature of trauma. **Dialogues in Clinical Neuroscience**, v. 2, n. 1., p. 7-22, 2000.

VASCONCELLOS, E. G. Convivendo com o inimigo. **Revista Psique, Ciência e Vida**. Ano V, n. 55, p. 27-35, 2010.

WAHBA, L. L. **Médico e Paciente**: é proibido amar. São Paulo: Editora Blucher, 2021.

WILLIS, G. M., PRESCOTT, D. S.; LEVENSON, J. S. Promoting therapist longevity: exploring sexual offending treatment providers' experiences of workplace support, **Journal of Sexual Aggression**, 2018,24:3, 311-325. DOI: 10.1080/13552600.2018.1528794

YEHUDA R, LEHRNER A. Intergenerational transmission of trauma effects: putative role of epigenetic mechanisms. World Psychiatry. 2018 Oct;17(3):243-257. doi: 10.1002/wps.20568. PMID: 30192087; PMCID: PMC6127768.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TABELAS

Tabela 8 - Classificações da escala QUESI e suas respectivas subescalas – comparação entre as instituições A(n=10) e B(n=17)

Item	Instituição	Nenhum	Leve	Moderado	Severo	p-valor*
Abuso sexual	A	5 (50,0%)	3 (30,0%)	1 (10,0%)	1 (10,0%)	0,871
	B	9 (52,9%)	3 (17,6%)	3 (17,6%)	2 (11,8%)	
Abuso físico	A	6 (60,0%)	3 (30,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	0,405
	B	10 (58,8%)	2 (11,8%)	3 (17,6%)	2 (11,8%)	
Abuso emocional	A	2 (20,0%)	3 (30,0%)	2 (20,0%)	3 (30,0%)	0,993
	B	3 (17,6%)	6 (35,4%)	3 (17,6%)	5 (29,4%)	
Negligência emocional	A	6 (60,0%)	1 (10,0%)	1 (10,0%)	2 (20,0%)	0,918
	B	8 (47,1%)	2 (11,8%)	3 (17,6%)	4 (23,5%)	
Negligência física	A	2 (20,0%)	3 (30,0%)	1 (10,0%)	4 (40,0%)	0,522
	B	3 (17,6%)	4 (23,5%)	6 (35,3%)	4 (23,5%)	
Total	A	6 (60,0%)	0 (0,0%)	3 (30,0%)	1 (10,0%)	0,068
	B	11 (64,7%)	5 (29,4%)	1 (5,9%)	0 (0,0%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
*: teste qui-quadrado

Tabela 9 - Classificações da escala PROQOL – comparação entre as instituições A(n=10) e B(n=17)

Item	Instituição	Baixo	Moderado	Alto	p-valor
Satisfação por compaixão	A	0 (0,0%)	5 (50,0%)	5 (50,0%)	0,102**
	B	0 (0,0%)	3 (17,6%)	14 (82,4%)	
Burnout	A	5 (50,0%)	4 (40,0%)	1 (10,0%)	0,381*
	B	8 (47,1%)	9 (52,9%)	0 (0,0%)	
Trauma vicariante	A	9 (90,0%)	0 (0,0%)	1 (10,0%)	0,084*
	B	12 (70,6%)	5 (29,4%)	0 (0,0%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
*: teste qui-quadrado
**: teste exato de Fisher

Tabela 10 - Classificação da escala ISSL-R – comparação entre as instituições A(n=10) e B(n=17)

Classificação	Instituição	n (proporção)	p-valor
Não qualificáveis	A	2 (20,0%)	0,914*
	B	3 (17,6%)	
Leves	A	4 (40,0%)	
	B	7 (41,2%)	
Moderados	A	2 (20,0%)	
	B	5 (29,4%)	
Graves	A	2 (20,0%)	
	B	2 (11,8%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
* teste qui-quadrado

Tabela 11 - Classificação da escala EBB – comparação entre as instituições A(n=10) e B(n=17)

Fatores	Classificação	Instituição	n (proporção)	p-valor
Exaustão /Frustração Profissional	Baixa	A	9 (90,0%)	0,630*
		B	12 (70,6%)	
	Média baixa	A	0 (0,0%)	
		B	1 (5,9%)	
	Média alta	A	0 (0,0%)	
		B	1 (5,9%)	
	Alta	A	1 (10,0%)	
		B	3 (17,6%)	
Despersonalização /Distanciamento	Baixa	A	10 (100,0%)	0,999**
		B	17 (100,0%)	

Fonte: Dados da pesquisa, 2023
*: teste qui-quadrado
**: teste exato de Fisher

APÊNDICE B – CARTA DE AUTORIZAÇÃO PELAS INSTITUIÇÕES

São Paulo, ___ de _____ de 202__.

Eu, _____, na qualidade de _____, da instituição _____, localizada à Rua _____, nº ____, bairro _____, no município de _____, estado de _____, autorizo a realização da pesquisa intitulada Trauma Vicariante e Burnout em Profissionais de Saúde que Atendem Mulheres e Crianças Vítimas de Violência Sexual que será realizada com profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual na referida instituição. A condução do estudo é de responsabilidade de Daiana Oliveira Costa Antonio, aluna de Mestrado do Programa de Psicologia Clínica PUC/SP, no Núcleo Estudos Avançados em Psicossomática, sob orientação da Prof.ª Dra.ª Denise Gimenez Ramos.

O objetivo da pesquisa é investigar a presença de trauma vicariante e burnout em profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual. Espera-se que os resultados possam contribuir para o avanço do conhecimento sobre a temática no meio acadêmico, clínico e institucional, garantindo formas de prevenção e promoção de saúde.

Fica esclarecido nos termos das resoluções CNS/MS nº 510/2016 e nº 466/2012:
Confidencialidade: Todas as informações coletadas serão estritamente confidenciais, sendo divulgados apenas resultados gerais e não individuais, mantendo a privacidade dos participantes;
Pagamento: A instituição ou qualquer participante não terá despesa alguma e não haverá retorno financeiro por sua adesão;
Participação: A participação é de caráter voluntário, não obrigatório, e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízos para a instituição ou para o participante.

Riscos: Se houver algum incômodo ou desconforto emocional no decorrer da pesquisa, o pesquisador coloca-se à disposição para oferecer informações, orientações e encaminhamento psicológico. A pesquisa é considerada de risco baixo.

_____

Assinatura e carimbo do responsável institucional

_____

Daiana Oliveira Costa Antonio
RG: MG – 16.376.491
Pesquisadora Responsável
E-mail: daianacostapsi@outlook.com
Cel: (35) 99836-9962

APÊNDICE C – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

Prezado (a) Senhor (a),

O (a) senhor (a) está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa que tem como objetivo investigar a presença de trauma vicário e *burnout* em profissionais de saúde que atendem mulheres e crianças vítimas de violência sexual.

Trauma Vicário é o termo utilizado para designar o sofrimento presente no ato de cuidar de pessoas traumatizadas.

Sua participação é importante a fim de contribuir com a ampliação de conhecimentos na área, garantindo formas de prevenção e promoção de saúde. Contudo, caso não aceite participar do estudo, você poderá retirar-se a qualquer momento, sem ônus ou consequências. Sua recusa não trará qualquer prejuízo em sua relação com a pesquisadora ou com a instituição de saúde. O tempo previsto para resposta aos instrumentos é de 1h.

Fica esclarecido, nos termos das Resoluções CNS/MS nº 510/2016 e nº 466/2012:
Confidencialidade: Todas as informações coletadas nesta pesquisa serão estritamente confidenciais, e serão divulgados apenas resultados gerais e não resultados individuais, mantendo a privacidade dos participantes. Seu nome ou qualquer outro dado que possa de alguma forma identificá-lo será mantido em absoluto sigilo.
Pagamento: A instituição ou qualquer participante não terá despesa alguma ao participar desta pesquisa e não haverá retorno financeiro por sua adesão.
Participação: A participação é de caráter voluntário, não obrigatório e poderá ser interrompida a qualquer momento, sem prejuízo para a instituição ou participante.
Riscos: Se houver algum incômodo ou desconforto emocional no decorrer da pesquisa, a pesquisadora coloca-se à disposição para oferecer informações, orientações e atendimento ou encaminhamento psicológico. A pesquisa é considerada de risco baixo.

Este estudo possui vínculo com a Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), por meio do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Clínica, do qual a aluna Daiana Oliveira Costa Antonio é pesquisadora principal, sob a orientação da Prof.ª Dr.ª Denise Gimenez Ramos.

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da PUC-SP. O comitê é o órgão responsável por revisar, fiscalizar e verificar que a presente pesquisa se enquadra dentro

dos parâmetros éticos necessários. Caso tenha alguma dúvida você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética (CEP) - PUC-SP através do telefone (11) 3670-8466 e email: cometica@pucsp.br ou com a pesquisadora através do telefone (35) 99836-9962 e e-mail: daianacostapsi@outlook.com.

Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima detalhada e clara. Compreendi a natureza e os objetivos e recebi informações acerca dos procedimentos. Fui certificado (a) de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais. Desta forma, manifesto meu livre consentimento em participar, estando ciente que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar. Também estou ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou pagar, por minha participação.

São Paulo, ____ de _____ de 2023.

_____

Assinatura do participante

_____

Daiana Oliveira Costa Antonio
Psicóloga pesquisadora responsável
Orientadora: Prof.ª Dr.ª Denise Gimenez Ramos
Instituição: PUC-SP tel. (11) 3670-8521
Telefone: (35) 99836-9962
E-mail: daianacostapsi@outlook.com

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E LABORAIS

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC SP

Questionário de Dados Sociodemográficos e Laborais

1. **Idade:** _____ (anos) **Data de nascimento:** __/__/____

2. **Gênero**

( ) Masculino

( ) Feminino

( ) Outros

3. **Filhos:** ( ) Sim ( ) Não **Quantos?** _____

( ) 0 – 5 anos

( ) 06 – 10 anos

( ) 11 – 15 anos

( ) 16 – 20 anos

( ) Maiores de 20 anos

4. **Religião:**

( ) Católico (a)

( ) Protestante

( ) Espírita

Outra: _____

5. **Escolaridade:**

( ) Técnico

( ) Superior completo

( ) Pós-graduação

6. Profissão:

( ) Médico (a)

( ) Enfermeiro (a)

( ) Psicólogo (a)

( ) Assistente Social

Outro: _____

7. Número de horas trabalhadas semanalmente:

( ) 10 – 20 horas

( ) 21 – 30 horas

( ) 30 – 40 horas

( ) Mais de 40 horas

8. Tempo de experiência profissional:

( ) 0 – 5 anos

( ) 6 – 10 anos

( ) 11 – 15 anos

( ) 16 – 20 anos

( ) Mais de 20 anos

9. Tempo trabalhando diretamente no atendimento de vítimas de violência sexual:

( ) 0 – 5 anos

( ) 6 – 10 anos

( ) 11 – 15 anos

( ) 16 – 20 anos

( ) Mais de 20 anos

10. Setor que trabalha:

_____

APÊNDICE D – ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo – PUC SP

Data de preenchimento: ___/___/_____

INFORMAÇÕES GERAIS:

Gênero: ( ) F ( ) M

Idade: _____

Profissão: _____

Tempo de experiência no atendimento a vítimas de violência sexual: _____

1. O que o (a) senhor (a) faz para manter sua postura profissional durante o atendimento a vítimas de violência sexual?

   _____

   _____

2. O senhor (a) permanece pensando nos casos ou nas vítimas após os atendimentos?

   _____

   _____

3. Qual a influência que seu trabalho exerce sobre sua vida?

   _____

   _____

4. Que emoções ou sentimentos são frequentemente desencadeados durante ou após o atendimento a vítimas de violência sexual?

_____

_____

5. Que estratégias o (a) senhor (a) utiliza para minimizar os impactos do exercício de suas funções?

_____

_____

6. Que possíveis soluções o (a) senhor (a) acha que poderiam ser implementadas para minimizar as dificuldades com as quais se depara?

_____

_____

7. O (a) senhor (a) acha que seu trabalho afeta sua vida pessoal? Quais são os aspectos positivos e negativos?

_____

_____

8. Algum caso o (a) marcou de forma especial, gerando sofrimento ou satisfação? Poderia resumir?

_____

_____

ANEXOS

ANEXO A - ESCALA DE QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL (ProQOL – IV BR)

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 profissional como profissional (independentemente do local de trabalho).

	Nunca	Raramente	Poucas Vezes	Algumas vezes	Muitas Vezes	Quase sempre
a) Você atende pessoas que estão em sofrimento?	0	1	2	3	4	5
b) Você atende pessoas em risco de vida?	0	1	2	3	4	5
c) Você atende pessoas que passaram por algum evento traumático (ex: abuso sexual, assalto, agressão)?	0	1	2	3	4	5
d) Alguns casos que você atende te deixam impressionado?	0	1	2	3	4	5
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 sono por causa das experiências traumáticas de pessoas 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
		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 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 eu 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 ajudá-los.	0	1	2	3	4	5
21. Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que 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 as experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.	0	1	2	3	4	5

ANEXO B - QUESTIONÁRIO SOBRE TRAUMAS NA INFÂNCIA - QUESI (CHILDHOOD TRAUMA QUESTIONNAIRE - CTQ)

PUC-SP

ANEXO B - QUESI

Código da Participante:_____
Iniciais:_____

Questionário Sobre Traumas na Infância - QUESI
Childhood Trauma Questionnaire

NOME: _____
DATA: _____/_____/_____

		Nunca	Poucas vezes	Às vezes	Muitas vezes	Sempre
1)	Eu não tive o suficiente para comer.					
2)	Eu soube que havia alguém para me cuidar e proteger.					
3)	As pessoas da minha família me chamaram de coisas do tipo "estúpido (a)", "preguiçoso (a)" ou "feio (a)".					
4)	Meus pais estiveram muito bêbados ou drogados para poder cuidar da família.					
5)	Houve alguém na minha família que ajudou a me sentir especial ou importante.					
6)	Eu tive que usar roupas sujas.					
7)	Eu me senti amado (a).					
8)	Eu achei que meus pais preferiam que eu nunca tivesse nascido.					
9)	Eu apanhei tanto de alguém da minha família que tive de ir ao hospital ou consultar um médico.					
10)	Não houve nada que eu quisesse mudar na minha família.					
11)	Alguém da minha família me bateu tanto que me deixou com machucados roxos.					
12)	Eu apanhei com cinto, vara, corda ou outras coisas que machucaram.					
13)	As pessoas da minha família cuidavam umas das outras.					
14)	Pessoas da minha família disseram coisas que me machucaram ou me ofenderam.					
15)	Eu acredito que fui maltratado (a) fisicamente.					
16)	Eu tive uma ótima infância.					
17)	Eu apanhei tanto que um professor, vizinho ou médico chegou a notar.					
18)	Eu senti que alguém da minha família me odiava.					
19)	As pessoas da minha família se sentiam unidas.					
20)	Tentaram me tocar ou me fizeram tocar de uma maneira sexual.					
21)	Ameaçaram me machucar ou contar mentiras sobre mim se eu não fizesse algo sexual.					
22)	Eu tive a melhor família do mundo.					
23)	Tentaram me forçar a fazer algo sexual ou assistir coisas sobre sexo.					
24)	Alguém me molestou.					
25)	Eu acredito que fui maltratado (a) emocionalmente.					
26)	Houve alguém para me levar ao médico quando eu precisei.					
27)	Eu acredito que fui abusado (a) sexualmente.					
28)	Minha família foi uma fonte de força e apoio.					