

O impacto do cuidado de pacientes com COVID-19 na qualidade de vida profissional da área da saúde

The impact of COVID-19 patient care on the professional quality of life in the healthcare field

Douglas Henrique Barbosa de Sena¹

Millena Santana da Silva Marcos²

Lizete Malagoni de Almeida Cavalcante Oliveira³

Flaviane Cristina Rocha Cesar⁴

Resumo

Os profissionais da saúde sofrem alto risco de adoecimento mental durante o cuidado à pacientes com COVID-19. A Qualidade de Vida Profissional é uma norteadora que sensibiliza nossa visão para as experiências destes trabalhadores. O presente estudo objetivou avaliar a Qualidade de Vida Profissional de Trabalhadores da Área da Saúde que atuam nos cuidados a pacientes com COVID-19. Trata-se de um estudo misto sequencial exploratório, apresentado conforme critérios do Mixed Methods Appraisal Tool, realizado de julho a agosto de 2021 através de um formulário on-line entregue por e-mail e redes sociais. Os critérios de inclusão foram: ter pelo menos 30 dias de cuidados diretos aos pacientes com COVID-19. Excluíram-se profissionais da saúde que estiveram de férias ou licença durante esse período de coleta de dados. O instrumento de coleta foi composto por dados sociodemográficos e o ProQol-BR. Participaram do estudo 97 profissionais. Trabalhadores da saúde de todo o Brasil, portadores de doenças mentais e usuários de medicamentos com ação no sistema nervoso central apresentaram maior média nos escores de Burnout e Estresse Traumático Secundário ($p < 0,05$). Os resultados QUAL e QUAN corroboram para o aumento ou diminuição da satisfação por compaixão, assim como nos scores de Burnout e Estresse Traumático Secundário, no contexto do reconhecimento e do autorreconhecimento da valorização do papel da profissão. Enquanto isso, os trabalhadores portadores de doenças mentais ou em uso de medicamentos com ação no sistema nervoso, enfermeiros que estão em condições de trabalho desgastantes estão mais predispostos à fadiga por compaixão. Concluímos que os sentimentos negativos, a perda de pessoas próximas ou de pacientes são alguns dos gatilhos para fadiga por compaixão.

Palavras-chave: Fadiga por Compaixão; Indicadores de Qualidade de Vida; Infecções por Coronavírus; Saúde Mental.

¹ Graduado em Enfermagem pelo Centro Universitário Sul-Americana (UniFasam).

² Graduanda em Medicina pelo Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES).

³ Doutora em Ciências da Saúde, Professora da Universidade Federal de Goiás (UFG).

⁴ Doutora em Enfermagem, Professora do Centro Universitário Sul-Americana (UniFasam) e do Centro Universitário de Mineiros (UNIFIMES).

Abstract

Healthcare professionals are at high risk of mental illness while caring for patients with COVID-19. Professional Quality of Life is a guiding principle that sensitizes us to the experiences of these workers. This study aimed to evaluate the Professional Quality of Life of healthcare workers involved in the care of COVID-19 patients. It was a sequential exploratory mixed-methods study, presented according to the criteria of the Mixed Methods Appraisal Tool, conducted from July to August 2021 using an online form delivered via email and social media. The inclusion criteria were: having at least 30 days of direct care for COVID-19 patients. Healthcare professionals who were on vacation or on leave during the data collection period were excluded. The data collection instrument consisted of sociodemographic information and the ProQol-BR questionnaire. A total of 97 professionals participated in the study. Healthcare workers from across Brazil, individuals with mental illnesses, and users of central nervous system medications had higher mean scores for Burnout and Secondary Traumatic Stress ($p < 0.05$). The QUAL and QUAN results supported an increase or decrease in compassion satisfaction, as well as in the scores for Burnout and Secondary Traumatic Stress, within the context of recognizing and self-recognizing the value of the profession. Meanwhile, healthcare workers with mental illnesses or using medications affecting the nervous system, as well as nurses working in stressful conditions, were more prone to compassion fatigue. In conclusion, negative feelings, the loss of loved ones or patients, are some of the triggers for compassion fatigue.

Keywords: Compassion Fatigue; Coronavirus infection; Mental health; Quality of Life Indicators.

INTRODUÇÃO

A reflexão sobre aspectos do bem-estar do profissional da saúde extrapola o cuidar centrado no paciente, na perspectiva de que o cuidado a saúde humana, objeto de trabalho desses profissionais, também deve se ater a saúde de quem cuida. Essa temática tem sido cada vez mais reconhecida no Brasil e no mundo, e ressalta a necessidade de se compreender os riscos oriundos do trabalho na área da saúde, em especial durante a pandemia pelo novo Coronavírus¹.

A pandemia do COVID-19 trouxe mudanças em todos os setores da sociedade e fez mudar nossa visão de mundo, com graves consequências para a civilização, houve mudança nos costumes, na forma de se relacionar, modo de pensar e viver, mudou hábitos, até mesmo a forma de morrer, obrigando a lançar estratégias contra a propagação da pandemia e de adaptação até conseguir superar esse período².

A fadiga por compaixão é o processo no qual o profissional ligado ao cuidado e com demanda de traumas e sofrimento, sente-se fadigado mediante a exaustão física, mental ou biológica, provocada pela compaixão, partindo da hipótese de duplo sentindo ou também chamada de princípio da dualidade humana, do bem e do mal do ser humano. Dessa maneira estudo propõem a uma concepção dual de empatia e compaixão³.

O estresse por compaixão que é de onde se deriva a fadiga por compaixão tem ligação com consequência comportamental e emocional que vem da relação de vivenciar o sofrimento alheio, é uma tensão natural de querer ajudar uma pessoa que esteja passando por um sofrimento, tal sentimento é importante, pois motiva o ser humano a se empenhar para tirar um outro ser humano do sofrimento⁴.



A provocação de sentimentos e emoções diante do sofrimento humano é um processo esperado dos indivíduos. Especula-se que essas emoções tenham sido desenvolvidas durante nosso processo evolutivo, considerando que a sobrevivência individual dependeria do bem-estar do grupo. Outra perspectiva seria o aspecto social, onde vínculo emocional e laços afetivos circundam as bases de formação da sociedade. Em 1995, três autores introduziram os conceitos de efeitos negativos em cuidadores, sugerindo como resultado do processo de cuidar que esses poderiam estar traumatizados⁵.

Surge como uma síndrome com sintomas similares ao burnout toda via, vem do constante exercício de usar a compaixão sobre os cuidados prestados a outro ser vivo⁶. Assim ao utilizar a habilidade de compaixão ocorre uma diminuição da habilidade de experimentar alegria e até mesmo sentir preocupação com alguém⁷.

A ciência se atentou para a informação de que existe uma sintomatologia que explica uma categoria de transtorno psíquico, não psicótico, intitulado de fadiga por compaixão que tende a acometer, especificamente, profissionais cuidadores sejam eles médicos, enfermeiros, policiais, veterinários, militares, todo profissional que lidam com o cuidado^{8,9}.

Esses efeitos negativos passaram a ser conhecidos frequentemente por três termos, conforme cada autor: Figley⁸ (*compassion fatigue*), Stamm⁹ (*secondary traumatic stress*), Stamm¹⁰ e Pearlman⁵ (*vicarious traumatization*), representando três linhas convergentes de produções científicas sobre o tema⁸⁻¹⁰.

Como visto anteriormente, a fadiga por compaixão possui dois componentes: o burnout, estado de exaustão resultante de desgaste emocional pela interação do trabalhador da área da saúde com o paciente e/ou familiares em sofrimento, e o estresse traumático secundário é caracterizado pelo medo e/ou preocupação relacionado as experiências de trauma ou estresse compartilhadas pelos indivíduos assistidos como trabalhador da área da saúde¹⁰.

O Coronavírus (COVID-19) leva ao alto risco para desenvolver a fadiga por compaixão, assim identificar grupos e profissionais de saúde que sofrem risco, favorece intervenções efetivas, como além de terapias podemos acompanhar os transtornos mentais. Os cuidados com os profissionais que atuam diretamente na linha de frente é considerada saúde pública já que os cuidados dos pacientes necessitam desses profissionais. Assim estudos anteriores evidenciaram risco real de desenvolver a fadiga por compaixão e associar esse risco com o desconhecimento sobre a realidade desses profissionais nesse cenário pandêmico pode ser um entrave para o desenvolvimento de estratégias para a promoção e prevenção da saúde^{11,12}.

Assim, a fadiga por compaixão é uma experiência da compaixão, definição dada pelo estado de preocupação e aflição pelo bem-estar de outro indivíduo, levando em consideração a carga de estresse, e de sofrimento alheio que nos causa¹³. Segundo a literatura, a fadiga por compaixão é então a principal ameaça à saúde mental dos profissionais da área da Saúde¹⁴. O conceito mais



mencionado para fadiga por compaixão é a de Figley em 1996^{3,8} que pontua que a fadiga por compaixão é um fenômeno multidimensional composto por três eventos: fadiga por compaixão, *burnout* e satisfação por compaixão.

Em oposição à fadiga por compaixão, a satisfação por compaixão constitui aspecto positivo do cuidado de pacientes em sofrimento ou situação de trauma. É o prazer resultante da capacidade de desempenhar bem o seu trabalho, sentir positivamente sobre os seus colegas e/ou sobre a sua capacidade de atender/assistir. Cabe destacar que o ProQOL não é um teste diagnóstico, mas pode ajudar a reconhecer comunidades ou grupos em risco de desenvolver agravos físicos ou mentais¹⁰.

Nesse contexto o objetivo deste estudo foi avaliar, caracterizar, analisar a qualidade de vida profissional (QVP), além de identificar a frequência de fadiga e satisfação por compaixão dos trabalhadores da área da saúde que atuam no cuidado a pacientes com COVID-19.

MÉTODOS

Tipo, local e período do estudo

Trata-se de um estudo misto sequencial exploratório, apresentado conforme critérios do *Mixed Methods Appraisal Tool* (versão 2018), com coleta de dados *on-line* ocorrida entre julho e agosto de 2021.

População e elegibilidade

Todos os profissionais de saúde brasileiros que assistiram pacientes com COVID-19 foram convidados a participar da pesquisa. Os critérios de inclusão foram: ser graduado na área da saúde, ter vínculo empregatício com a instituição de saúde pública, privada ou filantrópica no Brasil, ser maior de 18 anos e ter assistido pacientes com COVID-19 há pelo menos 30 dias na atenção primária a saúde ou serviço hospitalar (hospital e/ou unidade de pronto atendimento). Foram excluídos profissionais de saúde que estiverem em férias ou licença durante o período de coleta de dados ou que exerceram apenas função administrativa, gestão ou outra que não configure cuidado direto a pacientes.

O recrutamento dos participantes foi por amostragem intencional de profissionais de saúde brasileiros, que receberam por e-mail carta convite para participar. Inicialmente, foram convidados profissionais de saúde autores em publicações científicas identificadas por meio de busca não controlada, utilizando os termos “nurs” e “Covid-19” ou “*CoronavirusInfections*” e “*PrimaryHealthCare*” ou “*HospitalCare*”, com filtro para a região do Brasil, nos últimos cinco anos (2019-2021), na Web of Science, PubMed e LILACS.



Assim, a amostra final foi constituída por profissionais de saúde que retornaram o e-mail convite, e tiveram experiência no cuidado ao paciente/família/comunidade na atenção primária à saúde e/ou no ambiente hospitalar.

Operacionalização e instrumento da coleta de dados

Os dados foram coletados com os profissionais que responderem ao e-mail convite para preencher o formulário de autopreenchimento *on-line*, no período de outubro e dezembro de 2021. Em seguida, tiveram acesso ao formulário propriamente dito, com perguntas semiestruturadas de identificação e características sociodemográficas e profissionais.

O instrumento utilizado foi composto por duas partes, a primeira objetiva caracterizar os participantes do estudo e identificou variáveis de exposição que podem explicar a sua QVP, assim continha duas perguntas abertas “ Como você descreveria a sua experiência de cuidar de pacientes com COVID-19” sendo a segunda pergunta “Como o cuidado de pacientes com COVID-19, mudou sua vida?”. O segundo avaliou a QVP por meio de um instrumento validado previamente.

Caracterização pessoal e profissional

Os itens de caracterização pessoal e profissional foram elaborados pelo pesquisador, com base na literatura¹⁵. E foram submetidos a avaliação de conteúdo por um painel de especialistas e teste piloto antes de serem utilizados¹⁶. Composto por questões estruturadas referentes a variáveis de exposição que podem se relacionar com a QVP (gênero, idade, nível educacional, tempo e número de vínculo empregatício, tempo de trabalho na unidade e na instituição e existência de outro vínculo empregatício).

Professional Quality of Life (ProQol)

A escala ProQol foi usada para avaliar a QVP. Esse instrumento possui três subescalas: satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário, sendo os dois últimos componentes da fadiga de compaixão. A autorização para uso gratuito do ProQOL é garantida pela autora no site do instrumento (<http://www.proqol.org/>).

A versão brasileira do ProQol, o ProQol-BR, apresenta boas propriedades psicométricas, alfa de Cronbach 0,811 para a subescala satisfação por compaixão 0,838 para a subescala estresse traumático secundário e 0,769 para a subescala *burnout*¹⁴. O instrumento é autoaplicável, possui 28 itens, cujas respostas de cada item são ancoradas em escala tipo Likert de uma cinco (1=



raramente, 2= poucas vezes, 3= algumas vezes, 4= muitas vezes, e 5= quase sempre), avaliando a frequência com que cada item foi percebido pelos profissionais de saúde nos últimos 30 dias¹⁰.

O cálculo dos escores do ProQol é realizado por meio de três etapas: Etapa 1, reversão das respostas dos itens q1, q4, q15, q17 e q29, onde, (1=5) (2=4) (3=3) (4=2)(5=1). Etapa 2, Soma dos itens de cada subescala, escala 1 satisfação por compaixão, escala 2 *burnout* e escala 3 estresse traumático secundário. A etapa 3 envolve conversão dos valores levantados na etapa 2 conforme sintaxe disponibilizada no manual do instrumento e posterior conversão em categorias¹⁰.

Análise dos dados

As variáveis sociodemográficas e profissionais foram analisadas por meio de estatística descritiva com a utilização de frequências absolutas e relativas. O teste Mann–Whitney e Kruskal-Wallis foram realizados para verificar a variação das médias dos domínios de QVP entre variáveis sociodemográficas e profissionais, considerando significância estatística o valor de $p < 0,05$. A apresentação dos dados QUAL e QUAN foi realizada por meio do quadro síntese dos resultados.

Aspectos éticos

Este estudo seguiu as diretrizes para pesquisa em seres humanos dispostas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde¹³. O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás–IFG, número do Parecer: 4.775.789.

RESULTADOS

A tabela 1 apresenta as características sociodemográficas e profissionais dos participantes. Os relatos dos enfermeiros demonstrando que se sentem exaustos e que o trabalho que realizam não apresentam resultado corroboram com as maiores médias de escore de burnout e estresse traumático secundário evidenciados no estudo ($p < 0,05$):

Me apego mais aos pacientes. (P04)

Sinto que nada que faço é suficiente. Estressante e desgastante. (P11)

Exigência demais, esforço, conhecimento e sacrifício. P14)

Complicada. Estressante. Aflitiva e difícil. Uma doença nova, onde não temos muitas informações e as pessoas não colaboram. Passei a odiar pacientes! (P61)



Estressante, triste, solitária. Me deixou mais nervosa e irritada com minha família, desenvolvi bruxismo, deslocamento da ATM, degeneração óssea e tireoidite de hashimoto. (P129)

Alinhado a esse contexto da tabela 1, utilizar medicamentos com ação no sistema nervoso central e/ou possuir distúrbios mentais ou comportamentais foram associados a maiores médias de escore de burnout e estresse traumático secundário ($p < 0,05$). Os relatos dos profissionais mostrados logo abaixo ilustram a predisposição deles a componentes da fadiga por compaixão:

Medo de contrair a doença diariamente. Distanciamento da família. Angústia ao ver algum paciente agravando. (P03)

Carga emocional mais pesada. (P14)

Pesado fisicamente e psicologicamente. Isto ficou muito evidente nos meses de pico. (P123)

Rotina cansativa, cheia de expectativa, mas na maioria das vezes satisfatória. (P135)

Os resultados QUAL e QUAN corroboram para aumento da satisfação por compaixão e, diminuição do estresse traumático secundário e burnout, no contexto do autorreconhecimento da valorização do papel da profissão e controle/gestão das emoções. Em contrapartida, o sentimento de impotência diante da experiência de morte, condições e carga de trabalho podem ter favorecido mais altos escores de ETS e BO, e redução da SC (Quadro 1).

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos profissionais da área da saúde que atenderam pacientes com COVID-19 (n=97). (continua)

Variáveis			Domínios da Qualidade de Vida Profissional								
			Satisfação por compaixão			Burnout			Estresse traumático secundário		
			Média	DP	p	Média	DP	p	Média	DP	P
Gênero	Feminino	75 (77,3)	38,5	5,9	0,740	26,5	5,3	0,474	24,9	6,8	0,395
	Masculino	22 (22,7)	38,5	7,6		25,8	6,2		24,0	9,3	
Idade	≥18 anos e ≤30 anos	28 (28,9)	37,8	6,0	0,101**	27,1	5,8	0,611**	25,7	7,1	0,649**
	>30 anos e ≤45 anos	52 (53,6)	38,5	6,2		26,1	5,3		24,2	7,4	
	>45 anos	17 (17,5)	40,8	6,4		25,7	5,8		24,6	8,3	
Uso de medicamento com ação no SNC	Sim	29 (29,9)	37,3	6,6	0,324*	28,2	6,0	0,035*	28,0	8,1	0,010*
	Não	68 (70,1)	39,0	6,0		25,5	5,1		23,3	6,7	
Condição de saúde	Não possui	52 (53,6)	38,2	6,0	0,261**	26,3	5,2	0,017**	24,2	6,7	0,037*
	DCNT ou infecciosa	17 (17,5)	40,5	6,1		23,4	4,6		21,4	7,2	
	Distúrbios mentais ou comportamentais	28 (28,9)	37,8	6,6		28,1	5,9		27,6	8,1	
Região do país que trabalha	Norte	4 (4,1)	45,2	3,8	0,208**	23,0	5,8	0,607**	24,2	9,7	0,164**
	Nordeste	11 (11,3)	37,0	6,0		26,1	3,9		22,9	5,1	
	Centro-	48 (49,5)	38,2	6,8		27,0	5,6		26,4	7,6	
	Oeste	17 (17,5)	39,2	4,1		25,3	4,3		21,5	7,0	
	Sudeste	17 (17,5)	38,2	6,4		26,2	6,9		24,3	7,3	

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica dos profissionais da área da saúde que atenderam pacientes com COVID-19 (n=97). (conclusão).

Variáveis		N(%)	Domínios da Qualidade de Vida Profissional								
			Satisfação por compaixão			Burnout			Estresse traumático secundário		
			Média	DP	p	Média	DP	p	Média	DP	P
Nível acadêmico	Ensino médio	8 (8,2)	39,8	8,1	0,616**	25,3	4,4	0,504**	27,3	6,1	0,391**
	Graduação	12 (12,4)	40,2	4,3		25,6	4,6		24,2	6,2	
	Especialização	40 (41,2)	38,1	6,3		26,8	5,6		25,6	8,4	
	Mestrado	30 (30,9)	38,0	6,2		26,9	6,0		24,0	7,0	
	Doutorado	7 (7,2)	39,1	7,2		23,5	5,2		20,5	6,0	
Categoria profissional	Enfermeiro	37 (38,1)	36,2	6,5	0,037**	28,6	5,7	0,026**	27,1	7,3	0,012**
	Médico	24 (24,7)	40,5	5,0		24,8	4,7		21,2	7,0	
	Fisioterapeuta	18 (18,6)	39,5	5,2		25,0	5,6		23,0	6,4	
	Outros	18 (18,6)	39,5	7,2		25,0	4,7		26,2	7,5	
Nível de atenção em que atua	Hospitalar/ambulatorial	80 (82,5)	38,8	6,0	0,477**	26,1	5,6	0,575**	24,1	7,6	0,241**
	Atenção primária	14 (14,4)	36,6	8,1		27,5	3,7		27,7	5,7	
	Outros	3 (3,1)	38,6	3,2		26,0	11,1		26,0	8,1	
Experiência profissional	Menos de 5 anos	37 (38,1)	38,0	6,2	0,728**	25,8	5,6	0,717**	25,0	7,3	0,910**
	De 5 a 10 anos	19 (19,6)	37,7	6,5		26,8	5,2		24,5	8,2	
	Mais do que 10 anos	41 (42,3)	39,3	6,2		26,6	5,6		24,5	7,4	
Experiência no cuidado a pacientes com COVID-19	≤6 meses	10 (10,3)	39,8	3,2	0,511**	24,3	5,2	0,416**	23,2	6,3	0,432**
	>6 meses e ≤1 ano	11 (11,3)	36,5	6,9		27,8	6,4		27,0	6,9	
	Maior de 1 ano	74 (76,3)	38,5	6,5		26,4	5,4		24,7	7,7	

*Teste aplicado: Mann–Whitney; ** Teste aplicado: Kruskal-Wallis



Quadro 1. Domínios da escala de qualidade de vida profissional avaliados entre profissionais da área da saúde do Brasil durante a pandemia da COVID-19, Brasil, 2021 (n=97)

Domínios da escala	Qualidade vida profissional		
	Resultados		Interpretação (Meta-inferência)
	QUAN	QUAL	
Satisfação por compaixão	Baixo n=1;1,0%	Experiência: <i>Muito triste quando paciente vem à óbito (P127).</i> Mudanças na vida pessoal e profissional: <i>Passei a me cuidar mais e preocupar com as pessoas que estão próximas! (P127).</i>	A superação de sentimentos negativos (medo) e a valorização do papel exercido (gratidão) foram possivelmente o mecanismo propulsor da alta satisfação por compaixão. A diminuição da satisfação por compaixão provavelmente se deu pelo sentimento de impotência diante da experiência da morte e do morrer.
	Moderado à alto n= 96;99,0%	Experiência: <i>No início tive muito medo, hoje levo como cuidados assistencial de rotina (P139).</i> Mudanças na vida pessoal e profissional: <i>Trouxe como aprendizado de vida (P74). Muito gratificante poder fazer tudo que está ao meu alcance e estar em paz, independente do resultado final, eu dei o meu melhor (P108).</i>	
Burnout	Baixo n= 26;26,8%	Experiência: <i>Estressante e cansativa, porém reconfortante (P58).</i> Mudanças na vida pessoal e profissional: <i>Aprender a lidar com as condições disponíveis, quase sempre precárias e insuficientes no cuidado necessário ao paciente (P104).</i>	O aumento da carga de trabalho e as condições desfavoráveis de trabalho (recursos físicos e materiais inadequados), somados a carga emocional da doença, podem explicar o burnout descritos pelos participantes.
	Moderado à alto n= 71;73,2%	Experiência: <i>Estressante, cansativo. Poucos profissionais, material restrito para uso (P136).</i> Mudanças na vida pessoal e profissional: <i>Me fez valorizar mais as pequenas coisas, me fez ter medo de perder meus familiares, em muitas vezes me deixou mais estressada pois o serviço triplicou e alguns momentos o número de profissionais diminuiu (muitos atestados, tanto por estar com COVID, como por não aguentar a pressão do trabalho) (P02).</i>	
Estresse traumático secundário	Baixo n= 38;39,2%	Experiência: <i>Aprendendo todos os dias. Muito trabalho, estudo e resiliência (P35).</i> Mudanças na vida pessoal e profissional: <i>Precisei adotar mecanismos para melhor controle das minhas emoções (P35).</i>	O sentimento de pesar, a perda e a morte de pessoas próximas ou pacientes representaram rupturas que foram gatilhos para perceber o trabalho como assustador. O controle das emoções e mecanismos de coping podem ter favorecido a resiliência dos profissionais, reduzindo o estresse traumático secundário.
	Moderado à alto n= 59;60,8%	Experiência: <i>Sentimento de medo de ser contaminada ou de contaminar meus familiares e ainda sofro junto com as famílias, que as vezes já perderam outros familiares (P130).</i> Mudanças na vida pessoal e profissional: <i>No início eu quis ajudar o mundo inteiro, me sentia corresponsável, depois, fui sentindo minha energia indo embora. Vi minha equipe de trabalho sendo dividida e desfeita. Minha família tendo que se afastar de mim (P57). Hoje eu sou muito mais ansiosa e tenho mais medo de ser paciente (P53)</i>	

Fonte: Elaborado pelos autores.



DISCUSSÃO

Sentir-se valorizado e reconhecido em seu papel como profissional da saúde deixa o trabalhador seguro em realizar sua função. Desta forma, profissionais da saúde que trabalharam na gestão do cuidado de pacientes com COVID-19, mas que, pelo autorreconhecimento da valorização do papel que exerceram ou por manter o equilíbrio nas experiências positivas e negativas tendem a apresentar maiores scores de Satisfação por Compaixão e menores níveis de Fadiga por Compaixão por sentirem que a realização de suas funções é fundamental para a evolução dos pacientes⁹.

Os profissionais que possuem adoecimentos mentais ou utilizam fármacos que atuam no SNC são mais propensos ao desenvolvimento de Estresse Traumático Secundário e Burnout¹⁶. Os transtornos depressivos são um fator de risco para o acometimento das doenças ligadas ao trabalho¹⁸. Assim, profissionais da saúde que possuem alguma doença mental possuem maior risco do desenvolvimento de Fadiga por Compaixão, assim os profissionais que usam medicamentos que atuam no SNC estão mais vulneráveis a Fadiga por Compaixão^{19,20}.

Nesse contexto da COVID-19, a maior exposição à Fadiga por Compaixão pode explica-se pelo contato direto com o paciente doente, elevação na carga de trabalho e a utilização constante de Equipamento de Proteção Individual (EPI)²¹. Assim, os fatores estressores advindos com a COVID-19 influenciam para a redução nos níveis de Satisfação por Compaixão e favorecem o comprometimento da QVP em enfermeiros. Pela consequência da exposição a dor e sofrimento prolongada e aos elevados níveis de estresse no ambiente de trabalho, o Burnout em profissionais de saúde com sobrecarga são comuns¹⁸.

Em relação ao cenário vivido na pandemia de Coronavírus, as condições de trabalho na área da saúde passaram por mudanças como o aumento da demanda de trabalho assim comprometendo o desempenho do profissional não somente por esse fator como também, a disponibilidade reduzida de insumos e profissionais, lotação elevada de pacientes ou pela redução de materiais necessários para a realização dos procedimentos¹⁴.

O *Burnout* ocasionado pela mudança no cenário da saúde, pelos profissionais de saúde sobrecarregados e em desfavoráveis condições no trabalho pelo Estresse Traumático Secundário, síndrome ocupacional gerada pela exposição a incidentes experienciados por outras pessoas (o paciente) é recorrente. Logo, a sobrecarga e as condições negativas do trabalho sugerem a elevação nos scores de Fadiga por Compaixão¹⁴.

A morte frequente dos pacientes a exposição do profissional a dor e sofrimento alheio, elevou ao surgimento de Fadiga por Compaixão em profissionais da saúde após o início da pandemia, no Brasil. Neste sentido, o adoecimento possui relação como sentimento de pesar e perda constantemente vividos por este grupo de profissionais. Considerando, o alto número de



pacientes mortos pela infecção do Coronavírus pode ter relação com a elevação nos quadros de Fadiga por Compaixão¹⁴.

CONCLUSÃO

A alta satisfação por compaixão se relaciona pelo sentimento de valorização do papel da profissão e capacidade em desenvolver equilíbrio psicológico entre as experiências positivas e negativas. Já os profissionais que possuem doença mental ou utilizam medicamentos com ação no sistema nervoso, os profissionais da saúde que vivenciam condições de trabalho desgastantes estão mais vulneráveis à fadiga por compaixão. Os sentimentos de pesar, a perda e a morte de pessoas próximas ou pacientes são gatilhos para fadiga por compaixão.

É importante elaborar suporte psicológico aos trabalhadores da área da saúde e garantir condições dignas de trabalho, para que o profissional possa exercer sua profissão com menor risco para a sua saúde e a de seus pacientes, priorizando àqueles que possuam e/ou tratem alguma doença mental. É imprescindível construir um canal de diálogo sobre luto, a perda e a morte no ambiente de trabalho por meio de discussões, capacitações.

REFERÊNCIAS

1. Andersen KG, Rambaut A, Lipkin WI, Holmes EC, Garry RF. The proximal origin of SARS-CoV-2. Nat Med. 2020;26:450-452.
2. Gostin LO, Wiley LF. Governmental public health powers during the covid-19 pandemic: stay-at-home orders business closures and travel restrictions. Jama. 2020;323(21):2137-8.
3. Figley CR. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: Brunner/Mazel; 1995.
4. Andrade MC. Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental economia solidária. Psicologia: Ciência e Profissão. 2013;33(1):174-191.
5. Pearlman LA, Saakvitne KW. Trauma and the therapist: counter transference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors. New York: Norton; 1995.
6. Cavanagh N, Cockett G, Heinrich C, Doig L, Fiest K, Guichon JR, et al. Compassion fatigue in healthcare providers: a systematic review and meta-analysis. Nurs Ethics. 2020;27(3):639-65.
7. Mohammadi M, Peyrovi H, Mahmoodi M. The relationship between professional quality of life and caring ability in critical care nurses. Dimens. Crit. Care. Nurs. 2017;36(5):273-7.
8. Figley CR. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized. New York: 1995. Brunner/Mazel.
9. Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the compassion satisfaction and fatigue test. New York: Brunner-Routledge; 2002.



10. Stamm BH. The concise ProQOL manual. Pocatello, ID: ProQOL.org. 2010.
11. Joshi G, Sharma G. Burnout: a risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. Asian J Psychiatr. 2020;54:e102300.
12. Ruiz-Fernández MD, Ramos-Pichardo JD, Ibáñez-Masero O, Cabrera-Troya J, Carmona-Rega MI, Ortega-Galán ÁM. Compassion fatigue, burnout, compassion satisfaction and perceived stress in healthcare professionals during the COVID-19 health crisis in Spain. J Clin Nurs. 2020;29(21-22):4321-30.
13. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. 2012.
14. Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. Estudos de Psicologia. 2013;18(2):213-21.
15. Collins S, Long A. Too tired to care? the psychological effects of working with trauma. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2003;10(1):17-27.
16. Hunsaker S, Chen HC, Maughan D, Heaston S. Factors that influence the development of compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in emergency department nurses. J Nurs Scholarsh. 2015;47(2):186-94.
17. Lynn MR. Determination and quantification of content validity. Nurs Res. 1986;35(6):382-5.
18. Teixeira NT, Farci MS, Sampaio ALP, Guimarães LAM. Transtorno por estresse pós-traumático relacionado ao trabalho. In: Guimarães LAM (org.). Série saúde mental e trabalho; 2004:119-30.
19. Moix J, Casado M, Dolo C. Terapias psicológicas para el tratamiento del dolor crónico. Clínica y Salud. 2011;22(1):41-50.
20. Florio, C. Burnout and compassion fatigue: a guide for mental health professionals and care givers. Lexington: Create Space; 2010.
21. Maslach C, Leiter M. The truth about Burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. São Francisco: Jossey-Bass Publishers; 1997.
22. Pereira RM. Nursing care, relevance in the context of the COVID-19 pandemic. Enfermería. 2020;9(1):1-2.

Contato para correspondência:

Douglas Henrique Barbosa de Sena

E-mail:

douglasenfermeirouti@gmail.com

Conflito de interesse: Não

Financiamento: Recursos próprios

