

Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão em profissionais de saúde de unidades de terapia intensiva (UTIs) no contexto pandêmico

Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in health professionals from intensive care units (ICU) in the pandemic context

Márcia Luíza Pit Dal Magro¹, Thais Aparecida Vasconcelos Rodrigues²,
Letícia de Lima Trindade³, Áquila Araújo Gonçalves Rodrigues Zilki⁴

Resumo

Os profissionais de saúde que atuam em cuidados intensivos foram expostos a situações estressantes durante a pandemia de Covid-19, considerando o aumento significativo da demanda por este nível de cuidado. Tendo em vista este cenário, a presente pesquisa teve como objetivo identificar a presença de Fadiga por Compaixão e Satisfação por Compaixão em equipe multidisciplinar de Unidade de Terapia Intensiva para Covid-19, de um hospital localizado no Sul do Brasil. Foi utilizado método misto qualitativo e quantitativo, com questionário sociolaboral, Escala Professional Quality of Life-V (ProQOL-V), e entrevista semiestruturada. Participaram da parte quantitativa 58 profissionais de saúde e da parte qualitativa três profissionais. Os resultados apontam a Satisfação por Compaixão e o Burnout médio, e o Estresse Traumático Secundário baixo. O excessivo número de mortes, as novas formas de lidar com esta e o medo de se contaminar e/ou morrer foram aspectos centrais no sofrimento apresentado pelos profissionais. Compreende-se que foram fatores fundamentais à satisfação por compaixão o bom relacionamento da equipe e o reconhecimento dos pacientes e familiares. Sugere-se novo estudo longitudinal objetivando investigar como estes indicadores se comportam na exposição dos profissionais a longo prazo.

Palavras-chave: Fadiga por Compaixão; Satisfação por Compaixão; Covid-19; Saúde do trabalhador.

¹ Doutora em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Santa Catarina, Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Educação (Mestrado e Doutorado) e do Curso de Psicologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Santa Catarina, Brasil. *E-mail:* mapit@unochapeco.edu.br

² Graduada em Psicologia pela Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Santa Catarina, Brasil. *E-mail:* thais.rodrigues@unochapeco.edu.br

³ Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Santa Catarina, Brasil. Professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem na Atenção Primária à Saúde (Mestrado Profissional) da Universidade do Estado de Santa Catarina (Udesc), Santa Catarina, Brasil. *E-mail:* leticia.trindade@unochapeco.edu.br

⁴ Mestra em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás (PUC Goiás), Goiás, Brasil. Professora do Curso de Psicologia da Universidade Comunitária da Região de Chapecó (Unochapecó), Santa Catarina, Brasil. *E-mail:* aquila_zilki@unochapeco.edu.br

Abstract

Health professionals working in intensive care are daily exposed to critical and stressful situations, as well as traumatic events, a phenomenon that became even more significant during the Covid-19 pandemic, when considering the significant increase in the demands for this level of care. In view of this scenario, the present research aimed to identify the presence of Compassion Fatigue and Compassion Satisfaction in a multidisciplinary team of the Intensive Care Unit Covid-19 (ICU Covid-19), of a hospital located in the South of Brazil. A mixed qualitative and quantitative method was used, given the application of a socio-labour questionnaire, the Professional Quality of Life Scale-V (ProQOL-V) by Stamm (2010), translated and adapted into Portuguese in the first stage of the research, and a semi-structured interview in the second stage. 58 health professionals who worked in the Covid ICU participated in the quantitative part and three professionals who responded to the instruments participated in the qualitative part. Among the working conditions, long hours stand out, as well as a lack of professionals and technical preparation to deal with a new situation. The results point to Compassion Satisfaction and medium Burnout, and low Secondary Traumatic Stress. It is understood that the compassion satisfaction and the good relationship of the team was a fundamental factor, however, a new longitudinal study is suggested, aiming to investigate how these indicators behave in the exposure of professionals in the long term.

Keywords: Compassion Fatigue; Satisfaction by Compassion; Covid-19; Worker's health.

1. Introdução

A pandemia da Covid-19 produziu elevado número de mortes diretas e indiretas, as quais de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) chegaram a 14,9 milhões no período de 2020 a 2021. A grande demanda de casos graves decorrentes da doença e o colapso do sistema de saúde em várias regiões contribuem para este cenário. No caso específico do Brasil, o elevado número de óbitos segundo Moreira (2021, p. 2) estaria relacionado ao fato do país ter apresentado “[...] uma taxa de testagem inferior ao que seria esperado para o adequado controle da epidemia, flexibilizações de medidas de distanciamento social por pressões econômicas e instabilidades na coordenação setorial no campo da saúde pública”.

O cenário pandêmico gerou fortes tensionamentos ao Sistema Único de Saúde (SUS), o qual, apesar de ser estratégico para o país, já vinha fragilizado pela redução de investimentos públicos (IPEA, 2022). Nos territórios de saúde que colapsaram pela pandemia, entre os quais estão aquele em que foi realizado o estudo ora apresentado, observou-se problemas como falta de oxigênio, insumos para manutenção hospitalar, equipamentos

de proteção individual (EPIs), leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), ventilador mecânico, testes e medicação. O grande número de mortes e as novas formas impostas para lidar com a morte no contexto hospitalar, tanto aos profissionais quanto aos familiares, devido às medidas sanitárias, foram também uma diferença importante que se apresentou aos trabalhadores nas UTIs.

Durante os dois primeiros anos da pandemia, os profissionais de saúde foram afetados de forma importante. A OMS, junto às Nações Unidas do Brasil, apontaram que entre os óbitos notificados, cerca de 180 mil eram de profissionais da saúde em decorrência da Covid-19 (ONU Brasil, 2021).

Os profissionais de saúde que atuaram na linha de frente dos serviços enfrentaram “[...] o excesso de trabalho; assistência a pacientes com emoções negativas; falta de contato com a família; falta de equipamentos médicos; [...] escassez de equipamentos de proteção individual; ansiedade de assumir papéis clínicos novos ou desconhecidos [...]” (Teixeira *et al.*, 2020, p. 3468). Os problemas relacionados à saúde mental decorrentes destes fatores também são levantados pelos autores referidos, entre os quais ansiedade, depressão, perda de qualidade do sono e insônia, aumento do uso

de drogas, sintomas psicossomáticos, medo de se infectar ou infectar familiares, estresse, raiva, solidão, sensação de esgotamento, além de um efeito duradouro no bem-estar geral (Teixeira *et al.*, 2020).

A Fadiga por Compaixão (FC) (Nolte *et al.*, 2017) pode ser considerada uma das principais ameaças à saúde mental dos profissionais atuantes neste cenário (Al Barmawi *et al.*, 2019). Sua definição remete a um estado de exaustão física e psicológica, resultante do processo de cuidar daqueles que sofrem. As situações traumáticas relacionadas à FC podem ocorrer devido a episódios isolados, bem como pela exposição em médio e longo prazo a fatores estressantes (Figley, 1995). Ainda, o resultado progressivo e cumulativo ocasionado pelo contato intenso e prolongado com pacientes que apresentam situações de vulnerabilidades, como os que ficam internados em unidades de terapia intensiva (UTIs), pode fazer com que o profissional não consiga lidar de modo saudável com esse sofrimento, permitindo a absorção do sentimento negativo, o que leva à FC (Lago; Codo, 2010).

Um estudo realizado nas Filipinas com 270 enfermeiros atuantes na linha de frente contra a Covid-19 mostrou que esses profissionais são altamente vulneráveis à ocorrência da FC, o que afeta sua saúde mental, o modo como o trabalho é realizado e, conseqüentemente, coloca em risco a segurança do paciente (Labrague; De Los Santos, 2021). As conseqüências do evento afetam diretamente e negativamente os profissionais de saúde, os pacientes, a organização, a sociedade e o sistema de saúde, causando problemas como o aumento da rotatividade, processos judiciais, afastamentos médicos, entre outros (Peters, 2018). Também reflete no desempenho profissional, ocasionando baixa autoestima, absenteísmo, insatisfação, incapacidade de tomar decisões, além de sintomas físicos, emocionais, mentais e cognitivos (Jilou, 2021).

Considerando os impactos da pandemia para a qualidade de vida dos profissionais de saúde, esta pesquisa teve como objetivo identificar a presença de FC e Satisfação por Compaixão (SC) em equipe

multidisciplinar da Unidade de Terapia Intensiva para Covid-19, de um hospital localizado no Sul do Brasil.

2. Método

A pesquisa do tipo descritiva-exploratória e de corte transversal, caracteriza-se como mista. De acordo com Creswell (2007), o propósito de realizar um estudo por meio de métodos mistos, diz respeito a integrar os dois tipos de informações, as quantitativas e as qualitativas. Para o autor, integrar significa “juntar”, “misturar” e a complementaridade entre instrumentos qualitativos e quantitativos “[...] incorpora tanto a necessidade de explorar como a de explicar” (Creswell, 2007, p. 211).

A pesquisa ora proposta teve como público-alvo os profissionais que atuavam em duas UTIs implementadas em um hospital geral em função da pandemia da Covid-19. Esse serviço, de caráter filantrópico, está localizado em uma cidade de médio porte do Sul do Brasil, atendendo uma região com população de aproximadamente 1,3 milhão de pessoas. Nestas UTI-Covid trabalhavam 98 profissionais de saúde no período da pesquisa. A amostra foi assim composta a partir de estratégia acidental não probabilística (Sarrufat; Olmos; Blanxart, 1999), em que foram incluídos somente profissionais que se dispuseram a contribuir com o estudo.

Para atingir ao objetivo delineado foram utilizados como instrumentos e técnicas a aplicação de um questionário sociolaboral, a Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL), e entrevistas semiestruturadas. Em uma primeira etapa da pesquisa foi aplicada a Escala de Qualidade de Vida Profissional (ProQOL) versão 5 de Stamm (2010), traduzida e adaptada para o português por Carvalho (2011). A avaliação da qualidade de vida profissional por meio desse instrumento é feita através de três subescalas que incorporam dois aspectos, o positivo (SC) e o negativo (FC). A FC, por sua vez, divide-se em duas partes, cada uma representada por uma subescala, sendo elas o Estresse Traumático Secundário (ETS), e o Burnout (BO) (Stamm, 2010). A Escala ProQOL é composta assim por 30

itens, os quais permitem avaliar a percepção do participante através de uma escala de *Likert* de 5 pontos, variando de 1 (Nunca) a 5 (Muito frequentemente), e no Burnout (BO) a escala é invertida.

Na ocasião também foi aplicado um questionário sociolaboral aos participantes, a fim de caracterizar o público-alvo do estudo. Este instrumento era constituído por oito questões fechadas que versavam especialmente sobre a formação, o tempo de atuação e a jornada de trabalho. Esta primeira etapa foi realizada durante o mês de novembro de 2021 e participaram 58 profissionais de saúde, o que correspondia a 59,18% dos trabalhadores do setor.

Em uma segunda etapa da pesquisa foram realizadas entrevistas semiestruturadas, entre profissionais que se disponibilizaram durante a realização da primeira etapa. Os temas abordados durante esta foram as condições de trabalho durante a pandemia e como estas impactaram a saúde mental dos profissionais de saúde, com destaque para o número de mortes e as novas formas de se lidar com esta. Foram entrevistados três profissionais de saúde, dos quais dois eram médicos e um enfermeiro. Destaca-se que esta segunda etapa ocorreu cinco meses após a primeira, e que muitos profissionais que tinham sinalizado positivamente para participar da entrevista na primeira etapa, declinaram quando feito o contato no segundo momento.

A hipótese que tecemos para explicar esta desistência se dá em torno das demissões que vinham ocorrendo no hospital quando foi realizada a segunda etapa, o que pode ter comprometido a decisão dos profissionais.

A análise das informações qualitativas foi realizada por meio de análise temática de conteúdo de Minayo (2008). Já os dados quantitativos foram submetidos à análise estatística, conforme disposto no Manual para avaliação do Professional Quality of Life (ProQOL-V) de Stamm (2010). As orientações deste autor possibilitam saber o escore que cada profissional atingiu em cada subescala do instrumento, o qual pode ser considerado baixo (quando o escore for igual ou ≤ 43), moderado (quando o escore estiver entre 43 e 57) e alto (quando o escore for ≥ 57).

Os dados quantitativos foram inseridos e analisados no *software* Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 21.0, por meio do qual foram aplicadas análises estatísticas descritivas para caracterizar a amostra (média, frequência, desvio-padrão e porcentagem), expressos na Tabela 1. Para avaliação de confiabilidade do ProQOL-V foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach, que varia entre 0 e 1, tendo como valor mínimo aceitável 0,7, apresentando os seguintes resultados: SC (Alfa = 0,85); BO (Alfa = 0,44); ETS (Alfa = 0,81).

Tabela 1 - Análise estatística das escalas do Professional Quality of Life (ProQOL-V).

	Validade / Percentual					Média	Desvio-padrão
	Nunca	Raramente	Por vezes	Frequentemente	Muito Frequentemente		
A1	6,9	29,3	50	13,8	0	2,71	0,79
A2	8,6	25,9	43,1	20,7	1,7	2,81	0,92
A3	1,7	5,2	43,1	50	0	3,41	0,67
A4	17,2	25,9	39,7	15,5	1,7	2,59	1,00
A5	55,2	20,7	17,2	6,9	0	1,76	0,97
A6	5,2	27,6	44,8	22,4	0	2,84	0,83
A7	58,6	31	3,4	6,9	0	1,59	0,85
A8	84,5	10,3	1,7	3,4	0	1,24	0,65

Continua

Continuação

A9	58,6	20,7	13,8	6,9	0	1,69	0,95
A10	70,7	15,5	10,3	1,7	1,7	1,48	0,88
A11	27,6	44,8	15,5	12,1	0	2,12	0,95
A12	5,2	37,9	56,9	0	0	3,52	0,59
A13	65,5	27,6	1,7	3,4	1,7	1,48	0,84
A14	65,5	19	13,8	1,7	0	1,52	0,80
A15	25,9	6,9	32,8	32,8	1,7	2,78	1,21
A16	5,2	13,8	51,7	29,3	0	3,05	0,80
A17	10,3	29,3	29,3	31	0	2,81	0,99
A18	6,9	13,8	34,5	44,8	0	3,17	0,92
A19	44,8	25,9	15,5	12,1	1,7	2	1,12
A20	5,2	15,5	56,9	22,4	0	2,97	0,77
A21	44,8	27,6	13,8	12,1	1,7	1,98	1,11
A22	3,4	8,6	32,8	55,2	0	3,4	0,79
A23	70,7	24,1	3,4	1,7	0	1,36	0,64
A24	3,4	10,3	43,1	43,1	0	3,26	0,78
A25	74,1	13,8	6,9	5,2	0	1,43	0,84
A26	44,8	34,5	12,1	6,9	1,7	1,86	0,99
A27	19	31	36,2	10,3	3,4	2,48	1,03
A28	70,7	20,7	6,9	1,7	0	1,41	0,77
A29	5,2	15,5	43,1	27,6	8,6	3,19	0,98
A30	6,9	6,9	19	58,6	8,6	3,55	0,99

Número total de participantes = 58

Fonte: elaborada pelas autoras.

Os dados quantitativos foram levantados no local de trabalho dos profissionais de saúde e os dados qualitativos em local externo ao hospital, escolhido de acordo com a conveniência dos entrevistados deste estudo.

Foram observados os preceitos éticos recomendados pelas Resoluções 466/2012 e 510/2016, sendo o projeto aprovado por meio do parecer substanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) número 4.749.368⁵.

3. Resultados e Discussão

3.1. Satisfação por Compaixão - SC

A palavra empatia deriva do grego “*empathia*”, com sentido de paixão, pelo inglês “*empathy*”, definida como capacidade de se colocar no lugar de outra pessoa, buscando agir ou pensar da forma como ela pensaria ou agiria (Empatia, 2021). A palavra compaixão deriva do latim “*compassio*,

⁵ Esta pesquisa se constitui como subprojeto ao projeto guarda-chuva denominado Grupos de Desenvolvimento Humano (GDH) como tecnologia social para atenção à saúde mental no SUS e os desafios frente à pandemia da Covid-19, aprovado em edital de chamada pública Nº 16/2020 Programa Pesquisa Para O SUS: Gestão Compartilhada em Saúde - PPSUS.

onis”, que significa sofrimento coletivo, definida como sentimento de pesar, de tristeza, causado pela tragédia alheia e que desperta a vontade de ajudar, de confortar quem dela padece (Compaixão, 2021).

A SC remete à satisfação com o trabalho e também com a ajuda prestada por meio dele. Os trabalhadores “[...] experimentam pensamentos felizes, sentem-se bem-sucedidos, estão felizes com o trabalho que fazem, querem continuar a fazê-lo e acreditam que podem fazer a diferença” (Stamm, 2010, tradução livre). Isso é expresso na fala do Entrevistado 1 quando diz: “[...] consegui dentro do que eu tinha como capacidade técnica e humana

delegar o meu tempo para ajudar quem eu consegui ajudar” (E1).

Segundo Barbosa, Souza e Moreira (2014) a SC em profissionais de saúde envolve sentimentos positivos acerca da capacidade de ajudar, em que o trabalhador se sente recompensado. Para Lago e Codo (2010, p. 199) “[...] o ato de ajudar proporciona alívio, uma vez que presenciar o sofrimento alheio nos causa tensão e estresse”.

O resultado da Escala Professional Quality of Life (ProQOL) indica o predomínio de SC de nível médio, ou seja, os trabalhos pesquisados vivenciam a SC de forma semelhante a pessoas da população geral, como expressa a Tabela 2.

Tabela 2 - Resultados da ProQOL - SC.

		Frequência	Percentual
Satisfação por Compaixão	Baixo	2	3,4
	Médio	56	96,6
	Alto	0	0

Fonte: elaborada pelas autoras.

A SC, segundo Lago e Codo (2010, p. 183), se caracteriza “[...] pela condição na qual o sujeito compadecido percebe-se enquanto tendo sido responsável pela remissão da dor alheia”. Este aspecto também aparece nas entrevistas como explicitado a seguir:

[...] eu fiquei bastante feliz por ter passado por essa situação, [...] e dentro do que eu pude fazer, eu tenho a sensação interna que eu fiz né? E acho que isso não tem preço que pague, saber que você pode contribuir com o que você tinha a oferecer naquele momento (E1).

[...] pela escolha profissional e tudo mais é essa questão de poder fazer a diferença e saber que às vezes a gente está ali entregando alguém de volta para uma família né? [...] ou pelo menos sabendo que a gente fez o nosso melhor com o que a gente tinha a disposição sabe, e hoje poder olhar pra trás e saber o que a gente podia fazer de atendimento (E2).

[...] era muito lindo, eles apresentavam [referindo-se aos pacientes] todo mundo, essa aqui é tal, essa aqui é a minha enfermeira, essa aqui não sei quem, sabe, eles sabiam o nome de todo mundo (risos). Na verdade, a família deles começou a ser nós né, eles ficavam muito tempo ali né (E3).

Nesse caso, assim como no estudo de Barbosa, Souza e Moreira (2014), a SC parece ser sustentada pelo sentimento de ser socialmente útil pelo trabalho realizado, o que no caso dos profissionais de saúde que atuavam nas UTIs durante a pandemia, tinha estreita relação com salvar vidas. Isso sugere que esse polo possibilitava certo equilíbrio na qualidade de vida profissional, mesmo com condições de trabalho bastante adversas. Esse certo equilíbrio pode ser compreendido pelos dados apresentados, pois os profissionais apresentaram na PRoQOL-V SC, resultados semelhantes à

população geral, contudo, referente aos dados obtidos nas três entrevistas pode ser observado o desafio frente à precariedade do trabalho, mas também a recompensa em conseguir auxiliar com a saúde de outras pessoas.

3.2. Fadiga por Compaixão

Lago e Codo (2010, p. 180) afirmam que a “Fadiga por Compaixão, trata da dinâmica do trabalho dos “socorristas”, englobando toda e qualquer atividade de serviço de ajuda”. Estão sujeitos à FC, profissionais como médicos, enfermeiros, assistentes sociais, psicólogos, auxiliares e técnicos em enfermagem. Como consequência, a FC pode gerar ao longo do tempo um declínio nas habilidades de experimentar alegrias e preocupação (Barbosa; Souza; Moreira, 2014). Santos (2021) relata que esta pode avançar para uma exaustão ao nível psicológico, social e biológico, acometendo principalmente trabalhadores da área da saúde, sendo considerada uma das principais ameaças à saúde desses trabalhadores.

A Escala ProQOL trata a FC como polo negativo da qualidade de vida profissional. Esse polo estaria dividido em duas dimensões, sendo eles o Estresse Traumático Secundário (ETS), e o Burnout (BO). O BO remete a uma resposta prolongada a estressores emocionais e interpessoais no trabalho, tendo como dimensões a exaustão emocional, baixa realização profissional e despersonalização.

O psicanalista Herbert J. Freudenberger apontou o conceito a partir de pesquisa com profissionais da área da saúde e do serviço social, onde notou sintomatologia de caráter físico e psíquico com relação intrínseca ao trabalho (Lago; Codo, 2010). Assim, onde há FC pode haver BO, contudo, quem é acometido por BO fora do âmbito de prestação de socorro, não apresenta FC. Lago e Codo (2010, p. 180) explicam:

O Burnout trata de uma síndrome que afeta aqueles trabalhadores que lidam com algum tipo de clientela; trata da dinâmica do trabalho dos “cuidadores”, ou seja, de toda e qualquer atividade que está ligada à prestação de serviço. Tais atividades englobam desde o trabalho da recepcionista até do professor. Já a FC refere-se a uma síndrome que atinge aqueles trabalhadores que lidam, não com qualquer clientela, mas com pessoas em sofrimento e que necessitam de socorro.

Stamm (2010) destaca o BO como parte da FC, remetendo aos “[...] sentimentos de infelicidade, desconexão e insensibilidade ao ambiente de trabalho, bem como exaustão, sentimentos de estar sobrecarregado, atolado, estar ‘fora de contato’ com a pessoa que deseja ser, sem ter crenças sustentadoras” (Stamm, 2010, tradução livre).

Os respondentes do presente estudo, apresentaram BO médio segundo a Escala ProQOL, com uma frequência de 51 (87,9%).

Tabela 3 - BO e ETS.

		Frequência	Percentual
Burnout	Baixo	7	12,1
	Médio	51	87,9
	Total	58	100
Estresse Traumático Secundário	Baixo	52	89,7
	Médio	6	10,3
	Total	58	100

Fonte: elaborada pelas autoras.

Apesar do coeficiente interno de confiabilidade da subescala BO ter sido baixo, as entrevistas indicam aspectos que sugerem a presença de características de BO, com destaque para a dimensão da exaustão emocional. Como indica o entrevistado 2: “[...] me lembro assim como se fosse hoje, a gente em casa assistindo aulas de intensivistas, aulas de pneumologistas, revisões do que se tinha até aqui do que estava acontecendo lá fora, então foi bem cansativo e de certa forma muita gente chegou num nível de estafa né?” (E2).

Os profissionais de saúde, especialmente os que trabalham com quadros graves de adoecimento como os das UTIs, são mais frequentemente convocados a enfrentar a dura realidade da morte. Mas mesmo para esses, a morte foi diferente e com outra intensidade durante a pandemia, como indicam os relatos a seguir:

Foi tudo assim muito diferente, por exemplo uma notícia de óbito é uma coisa muito difícil, sempre é muito delicado, mesmo para um paciente que já se encontra em um estágio de terminalidade, nunca é fácil pra família e nem pra gente. Na pandemia eram casos em que a gente se deparava com uma situação irreversível e que a gente tinha que passar essa notícia por telefone, ou que o familiar não podia se despedir, porque tinha aquela questão de não poder entrar no leito ou mesmo de saber que eles não poderiam nem fazer um velório ou fazer uma despedida como eles gostariam. As vezes isso acontecia mais de uma vez por dia, então isso é extremamente delicado, não podia chamar a família, conversar, deixar ver o familiar e tudo (silêncio breve) dar um abraço, é coisa física que ajuda nesse momento, fora todo contexto grave ainda tinha essa frieza da distância. Então isso foi bem difícil pra nós, é um sentimento muito ruim assim, não tem como acolher alguém por telefone, impossível, você não está enxergando a pessoa, não sabe o que está acontecendo, só escuta um choro e outros choros chegando e não sabe o que vai fazer, e você sabe que quando terminar aquela ligação você tem ainda que voltar e continuar né, então isso foi pesado” (E2).

No início a gente perdeu bastante pessoas idosas. Não é que o idoso não precise viver, mas

ele já teve aquela vida dele né, mas quando começou a morrer muitos jovens [...] a gente se colocava no lugar. A gente tem filho da idade, aí você via aquelas mães se despedirem do filho lá na porta e talvez depois só pegar ele naqueles sacos pretos. [...] Era muito triste colocar uma pessoa, um ser humano dentro daquilo lá sabe, e saber que a família talvez não fosse ver ele, talvez visse só o rosto ou talvez nem fosse ver, isso me marcou muito, e assim, os óbitos que tinham eram muitos, tinham dias assim que você não tinha onde colocar [referindo-se aos corpos] no necrotério, você tinha que colocar no corredor do necrotério, e isso é muito, muito triste, é uma coisa assim que marca, todas aquelas pessoas que se perdeu” (E1).

O esgotamento físico e mental dos profissionais que atuavam na linha de frente do combate à Covid-19 também foi destacado pelo Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 2021). O esgotamento pela sobrecarga de trabalho e condições precárias em que esse acontece, principalmente durante o colapso, foram os aspectos mais destacados pelos entrevistados.

[...] a gente não teve recurso que precisava para lidar com o que a gente precisava, faltou ventilador, faltou leito, faltou estrutura física. Não tinha material humano, não tinha gente capacitada, médico, enfermeiro, técnico, pessoal de limpeza, ninguém estava preparado para uma situação assim, ninguém, então foi caótico (E1).

[...] muitas noites, de dia chegava em casa às vezes não conseguia dormir, não só por causa do que acontecia, mas também pelo cansaço né, era muita gente, passava a noite inteira correndo e tal e então o cansaço não deixava descansar né, aí foi aí que comecei a tomar medicação pra dormir (E3).

Assim, o resultado de BO médio pode ser entendido como a dificuldade dos profissionais em conseguir visualizar o próprio sofrimento por meio da leitura das afirmativas da referida escala, evidenciando características de desconexão e pouco contato consigo mesmo.

Por sua vez, o ETS “[...] se caracteriza por estar preocupado com os pensamentos das pessoas que ajudou. Os cuidadores relatam sentir-se presos, no limite, exaustos, sobrecarregados e infectados pelo trauma dos outros” (Stamm, 2010).

Ribeiro, Scorsolini-Comin e Souza (2021) diante da pandemia da Covid-19 apontam aspectos estressores em UTI, tais como a falta de recursos humanos, materiais, aparelhos de ventilação mecânica; ruídos de bomba infusora e a tensão da equipe acerca da superlotação e do sofrimento da família, sendo campo propenso ao desenvolvimento de quadros de esgotamento. Como narra a entrevistada 3:

Teve uma experiência que eu desabei de vez assim sabe, que foi uma puérpera, ela teve o bebezinho e ele morreu, [...] e aquela menina me marcou tanto sabe, ela começou no plantão a desestabilizar, a ficar febril, a ficar com taquicardia, a pressão dela não controlava de jeito maneira, e os médicos que estavam lá também, todo mundo foi jogado ali na verdade, então a gente foi lá, falou para o médico “a paciente tal está ruim”, e ele “ah, é normal, é normal”, nisso, as meninas que trabalhavam na outra UTI vieram ver se a gente estava precisando de ajuda, e elas viram que eu não estava bem, falaram “saia um pouco que a gente assume a tua paciente”, meu Deus, quando eu saí lá fora eu desabei sabe, quando você desaba assim que você começa a chorar e não para mais, meu Deus, eu me ajoelhei lá no chão e comecei a chorar, eu chorei, chorei, chorei, chorei, chorei muito (E3).

Araújo *et al.* (2020, p. 2) afirmam que “[...] a sobrecarga de trabalho, a exposição contínua à contaminação pelo coronavírus no ambiente hospitalar e os cuidados redobrados em relação às medidas de distanciamento social elevaram os riscos de esses profissionais apresentarem reações de estresse e ansiedade”. Este fato ficou aparente na escuta das entrevistas, em que o medo foi o significante mais presente:

[...] o que mais teve na verdade era muito medo, a gente tinha muito medo, todo mundo tinha muito medo de pegar o Covid, eu acho que o

que a gente via aquelas né, tantas pessoas que a gente viu morrer (E3).

[...] então a gente ficava isolado no hospital e isolado em casa né, dentro do setor, ainda tinha um triplo de medo né, a gente estava em contato direto com a doença então a gente tinha o triplo de medo de levar isso pra alguém fora do setor, então eu tive uma relação bem restrita de convívio com meus pais e com os meus amigos (E2).

Barbosa, Souza e Moura (2014, p. 317) conceituam de ETS como “[...] um tipo de transtorno psíquico que pode afetar aquelas pessoas que, na tentativa de ajudar alguém vitimado por alguma situação traumática, é acometido indiretamente pela dor do outro”, podendo apresentar aspectos como dificuldade para dormir, esquecimento de coisas importantes, dificuldade de separar a vida pessoal e profissional, vivenciar o trauma pelo qual a pessoa a qual prestou atendimento passou, e evitar atividades vinculadas ao trauma (Stamm, 2010).

Apesar do nível de estresse pós-traumático ser baixo segundo o resultado do ProQOL, as falas dos entrevistados remetem a uma experiência intensa e difícil de elaborar a partir da experiência de trabalho na UTI-Covid, como expressam os relatos a seguir:

Eu acho que sinceramente ninguém teve tempo ainda pra digerir tudo isso que aconteceu, eu acho que isso vai ser uma coisa que ao longo do tempo a gente vai se apropriando desses sentimentos que foram passando. E a gente tem visto muita gente com dificuldades ainda hoje, muitas situações psíquicas, orgânica, relacionadas a essas situações, ter que engolir né, hoje ter que se colocar de pé de novo pra seguir. Não havia alternativa, a gente viveu cenários assim, eu nunca fui pra guerra, espero nunca ir, mas houve situações inacreditáveis de se descrever, que a gente via e vivia, que a gente tinha que estar ali fazendo o que precisava, estar entregando o nosso melhor (E3).

[...] isso pesa, é difícil falar disso, mas pesa, então quem a gente vai colocar na UTI, então a gente teve que lidar com isso, lidar com pessoas que morreram na fila de espera, pessoas

que mesmo que conseguiram UTI ficaram mal, então a dor da Família com uma ferida aberta, e não é uma família, foram várias (E1).

A FC para Lago e Codo (2010, p. 183) corresponde à intensa exposição com o trauma “[...] esgota, fulmina, embota o indivíduo fatigado, pois ela compromete, prejudica, diminui a capacidade empática do sujeito”. No público desta pesquisa não prevaleceu a FC, onde que a SC predominou. Entre as ações protetivas à saúde mental dos profissionais se destacaram o trabalho em equipe e o reconhecimento dos pacientes e familiares, como apontam as falas a seguir:

[...] a equipe se ajudou muito, quando um estava mal, sempre tinha alguém que estava mais estressado, mas a equipe conseguia dar apoio [...] e saber que a gente é uma equipe e dá auxílio um pro outro, foi muito forte foi muito visível (E1).

[...] sempre estávamos em muitos, então sempre quando alguém se sentia inapto pra alguma tarefa, sabia né, ia, óh tenho um procedimento pra fazer, não é uma urgência, pode ser feito nas próximas horas, eu não vou poder fazer agora, você pode me ajudar com isso? (E2).

Apesar dos profissionais pesquisados terem encontrado estratégias para reduzir o impacto das dificuldades laborais vivenciadas, questiona-se os efeitos destas a longo prazo. Estudos realizados antes da pandemia de Covid-19 já vinham sinalizando atenção aos riscos de FC em trabalhadores das unidades de terapia intensiva. A pesquisa de Souza *et al.* (2019) objetivou avaliar a Qualidade de Vida Profissional (QVP) por meio da análise de SC, BO e ETS em profissionais da saúde que atuam em UTIs e seus fatores de risco. O estudo contou com 168 participantes, sendo profissionais, médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. A análise da associação entre SC, BO e ETS revelou a existência de desequilíbrio da Qualidade de Vida Profissional, uma vez que as experiências negativas (BO e ETS) prevaleceram sobre as experiências positivas (SC), indicando sofrimento dos

profissionais participantes. Nesse sentido, estudos longitudinais seriam recomendados para avaliar a FC entre os profissionais pesquisados.

4. Considerações finais

A pandemia de Covid-19 caracterizou um período excepcional que trouxe aos profissionais que atuam em UTIs diversas dificuldades, como a falta de preparo técnico para o trabalho, o medo de contaminação de si e de familiares e o medo da morte. Também a dificuldade em lidar com a desumanização dessa no contexto pandêmico. Por outro lado, possibilitou a experiência de satisfação desses profissionais por se sentirem fazendo algo relevante e útil como salvar vidas, bem como experimentarem reconhecimento, especialmente de familiares e pacientes.

Segundo a escala do Professional Quality of Life (ProQOL) os indicativos de SC foram predominantes, correspondendo a 96,6% dos respondentes. Também houve contato com ETS, apontado como baixo e BO foi considerado médio, mesmo diante de diversos desafios, grandes riscos laborais, ergonômicos e psicológicos. Mesmo sujeitos a longas jornadas laborais, exposição constante ao sofrimento, frustrações, baixos salários, falta de pessoal, falta de material, medos, inseguranças e outros potenciais fenômenos causadores de estresse e esgotamento, esses não foram maiores que o grau de satisfação ao exercício profissional. No entanto, pressupõem-se que esse cenário apresentado pode se modificar em médio e longo prazo, em relação ao que se sugere em estudos longitudinais com este público.

Agradecimentos

Agradecemos à Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina (FAPESC) e ao Ministério da Saúde pelo financiamento desta pesquisa, por meio do edital PPSUS.

Referências

- AL BARMAWI, Marwa A.; SUBIH, Maha; SALAMEH, Omar; SAYYAH, Najah S. Yousef; SHOQIRAT, Noordeen; JEBBEH, Raid Abdel-Azeez Eid Abu. Coping strategies as moderating factors to compassion fatigue among critical care nurses. *Brain and Behavior*, Hoboken, v. 9, n. 4, p. 1-9, mar. 2019. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002/brb3.1264>
- ARAÚJO, Murilo Fernandes de; PINZÓN, Juanita Hincapié; SILVA, Andressa Melina Becker da; AMARAL, Jodi Dee Hunt Ferreira do; LINS, Cristiane de Almeida; ENUMO, Ana Márcia Fiorim; LALONI, Diana Tosello; LALONI, Isabela Tosello; VICENTINI, Eliana Cristina Chiminazzo; DELLAZZANA-ZANON, Letícia Lovato; FREITAS, Maria Fernanda Marciano Barros; MENDES, Elisa Donalisio Teixeira; WEIDE, Juliana Niederauer; MACHADO, Wagner de Lara; ENUMO, Sônia Regina Fiorim. *Cartilha de enfrentamento do estresse da covid-19 para trabalhadores da saúde*. Campinas: PUC, 2020. p. 1-24. Disponível: https://www.puc-campinas.edu.br/wp-content/uploads/2020/06/PsiCOVIDa_enfrentamento-estresse-trabalhadores-saude.pdf. Acesso em: 18 nov. 2022.
- ARRUFAT, Alfons Sarrià; OLMOS, Joan Guàrdia; BLANXART, Montserrat Freixa. *Introducción a la estadística en psicología*. Barcelona: Ediciones de la Universitat de Barcelona, 1999.
- BARBOSA, Silvânia da Cruz; SOUZA, Sandra; MOREIRA, Jansen Souza. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Psicologia*, Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 315-323, set. 2014. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1984-66572014000300007. Acesso em: 10 jan. 2022.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução n. 7, de 24 de fevereiro de 2010*. Dispõe sobre os requisitos mínimos para funcionamento de unidades de terapia intensiva e dá outras providências. Brasília, DF: Anvisa, 2010. p. 1-12. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/rdc-7.pdf/view>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- CARVALHO, Pedro Rodrigues Cortês. *Estudo da fadiga por compaixão nos cuidados paliativos em Portugal*: tradução e adaptação cultural da escala “professional quality of life 5”. 2012. Dissertação (Mestrado em Cuidados Paliativos) - Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2011. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/8918>. Acesso em: 18 jan. 2022.
- COMPAIXÃO. In: RIBEIRO, Débora. *Dicionário online de português*, [Matosinhos], dez. 2021. Disponível: <https://www.dicio.com.br/compaixao/>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- CRESWELL, John W. *Projeto de pesquisa*. Tradução de Luciana de Oliveira da Rocha. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.
- EMPATIA. In: RIBEIRO, Débora. *Dicionário online de português*, [Matosinhos], jul. 2021. Disponível em: <https://www.dicio.com.br/empatia/>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- FIGLEY, Charles R. Compassion fatigue: toward a new understanding of the costs of caring. In: STAMM, Beth Hudnall (ed.). *Secondary traumatic stress: self-care issues for clinicians, researchers, and educators*. Baltimore: The Sidran Press, 1995. p. 3-28.
- IPEA - INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. *Políticas sociais: acompanhamento e análise*. 29. ed. Brasília, Distrito Federal: IPEA, 2022.
- JILOU, Vivian; DUARTE, Joyce Maria Gabriel; GONÇALVES, Rosa Helena Aparecida; VIEIRA, Edson Elias; SIMÕES, Ana Lúcia de Assis. Fatigue due to compassion in health professionals and coping strategies: a scoping review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, DF, v. 74, n. 5, p. 1-11, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0628>
- LABRAGUE, Leodoro J.; DE LOS SANTOS, Janet Alexis A. Prevalence and predictors of coronaphobia among frontline hospital and public health nurses. *Public Health Nursing*, Boston, v. 38, n. 3, p. 382-389, 2021.
- LAGO, Kennyston; CODO, Wanderley. *Fadiga por compaixão: o sofrimento dos profissionais em saúde*. Petrópolis: Vozes, 2010.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOREIRA, Rafael da Silveira. Análises de classes latentes dos sintomas relacionados à covid-19 no Brasil: resultados da PNAD-COVID-19. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 37, n. 1, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00238420>

NOLTE, Anna G. W.; DOWNING, Charlene; TEMANE, Annie; HASTINGS-TOLSMA, Marie. Compassion fatigue in nurses: a metasynthesis. *Journal of Clinical Nursing*, Hoboken, v. 26, n. 23/24, p. 4364-4378, abr. 2017. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13766>

ONU BRASIL. *Até 180 mil profissionais de saúde morreram de COVID-19, informa OMS*. Brasília, DF: ONU, 2021.

PETERS, Emily. Compassion fatigue in nursing: a concept analysis. *Nursing Forum*, Hoboken, v. 53, n. 4, p. 466-480, jul. 2018. DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12274>

RIBEIRO, Beatriz Maria Santos Santiago; SCORSOLINI-COMIN, Fabio; SOUZA, Silvia Rocha. Síndrome de burnout em profissionais da enfermagem de unidade de terapia intensiva na pandemia da covid-19. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 363-371, 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.47626/1679-4435-2021-662>

SANTOS, Betânia Maria Pereira dos. A face feminina na linha de frente contra a pandemia de covid-19. *Nursing*, São Paulo, v. 24, n. 275, p. 5480-5483, abr. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.36489/nursing.2021v24i275p5480-5483>

SOUZA, Cláudia Gesserame Vidigal Mendes de; BENUTE, Gláucia Rosana Guerra; MORETTO, Maria Livia Tourinho; LEVIN, Anna Sara Shafferman; ASSIS, Gracilene Ramos de; PADOVEZE, Maria Clara; LOBO, Renata Desordi. Qualidade de vida profissional na saúde: um estudo em unidades de terapia intensiva. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 24, n. 3, p. 269-280, 2019. DOI: [10.22491/1678-4669.20190028](https://doi.org/10.22491/1678-4669.20190028)

STAMM, Beth Hudnall. *The concise proqol manual*. 2. ed. Pocatello: ProQOL, 2010.

TEIXEIRA, Carmen Fontes de Souza; SOARES, Catharina Matos; SOUZA, Ednir Assis; LISBOA, Erick Soares; PINTO, Isabela Cardoso de Matos; ANDRADE, Laíse Rezende; ESPIRIDIANÃO, Monique Azevedo. A saúde dos profissionais de saúde no enfrentamento da pandemia de covid-19. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 9, p. 3465-3474, set. 2020. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232020259.19562020>

Recebido em: 8 ago. 2022

Aceito em: 12 dez. 2022