

CURSO DE ENFERMAGEM

DOUGLAS HENRIQUE BARBOSA DE SENA

**IMPACTO DO CUIDADO DE PACIENTES COM COVID-19 NA
QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE**

GOIÂNIA-GO

2022

DOUGLAS HENRIQUE BARBOSA DE SENA

**IMPACTO DO CUIDADO DE PACIENTES COM COVID-19 NA
QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem, do centro Universitário UNIFASAM, como exigência para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Professor (a) orientador (a): Flaviane Cristina Rocha Cesar

GOIÂNIA-GO

2022

ATA DA REUNIÃO DA BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO DE DOUGLAS HENRIQUE BARBOSA DE SENA — Ao décimo dia

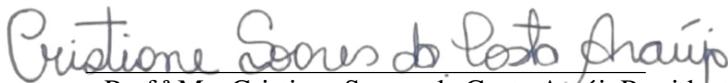
do mês de junho de dois mil e vinte e dois (10/06/2022), às 19h00min, reuniram-se os componentes da Banca Examinadora Prof.^a Me. Cristiane Soares da Costa Araújo (Presidente da Banca-Coordenadora da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso), Prof. Me. Odeony Paulo dos Santos (Membro do Corpo Docente/UNIFASAM-GO) e Prof.^a Dr.^a Flaviane Cristina Rocha Cesar (Orientadora e Membro do corpo Docente da Unifasam), sob a presidência da primeira, em sessão pública realizada presencialmente no Auditório da Unifasam para procederem à avaliação da defesa de monografia intitulada: " IMPACTO DO CUIDADO DE PACIENTES COM COVID-19 NA QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL DA ÁREA DA SAÚDE" de autoria de DOUGLAS HENRIQUE BARBOSA DE SENA discente do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIFASAM. A sessão foi aberta pela Prof. Me. Cristiane Soares da Costa Araújo, Presidente da Banca Examinadora, que fez a apresentação formal dos demais membros. A seguir, a palavra foi concedida ao autor da monografia que, em 20 minutos, apresentou seu trabalho. Logo em seguida, cada membro da Banca arguiu o examinando, tendo-se adotado o sistema de diálogo sequencial. Terminada a fase de arguição, procedeu-se à avaliação de defesa. Tendo em vista o que consta no Regimento Geral do Centro Universitário UNIFASAM e no Regulamento do Trabalho de Conclusão de Curso do Curso de Enfermagem, o trabalho de conclusão de curso foi:

(X) **APROVADO**, considerando-se integralmente cumprido este requisito para fins de obtenção do título de BACHAREL EM ENFERMAGEM, pelo Centro Universitário UNIFASAM. A conclusão do curso dar-se-á quando da entrega, na biblioteca, da versão definitiva da Monografia/artigo, com as correções solicitadas pela banca.

() **REPROVADO**, considerando

A Banca Examinadora aprovou a seguinte alteração no título da Monografia:

Cumpridas as formalidades de pauta, a presidência da banca encerrou esta sessão de defesa de Trabalho de Conclusão de Curso e, para constar, eu, Cristiane Soares da Costa Araújo, Docente e Coordenadora da disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II do Curso de Enfermagem do Centro Universitário UNIFASAM, lavrei a presente Ata que, depois de lida e aprovada, será assinada pelos membros da Banca Examinadora em duas vias de igual teor.



Prof.^a Me. Cristiane Soares da Costa Araújo
Presidente da Banca



Prof.^a Dr.^a Flaviane Cristina Rocha Cesar
Orientadora e Membro Interno/UNIFASAM-GO



Prof. Me. Odeony Paulo dos Santos
Membro Interno/UNIFASAM-GO

DEDICATÓRIA

Dedico a todos os seres que em algum momento de suas vidas passam por aflições e necessitarão de cuidados em algum momento. Também dedico minha mãe Marlene, avó Teresa dentre outras pessoas que fizeram parte da minha vida, Aleni Maria, Evania Resende, Welson Teixeira, Rodrigo Resende, Ricardo Sena.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, e a minha família.

EPÍGRAFE (opcional)

Tive uma grande vontade de abraçá-lo, mas fiquei com vergonha. Senti “compaixão”. “Compaixão” quer dizer “sentir com”. Eu senti o que você sentia.

Rubem Alves

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES.....	
LISTA DE TABELAS.....	
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS.....	
RESUMO.....	
ABSTRACT.....	
RESUMEN.....	
1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS	17
2.1 GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3. REFERENCIAL TEÓRICO	18
4. METODOLOGIA	21
4.1 TIPO, LOCAL E PERÍODO DO ESTUDO	21
4.2. POPULAÇÃO E ELEGIBILIDADE	21
4.3. OPERACIONALIZAÇÃO DA COLETA DE DADOS	22
4.3.1. Instrumento para coleta de dados	22
4.3.1.1. Parte 1: Caracterização pessoal e profissional	22
4.2.1.2. Parte 2: Professional Quality of Life (ProQol)	23
4.4. ANÁLISE DOS DADOS	24
4.5. ASPECTOS ÉTICOS	24
5. RESULTADOS	25
6. DISCUSSÃO	29
7. CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS	32
APÊNDICES	36
ANEXOS	44

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

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

Tabela 2. 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)

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. Caracterização sociodemográficas dos profissionais da área da saúde que atenderam pacientes com COVID-19 (n=97). Vista na página 24, e página 25.

Tabela 2. 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) . Vista na página 26, e 27.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ProQol - *Professional Quality of Life Scale*

QVP- Qualidade de Vida Profissional

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

PubMed - Plataforma de busca da National Library of Medicine (NLM). (Registros da base de dados MEDLINE)

LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde.

MEDLINE - Medical Literature Analysis and Retrieval System Online. (Base de dados online de acesso gratuito)

TAS - Trabalhadores da área da saúde

UNIFIMES - Centro Universitário de Mineiros

COVID-19 - Corona Vírus Disease (Doença do Coronavírus)

ProQol-BR - *Professional Quality of Life Scale Brasil* (Versão brasileira)

RESUMO

Introdução: 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. **Objetivo:** Avaliar a Qualidade de Vida Profissional de Trabalhadores da Área da Saúde que atuam nos cuidados a pacientes com COVID-19. **Metodologia:** Estudo transversal analítico 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. **Resultados:** 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 ($p < 0,05$). **Discussão:** Os resultados QUAL e QUAN corroboraram para aumento ou diminuição da satisfação por compaixão, assim como nos scores de Burnout e estresse traumático secundário, no contexto do reconhecimento do auto reconhecimento 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 e que estão condições de trabalho desgastantes estão mais predispostos à fadiga por compaixão. **Conclusão:** 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. Saúde Mental. Infecções por Coronavírus.

ABSTRACT

Introduction: Health professionals are at high risk of mental illness while caring for patients with COVID-19. The Quality of Professional Life is a guideline that sensitizes our vision to the experiences of these workers. **Objective:** Thus, the objective of this study was to evaluate the Quality of Professional Life of Health Workers who work in the care of patients with COVID-19. **Methodology:** Analytical cross-sectional study carried out from July to August 2021 through an online form delivered by email and social networks. Inclusion criteria were: having at least 30 days of direct care for patients with COVID-19. Health professionals who were on vacation or leave during this data collection period were excluded. The collection instrument consisted of sociodemographic data and the ProQol-BR. **Methodology:** 97 professionals participated in the study. Nurses, people with mental illnesses and users of drugs with action on the central nervous system had a higher mean score for Burnout and secondary traumatic stress ($p < 0.05$). **Discussion:** The QUAL and QUAN results corroborated the increase or decrease in satisfaction with compassion, as well as in the Burnout and secondary traumatic stress scores, in the context of the recognition of the self-recognition of the appreciation of the role of the profession. Meanwhile, workers with mental illnesses or using medications that act on the nervous system, nurses and those in stressful working conditions are more predisposed to compassion fatigue. **Conclusion:** Negative feelings, loss of close people or patients are some of the triggers for compassion fatigue.

KEYWORDS: Compassion Fatigue. Quality of Life Indicators. Mental health. Coronavirus infections.

Introducción: Los profesionales de la salud corren un alto riesgo de enfermedad mental mientras atienden a pacientes con COVID-19. La Calidad de Vida Profesional es una directriz que sensibiliza nuestra visión a las vivencias de estos trabajadores. Así, el objetivo de este estudio fue evaluar la Calidad de Vida Profesional de los Trabajadores de la Salud que actúan en el cuidado de pacientes con COVID-19. **Metodología:** Estudio transversal analítico realizado de julio a septiembre de 2021 a través de un formulario en línea entregado por correo electrónico y redes sociales. Los criterios de inclusión fueron: tener al menos 30 días de atención directa a pacientes con COVID-19. Se excluyeron los profesionales de la salud que se encontraban de vacaciones o licencia durante este período de recolección de datos. El instrumento de recolección consistió en datos sociodemográficos y el ProQol-BR. **Resultados:** 97 profesionales participaron en el estudio. Los enfermeros, las personas con enfermedades mentales y los usuarios de drogas con acción sobre el sistema nervioso central presentaron mayor puntuación media para Burnout y estrés traumático secundario ($p < 0,05$). **Discusión:** Los resultados QUAL y QUAN corroboraron el aumento o disminución en la satisfacción con la compasión, así como en los puntajes de Burnout y estrés traumático secundario, en el contexto del reconocimiento del autorreconocimiento de la valoración del rol de la profesión. Mientras tanto, los trabajadores con enfermedades mentales o que usan medicamentos que actúan sobre el sistema nervioso, las enfermeras y aquellos en condiciones de trabajo estresantes están más predispuestos a la fatiga por compasión. **Conclusión:** Los sentimientos negativos, la pérdida de personas cercanas o pacientes son algunos de los desencadenantes de la fatiga por compasión.

PALABRAS CLAVE: Fatiga por Compasión. Indicadores de Calidad de Vida. Salud mental. Infecciones por Coronavirus.

INTRODUÇÃO

Surgida em uma feira de animais silvestres em Wuhan na China, ambiente com abatimentos de animais e inúmeros fluídos expostos com grande circulação de pessoa, a infecção causada pelo novo coronavírus (COVID-19), transformou-se em uma pandemia. Quando associamos esse período de pandemia ao alto risco de adoecimento mental do profissional da saúde pode-se ter um cenário incerto (ANDERSEN; RAMBAUT; LIPKIN *et al.*, 2020).

A pandemia da COVID-19 trouxe mudanças em todos os setores da sociedade e fez mudar nossa visão de mundo, com graves consequências para a civilização, houveram mudança nos costumes, na forma de se relacionar, modo de pensar e viver, mudou nossos hábitos, até mesmo nossa forma de morrer nos obrigando a lançar estratégias contra a propagação da pandemia e de adaptação até conseguirmos superar esse período (GOSTIN; WILEY, 2020).

Na pandemia é importante debatermos sobre os riscos e sofrimentos causados pela Covid-19 sobre a subjetividade dos indivíduos, da vítima e do cuidador, sobre as experiências, e as vulnerabilidades do profissional da saúde mediante a tantos contratemplos sendo alguns deles a precarização do sistema de saúde e dos efeitos do COVID-19 tendo em vista que o autocuidado depende das motivações conscientes ou inconscientes do sujeito (FAUSTINO, 2021).

Com todos os efeitos negativos produzidos pela COVID-19 na sociedade, é importante mencionar a Lei Orgânica da Saúde que responsabiliza o SUS a listar periodicamente e oficialmente as doenças originadas no processo de trabalho. Essa lei foi editada a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho (BRASIL, 1999). A potencialização da fadiga por compaixão no âmbito do trabalho deveria ser mensurada para comprovação de ser uma doença ocupacional (BRASIL, 1990).

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 e mental, provocado, pela compaixão, partindo da hipótese de duplo sentindo, "do bem e do mal" do ser humano. Dessa maneira estudos propõem a uma concepção dual de empatia e compaixão (FIGLEY, 1995).

Profissionais que trabalham com pessoas em estado terminal de vida, enfermos ou traumatizados graves, tendem a ter agravos a sua saúde física, psíquica e social, que reflete negativamente no serviço em que os profissionais fornecem aos usuários e à sua

organização, conforme informações dos estudos recentes sobre a Qualidade de Vida Profissional (PROQOL.ORG, 2018; CAVANAGH *et al.*, 2020).

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 sofrimento (ANDRADE *et al.*, 2013).

Cientistas se atentaram 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. 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 vivo (CAVANAGH *et al.*, 2020).

O hospital é um ambiente insalubre pelos seus diversos riscos físicos e psicossociais expostos no cotidiano de trabalho dos profissionais de saúde, especificamente médicos, enfermeiros e técnicos de enfermagem, acomete ao longo do tempo, a uma diminuição da sua habilidade de experimentar alegria e até mesmo sentir preocupação com alguém (MOHAMMADI; PEYROVI; MAHMOODI, 2017).

Os profissionais da saúde passam por altas exigências para desempenhar suas funções, isso gera uma tensão contínua, além da necessidade de prontidão imediatista para várias situações. A necessidade de executar o trabalho com muita atenção e cuidado, respeitando a protocolos, uma vez que desobedecer pode interromper uma vida. Sendo assim o profissional tende a se envolver com a dor e sofrimento do outro, experimentando a compaixão e a empatia (CAVANAGH *et al.*, 2020).

Entre os problemas de saúde dos profissionais estão angústia, depressão, estresse, cansaço físico, problemas de memória relacionada ao trabalho (SACCO *et al.*, 2015). Existe uma associação desses fatores com as condições de trabalho, como inúmeras funções do profissional, a superlotação no trabalho, o contato direto e extremamente intenso com os clientes, e o fator de lidar com a presença da morte frequentemente (SORENSEN *et al.*, 2016).

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 causa (LAGO; CODO, 2013). Segundo a literatura, a fadiga por compaixão é então a principal ameaça à saúde

mental dos profissionais da área da Saúde (COLLINS e LONG, 2003; ABENDROTH, 2005).

Essa pesquisa é importante para buscar informações e com elas sensibilizar os profissionais da saúde sobre as causas e efeitos de seus trabalhos para que com isso, os profissionais possam se cuidar e monitorar sua saúde. O conceito mais mencionado para fadiga por compaixão é a de Figley (1996) que pontua que a fadiga por compaixão é um fenômeno multidimensional composto por 3 eventos: fadiga por compaixão, burnout e satisfação por compaixão.

É evidente a necessidade de pesquisas sobre a fadiga por compaixão para uma maior compreensão dos fatores de risco, assim como das medidas de proteção. Os resultados dessa pesquisa podem ajudar no direcionamento de novas pesquisas dessa temática, além de subsidiar estratégias de intervenção, para a área da saúde levando em consideração que as pesquisas poderão amenizar as causas e efeitos desse fenômeno.

Dessa forma a fadiga por compaixão vêm dos efeitos nocivos da exposição relacionada à dor e ao sofrimento. A empatia e compaixão são elementos eficazes nas atividades dos profissionais e é dessa forma que é suscetível a esse adoecimento, assim com a situação alarmante de dor e sofrimento causado pelo COVID-19 a fadiga por compaixão precisa ser debatida (CAVANAGH *et al.*, 2020).

Esse estudo visa contribuir para que os leitores vejam conheçam os efeitos negativos da exposição ao sofrimento humano, de forma que os dados sirvam para elaborar intervenções que diminuam os danos da exposição ao adoecimento do outro, bem como quais os efeitos que podem ocorrer na qualidade de vida do trabalhador, tendo em vista que não há muitos debates sobre a fadiga por compaixão na atualidade.

Avaliar os prejuízos causados à saúde mental, dos profissionais da enfermagem pela exposição a dor e sofrimento causado pelo COVID-19, bem como em sua qualidade de vida é importante, para obtermos informações que possam auxiliar a prevenir o adoecimento do profissional e diminuir o prejuízo a sua saúde, bem como fatores que ameacem suas vidas, e através disso poderemos criar intervenções no combate a essas causas.

1. OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar a qualidade de vida profissional (QVP) de trabalhadores da área da saúde que atuam no cuidado a pacientes com COVID-19.

2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar a QVP de trabalhadores da área da saúde que atuam no cuidado a pacientes com COVID-19.
- Identificar a frequência de fadiga e satisfação por compaixão na perspectiva dos trabalhadores da área da saúde que atuam no cuidado a pacientes com COVID-19.
- Analisar se existe associação entre sexo, idade, experiência profissional e tipo de serviço assistencial com a QVP dos trabalhadores da área da saúde que atuam no cuidado a pacientes com COVID-19.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

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 traumatizados (FIGLEY, 1995; PEARLMAN; SAAKVITNE, 1995; STAMM, 1995).

Esses efeitos negativos passaram a ser conhecidos frequentemente por três termos, conforma cada autor: Figley (*compassion fatigue*) (FIGLEY, 1995), Stamm (*secondary traumatic stress*) (STAMM, 1995) e Pearlman (*vicarious traumatization*) (PEARLMAN; SAAKVITNE, 1995), representando três linhas convergentes de produções científicas sobre o tema.

A incorporação desses efeitos negativos ao ambiente de trabalho revelou-se complexa, pois muitos fatores poderiam interferir na resposta dos indivíduos as situações vivenciadas e isso não necessariamente culminariam sempre em efeitos negativos na qualidade de vida do trabalhador. Por isso, era necessário pensar em um constructo que representasse as diferentes faces da relação do trabalhador de saúde com o sofrimento humano ou eventos estressantes (STAMM, 2010).

Nesse contexto, surgiu na década de 1990 a *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL) ou escala de qualidade de vida profissional elaborada por Figley e Stamm. Posteriormente, a escala foi traduzida e validada transculturalmente para vários idiomas e tem sido aperfeiçoada em cada uma das suas versões. 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 mentais (STAMM, 2010).

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 com o trabalhador da área da saúde (STAMM, 2010).

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 (STAMM, 2010).

Revisão sistemática recente evidenciou que a fadiga da compaixão existe em diversos grupos de profissionais e especialidades e pode ser medida com sucesso usando o ProQOL. A relação da fadiga da compaixão com as características demográficas, pessoais e profissionais é bastante variável, necessitando de pesquisas futuras direcionadas à identificação de gatilhos específicos como as causas básicas da fadiga por compaixão (CAVANAGH *et al.*, 2020).

Estudos anteriores na população brasileira sugeriram alta satisfação por compaixão e média fadiga por compaixão em profissionais de cuidados paliativos (GALIANA *et al.*, 2017) e, entre médicos e equipe de enfermagem, 79,8% apresentavam satisfação por compaixão e 22,5% tinham indícios da fadiga por compaixão (BARBOSA; SOUZA; MOREIRA, 2014). O cenário da COVID-19 representa risco adicional devido a sua atipicidade e pode ter alterado essa proporção.

Durante a pandemia tem sido percebido o aumento da necessidade de atendimento psicológico da população em geral e profissionais de saúde, nesse contexto o contágio emocional, estresse percebido, fadiga da compaixão, estresse traumático secundário, eficácia terapêutica incerto com uso de tecnologias e duração mais longa da terapia são os fatores que contribuem para aumentar o risco de esgotamento entre os profissionais de saúde mental. Além disso, a incerteza e a imprevisibilidade da pandemia aumentaram a probabilidade de as pessoas, bem como os profissionais, sofrerem de estresse pós-COVID juntamente com problemas secundários de saúde mental (JOSHI; SHARMA, 2020).

Nota-se movimento para preparar os profissionais de saúde para atender pacientes com suspeita ou diagnóstico de COVID-19, na perspectiva de biossegurança e conduta terapêutica. No entanto, os riscos à saúde mental pós-COVID continuam sem um plano definido de atuação no contexto da saúde pública. Assim, a avaliação da QVP pode ser passo inicial para construir uma linha de base para ações de promoção e proteção da saúde.

Os efeitos negativos dos estressores do trabalho na qualidade de vida do trabalhador são causa de adoecimento em diversos seguimentos econômicos e no nesse projeto podemos identificar variáveis associadas a respostas negativas e positivas, permitindo caracterizar a relação dos profissionais com o atual cenário pandêmico. Esse dado permitirá pensar estratégias para essa e outras situações



pandêmicas, de forma a mitigar danos à saúde dos profissionais de saúde relacionados ao seu trabalho.

3. METODOLOGIA

4.1 Tipo, local e período do estudo

Trata-se de um estudo transversal analítico sobre a QVP de profissionais de saúde brasileiros com coleta de dados *on-line* ocorrido entre julho e agosto de 2021. O estudo transversal permite medir a prevalência de variáveis de interesse, geralmente com baixo custo e praticidade. São apropriados para descrever a distribuição de desfechos de interesse para a saúde e analisar a associação de variáveis exposição com esses desfechos, conforme proposto neste estudo (BONITA; BEAGLEHOLE; KJELLSTRÖM, 2010).

4.2. 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 “*Coronavirus Infections*” e “*Primary Health Care*” ou “*Hospital Care*”, com filtro para a região do Brasil, nos últimos cinco anos (2019-2021), na Web of Science, PubMed e LILACS, considerados os principais indexadores de periódicos científicos na Área de saúde.

Uma segunda estratégia para recrutamento de participantes foi o envio de solicitação aos programas de Mestrado e Doutorado da Área da saúde para compartilhar o convite da pesquisa com seus estudantes. Esses programas foram identificados no banco de dados georreferenciado da pós-graduação nacional, que contempla todas as regiões do país (GEOCAPES, 2018).

Outra forma de recrutar participantes foi o envio de *e-mail* convite a profissionais indicados pelos participantes que ao preencher o formulário da pesquisa, foram

solicitados a indicar mais cinco colegas da Área da saúde e divulgação em rede social (Instagram, Whatsapp e Facebook), na tentativa de contemplar todas as categorias profissionais e regiões do país.

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.

4.3. Operacionalização da coleta de dados

Os dados foram coletados com os profissionais que responderem ao *e-mail* convite para preencher o formulário de auto-preenchimento *on-line*, no período de outubro e dezembro de 2021.

Inicialmente os participantes receberam um formulário (APÊNDICE B) eletrônico contendo informações sobre a pesquisa e Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A) para a entrevista *on-line* (APÊNDICE 1). Após conhecerem detalhes sobre a pesquisa e forma de participação, os que aceitarem o convite deverão assinalar a opção “Aceito participar da pesquisa”. Em seguida, tiveram acesso ao formulário propriamente dito, com perguntas semiestruturadas de identificação e características sociodemográficas e profissionais.

4.3.1. Instrumento para coleta de dados

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.

4.3.1.1. Parte 1: Caracterização pessoal e profissional

Os itens de caracterização pessoal e profissional foram elaborados pelo pesquisador, com base na literatura (STAMM, 2010; HUNSAKER *et al.*, 2015; SACCO *et al.*, 2015; SACCO; COPEL, 2017), e foram submetidos a avaliação de conteúdo por um painel de especialistas e teste piloto antes de serem utilizados (LYNN, 1986). Esse instrumento será 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) (APÊNDICE 2).

4.2.1.2. Parte 2: *Professional Quality of Life (ProQol)*

A escala ProQol foi usada para avaliar a QVP (APÊNDICE 3). 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* (LAGO; CODO, 2013). O instrumento é autoaplicável, possui 28 itens, cujas respostas de cada item são ancoradas em escala tipo *likert* de um a 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 dias (STAMM, 2010).

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 categorias (STAMM, 2010).

A interpretação do ProQol categoriza as respostas dos participantes nas escalas de satisfação por compaixão, *burnout* e estresse pós-traumático secundário em níveis baixos (22 pontos ou menos), médio (pontuação entre 23 a 41) e alto (42 pontos ou mais). O ambiente de trabalho "ideal" em termos de gerenciamento de estresse é aquele que combina alta satisfação por compaixão com baixo *burnout* e estresse traumático secundário (STAMM, 2010).

Outro aspecto importante referente a interpretação do ProQOL é que ele não é um teste de diagnóstico para transtornos mentais, porém alta pontuação em estresse traumático secundário e *burnout*, e/ou baixa pontuação na satisfação de compaixão, pode ser um sinal de transtornos mentais como a depressão. O instrumento pode indicar também o sofrimento relacionado a características do ambiente de trabalho (organizacional e de tarefa), as características pessoais do indivíduo e a exposição do indivíduo a situações de trauma no ambiente de trabalho (STAMM, 2010).

4.4. 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.

4.5. Aspectos Éticos

Este estudo seguiu as diretrizes para pesquisa em seres humanos dispostas na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). 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.

Todos os participantes elegíveis receberam, na tela inicial do instrumento de pesquisa on-line, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido -TCLE (APÊNDICE 1), com explicação detalhada sobre os objetivos e finalidades da pesquisa e direitos dos participantes. Foi garantida a liberdade de o participante retirar seu consentimento em qualquer etapa da pesquisa, sem que isso resulte em danos ou constrangimento.

O consentimento do participante partiu do princípio da concordância presumida, visto que o participante só avançou no preenchimento do instrumento após ler e concordar com o TCLE. Além disso, foi fornecido o contato de *e-mail* e telefônico da pesquisadora responsável para esclarecimentos.

4. 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 ($p < 0,05$):

“Sinto que nada que faço é suficiente” “Estressante e desgastante” P11
“Exigência de mais esforço, conhecimento e sacrifício” P14
“Me apego mais aos pacientes” P04
“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 hachimoto”. 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 ilustram a predisposição deles a componentes da fadiga por compaixão:

“Carga emocional mais pesada”. P14
“Medo de contrair a doença diariamente. Distanciamento da família. Angústia ao ver algum paciente agravando”. P03
“Rotina cansativa, cheia de expectativa, mas na maioria das vezes satisfatória”. P135
“Pesado fisicamente e psicologicamente. Isto ficou muito evidente nos meses de pico”. P123

Os resultados QUAL e QUAN corroboram para aumento da satisfação por compaixão e, diminuição do estresse traumático secundário e burnout, no contexto do auto reconhecimento 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 (TABELA 2).

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

Variáveis		N (%)	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-Oeste	48 (49,5)	38,2	6,8		27,0	5,6		26,4	7,6	
	Sudeste	17 (17,5)	39,2	4,1		25,3	4,3		21,5	7,0	
	Sul	17 (17,5)	38,2	6,4		26,2	6,9		24,3	7,3	

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

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*

Tabela 2. 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		Interpretação (Meta-inferência)
	Resultados		
	QUAN	QUAL	
Satisfação por compaixão	Baixo n= 1; 1,0%	Experiência “Muito triste quando paciente vem à óbito”. P127 Mudanças na vida pessoal e profissional “Passei a me cuidar mais e preocupar com as pessoas que estão próximas!”. P127	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 “No início tive muito medo, hoje levo como cuidados assistencial de rotina”. P139 Mudanças na vida pessoal e profissional “Trouxe como aprendizado de vida”. P74 “Muito gratificante poder fazer tudo que está ao meu alcance e estar em paz, independente do “resultado” final, que dei o meu melhor”. P108	
Burnout	Baixo n= 26; 26,8%	Experiência “Estressante e cansativa, porém reconfortante”. P58 Mudanças na vida pessoal e profissional “Aprender a lidar com as condições disponíveis, quase sempre precárias e insuficientes no cuidado necessário ao paciente”. P104	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 “Estressante, cansativo. Poucos profissionais, material restrito para uso”. P136 Mudanças na vida pessoal e profissional “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	
Estresse traumático secundário	Baixo n= 38; 39,2%	Experiência “Aprendendo todos os dias. Muito trabalho, estudo e resiliência”. P35 Mudanças na vida pessoal e profissional “Precisei adotar mecanismos para melhor controle das minhas emoções”. P35	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 <i>coping</i> podem ter favorecido a resiliência dos
	Moderado à alto n= 59; 60,8%	Experiência “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 Mudanças na vida pessoal e profissional	



Domínios da escala	Qualidade vida profissional		Interpretação (Meta-inferência)
	Resultados		
	QUAN	QUAL	
		<p>“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</p> <p>“Hoje eu sou muito mais ansiosa e tenho mais medo de ser paciente”. P53</p>	<p>profissionais, reduzindo o estresse traumático secundário.</p>

5. DISCUSSÃO

Sentir-se valorizado e reconhecido em seu papel como profissional da saúde deixa o trabalhador seguro em realizar sua função, sendo que manter a capacidade de equilibrar as emoções é crucial para que haja o bom empenho em sua função de forma que se torna mais seguro tanto para quem recebe os cuidados quanto para quem cuida, esse equilíbrio pode não somente prevenir eventos adversos quanto preservar a saúde do profissional (STAMM, 2002).

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 são fundamentais para a evolução dos pacientes (HOOPER, 2010).

Apesar da sobreposição das emoções, é importante procurar a contenção de excessos. Sabe-se que nos cenários vividos pelos profissionais da saúde, é importante buscar alternativas e atividades que possam auxiliar nas descargas negativas vividas pelos profissionais. Os profissionais que possuem adoencimentos mentais ou utilizam fármacos que atuam no SNC são mais propensos ao desenvolvimento de Estresse Traumático Secundário e Burnout (TEIXEIRA; SAMPAIO; GUIMARÃES *et al.*, 2004)

Os transtornos depressivos são um fator de risco para o acometimento das doenças ligadas ao trabalho (MOIX; CASADO; DOLOR, (2011). 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 (FLORIO, 2010).

Naturalmente por prestar a assistência aos pacientes, os profissionais da enfermagem estão entre os grupos de profissionais da saúde mais propensos ao acometimento por Burnout e Estresse Traumático Secundário. Dessa maneira, no 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) (MASLACH; LEITER, 1997).

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 comuns (GUIRARDELLO, 2017).

Em relação ao cenário vividos 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 procedimentos (RAMIREZ, 2020).

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 Compaixão (LAGO; CODO, 2013).

A morte frequente dos pacientes "a exposição do profissional a dor e sofrimento do alheio" elevaram a propensão ao surgimento de Fadiga por Compaixão em profissionais da saúde após o início da pandemia, no Brasil. Neste sentido, o adoecimento possui relação com o 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 Compaixão (TRITANY; SOUZA; MENDONÇA, 2021).

7. CONCLUSÕES

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, enfermeiros 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 (STAMM, 2009).

As experiências positivas vivenciadas pelo profissional são importantes para que haja o equilíbrio, por isso vivenciar a dor e sofrimento do outro pode-se desestabilizar emocionalmente o profissional, fazendo que haja uma sobreposição de cargas negativas no profissional, assim degradando sua QVP, e conseqüentemente também podendo comprometendo a qualidade sua assistência (ELIAS; NAVARRO, 2006).

Nesse cenário é importante que hajam, estratégias para combater as experiências negativas, caso necessário ajuda de um profissional psicólogo, como também a utilização de práticas integrativas complementares, orientações em educação em saúde para melhora da qualidade de vida, tais como exercícios entre outros. O diagnóstico correto dos sentimentos dos profissionais de saúde se mostra importante para combater de forma correta os adoecimentos mentais (VEGA; ANTONIOLLI; MACEDO *et al.*, 2021).

É de importância elaborar suporte psicológico aos trabalhadores da área da saúde e garantir condições dignas de trabalho são fundamentais 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 (SOUZA; APARECIDA, 2019).

REFERÊNCIA

ABENDROTH, M. Predicting the risk of compassion fatigue: An empirical study of hospice nurses. 2005.

ANDERSEN, KG; RAMBAUT, A; LIPKIN, WI; et al. A origem proximal do SARS-CoV-2. *Nat Med* 26, 450-452 (2020). In: <https://doi.org/10.1038/s41591-020-0820-9>. Acesso em 12/04/2021.

ANDRADE, M. C. *et al.* Loucura e trabalho no encontro entre saúde mental e economia solidária. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.33, n.1, p. 174-191 2013. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932013000100014&nrm=iso>. Acesso em: 11 abr 2021.

BARBOSA, S. C.; SOUZA, S.; MOREIRA, J. S. A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. **Rev. Psicol. Organ. Trab.**, Brasil, 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: 11 abr 2021.

BONITA, R.; BEAGLEHOLE, R.; KJELLSTRÖM, T. **Epidemiologia básica**. 2º ed. São Paulo: Santos, 2010. 213 p.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466 de 12 de dezembro de 2012. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília (Brasil), 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: 15 abr 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466 de dezembro de 1990. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília (Brasil), 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: 15 abr 2021.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução N° 466 de dezembro de 1999. Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Ministério da Saúde**, Brasília (Brasil), 2012. Disponível em: < <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf> >. Acesso em: 15 abr 2021.

CAVANAGH, N. *et al.* Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and meta-analysis. **Nursing Ethics**, Estados Unidos, v.27, n.3, p. 639-665 2020. Disponível em: < <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0969733019889400>>. Acesso em: 11 abr 2021.

COLLINS, S.; LONG, A. Too tired to care? The psychological effects of working with trauma. **J Psychiatr Ment Health Nurs**, v. 10, n. 1, p. 17-27, Feb 2003. ISSN 1351-0126 (Print)

1351-0126.

Elias, M. A.; Navarro, V. L. (2006). A relação entre o trabalho, a saúde e as condições de vida: negatividade e positividade no trabalho das profissionais de enfermagem de um hospital escola. *Revista Latino Americana de Enfermagem*.

Faustino, L. L. M. B. (2021). Stress ocupacional e bem-estar subjetivo: O papel do bem-estar no trabalho, do clima organizacional de apoio e da identificação organizacional [Dissertação de mestrado, Iscte - Instituto Universitário de Lisboa]. Repositório do Iscte. <http://hdl.handle.net/10071/24401>

FIGLEY, C. R. **Compassion fatigue: Coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatized**. 1 ed. New York: Brunner/Mazel, 1995. 326 p.

Figley, C. R., & Stamm, B. H. (1996). Psychometric review of Compassion Fatigue Self Test. In B. H. Stamm (Org.), *Measurement of stress, trauma, and adaptation* (pp.127-130). Lutherville: Sidran Press.

Florio, C. (2010). *Burnout & Compassion Fatigue: A guide for Mental Health Professionals and Care Givers*. Lexington, KY, USA: CreateSpace.

GALIANA, L. *et al.* Compassion Satisfaction, Compassion Fatigue, and Burnout in Spain and Brazil: ProQOL Validation and Cross-cultural Diagnosis. **J. Pain Symptom. Manage**, Estados Unidos, v.53, n.3, p. 598-604, mar. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014>>. Acesso em: 11 abr 2021.

GEOCAPES. Sistema de informações georreferenciadas. Distribuição de discentes de pós-graduação no Brasil. **Geocapes**, Brasília (Brasil), 2018. Disponível em: <<http://geocapes.capes.gov.br/geocapes2/>>. Acesso em: 16 abr 2021

GOSTIN, L. O.; WILEY, L. F. Governmental public health powers during the covid-19 pandemic: stay-at-home orders, business closures, and travel restrictions. *Jama*, Chicago, v. 323, n. 21, p. 2137-2138, 2020.

Guirardello EB. Impacto do ambiente de cuidados críticos no burnout, percepção da qualidade do cuidado e atitude de segurança da equipe de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2017; 25: e2884. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.1472.2884>. Acesso em: 09 abr 2021

Hooper C, Craig J, Janvrin DR, Wetsel MA, Reimels E. Compassion Satisfaction, Burnout, and Compassion Fatigue Among Emergency Nurses Compared With Nurses in Other Selected Inpatient Specialties. *J Emergency Nurs*. 2010; 36(5):420-7. doi: 10.1016/j.jen.2009.11.027

HUNSAKER, S. *et al.* Factors That Influence the Development of Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction in Emergency Department Nurses. **J. Nurs. Educ. Scholarsh.**, Massachusetts, v.47, n.2, p. 186-194, jan. 2015. Disponível em: <<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=103767757&lang=pt-br&site=ehost-live>>. Acesso em: 11 abr 2021.

Ji, W; Wang, W; Zhao, X; Zai, J; Li, X. A recombinação homóloga da glicoproteína de

pico do coronavírus recém-identificado pode aumentar a transmissão de espécies cruzadas da cobra para o humano. *J Med Virol.* 2020; 92: 433-440.

In:https://www.researchgate.net/journal/0146-6615_Journal_of_Medical_Virology .

Acesso em 12/05/2020.

JOSHI, G.; SHARMA, G. Burnout: A risk factor amongst mental health professionals during COVID-19. **Asian journal of psychiatry**, Japão, v.54, n.1, p. 102300-102300, Set. 2020. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32683251>>. Acesso em: 11 abr 2021.

LAGO, K.; CODO, W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. **Estudos de Psicologia**, Natal, v.18, n.2, p. 213-221, jun. 2013. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26128209006>>. Acesso em: 11 abr 2021.

LYNN, M. R. Determination and quantification of content validity. **Nurs. Res.**, v.35, n.6, p. 382-385, Dec. 1986. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1097/00006199-198611000-00017>>. Acesso em: 25 abr 2021

MASLACH, C. ; LEITER, M. (1997) – The truth about Burnout: how organizations cause personal stress and what to do about it. São Francisco: Jossey-Bass Publishers

MOHAMMADI, M.; PEYROVI, H.; MAHMOODI, M. The Relationship Between Professional Quality of Life and Caring Ability in Critical Care Nurses. **Dimens. Crit. Care Nurs.**, Philadelphia, v.36, n.5, p. 273-277, out. 2017. Disponível em: < <https://insights.ovid.com/crossref?an=00003465-201709000-00002>>. Acesso em: 11 abr 2021.

Moix, J., Casado, M. & Dolor, C. (2011). Terapias Psicológicas para el Tratamiento del Dolor Crónico. *Clínica y Salud*, 22, 1, 41-50.

PEARLMAN, L. A.; SAAKVITNE, K. W. **Trauma and the therapist: Countertransference and vicarious traumatization in psychotherapy with incest survivors**. 1 ed. New York: Norton, 1995. 289 p.

PROQOL.ORG. A Comprehensive Bibliography of Documents Specifically Using the ProQOL Measure. **Stam, Beth Hudnall**, Estados Unidos, 2018. Disponível em: < <http://ProQOL.org> >. Acesso em: 22 set. 2021.

RAMIREZ PEREIRA, Mirliana. Nursing care, relevance in the context of the COVID-19 pandemic. **Enfermería (Montevideo)**, Montevideo , v. 9, n. 1, p. 1-2, 2020 . Disponible en <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2393-66062020000100001&lng=es&nrm=iso>. Epub 01-Jun-2020. <https://doi.org/10.22235/ech.v9i1.2184>. Acesso em: 22 abr 2021

SACCO, T. L. *et al.* Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. **Crit. Care Nurse**, Estados Unidos, v.35, n.4, p. 32-43; quiz 31p following 43, agost. 2015. Disponível em: < <http://ccn.aacnjournals.org/content/35/4/32>>. Acesso em: 11 abr 2021.

SACCO, T. L.; COPEL, L. C. Compassion satisfaction: A concept analysis in nursing. **Nurs. Forum**, Philadelphia, v.1, n.1, p. 1-8, jun. 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1111/nuf.12213>>. Acesso em: 15 abril. 2021.

SORENSEN, C. *et al.* Understanding Compassion Fatigue in Healthcare Providers: A Review of Current Literature. **J. Nurs. Scholarsh.**, Estados Unidos, v.48, n.5, p. 456-465, set. 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12229/abstract>>. Acesso em: 11 abr 2021.

Souza, Heloisa Aparecida e Bernardo, Marcia Hespanhol Prevenção de adoecimento mental relacionado ao trabalho: a práxis de profissionais do Sistema Único de Saúde comprometidos com a saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*. 2019, v. 44. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/2317-6369000001918>>. Acesso em: 29 abr 2022.

Stamm, B. H. (2002). *Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test*. New York: Brunner-Routledge. Acesso em: 21 abr 2021

STAMM, B. H. The Concise ProQOL Manual. **Pocatell**, Estados Unidos, 2010. Disponível em: <http://www.proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf>. Acesso em: 15 abr 2021.

Stamm, B. H. (2009). *The Concise ProQOL Manual*. Recuperado em 20 agosto, 2013, de http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdf. Acesso em: 17 abr 2021

STAMM, B. H. **Secondary traumatic stress: Self-care issues for clinicians, researchers, and educators**. 1 ed. Maryland: Sidran Press, 1995. 278 p.

Teixeira, N. T., Farci, M. S., Sampaio, A. L. P., & Guimarães, L. A. M. (2004). Transtorno por estresse pós-traumático relacionado ao trabalho. In L. L. A. Guimarães (Org.), *Série Saúde Mental e Trabalho* (pp.119-130). São Paulo: Casa do Psicólogo. Acesso em: 29 abr 2021

Tritany, Érika Fernandes, Souza, Breno Augusto Bormann de e Mendonça, Paulo Eduardo Xavier de Fortalecer os Cuidados Paliativos durante a pandemia de Covid-19. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. 2021, v. 25, suppl 1, e200397. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/Interface.200397>>. Acesso 21 abr 2022.

Vega, Edwing Alberto Urrea et al. Risks of occupational illnesses among health workers providing care to patients with COVID-19: an integrative review* * This article refers to the call "COVID-19 in the Global Health Context". *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2021, v. 29, e3455. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1518-8345.4895.3455>>. Epub 28 Jun 2021. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4895.3455>. Acesso maio 2021.

ANEXO

Apêndice I – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE *on-line*

Apêndice II – Formulário com informações sociodemográficas e profissionais

Apêndice III – *Professional Quality of Life* (ProQol)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

Você/Sr./Sra. está sendo convidado

(a) a participar, como voluntário (a), da pesquisa intitulada “Qualidade de vida profissional de trabalhadores da área da saúde no contexto da COVID-19”. Meu nome é Flaviane Cristina Rocha Cesar sou o (a) pesquisador(a) responsável e minha área de atuação é docente no curso de medicina na UNIFIMES. Após receber os esclarecimentos e as informações a seguir, se você aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, que está impresso em duas vias, sendo que uma delas é sua e a outra pertence ao(à) pesquisador(a) responsável. Esclareço que em caso de recusa na participação você não será penalizado (a) de forma alguma. Mas se aceitar participar, as dúvidas *sobre a pesquisa* poderão ser esclarecidas pelo(s) pesquisador(es) responsável(is), via e-mail gepinf.unifimes@gmail.com e, inclusive, sob forma de ligação a cobrar, através do(s) seguinte(s) contato(s) telefônico(s): (62) 997021553. Ao persistirem as dúvidas *sobre os seus direitos* como participante desta pesquisa, você também poderá fazer contato com o **Comitê de Ética em Pesquisa** do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás/IFG, pelo telefone (62) 3237-1821.

1. Informações Importantes sobre a Pesquisa:

O título desta pesquisa é Qualidade de vida profissional de trabalhadores da área da saúde no contexto da COVID-19.

Esse trabalho é importante porque Trabalhadores da área da saúde (TAS) têm alto risco de adoecer mentalmente durante a assistência a pacientes portadores da doença do Coronavírus (COVID-19). Esse risco pode estar associado a sobrecarga, ambientes de trabalho altamente estressante e contato intenso com o sofrimento humano. Nesse contexto, a qualidade de vida profissional (QVP) é um indicador que redireciona o olhar para a realidade do TAS avaliando os resultados da carga emocional da exposição ao sofrimento humano por meio de dois elementos, a fadiga e a satisfação por compaixão. A fadiga por compaixão é utilizada para descrever a dificuldade de adaptação do trabalhador da área da saúde ao estresse oriundo do contato com o sofrimento de indivíduos com o qual o profissional mantém uma relação de assistência ou ajuda, e se subdivide em duas construções, o burnout e o estresse traumático secundário. 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. A fadiga por compaixão pode resultar no desenvolvimento de adoecimento mental, prejuízos a qualidade da assistência e afastamento do profissional. Estudos com várias categorias profissionais e ambiente assistenciais já foram realizados, no entanto, a literatura ainda não esclareceu sobre o impacto do período pandêmico na QVP. Por isso, o objetivo deste projeto será avaliar a QVP de TAS que atuam no cuidado a pacientes com COVID-19.

Sua participação limitar-se-á a preencher o instrumento de coleta de dados, que é composto por duas partes: questões sociodemográficas e questionário sobre qualidade de vida profissional (versão brasileira). A expectativa de tempo a ser despendido com o preenchimento dos dois instrumentos é de aproximadamente 30 minutos.

É importante que você saiba que não haverá qualquer custo para os participantes da pesquisa. Também não haverá qualquer tipo de pagamento ou gratificação financeira pela sua participação. Não se aplica a esta pesquisa, intervenções, tratamentos, métodos alternativos existentes. Os riscos esperados para esta pesquisa são mínimos e restringem-se ao possível constrangimento de refletir um tema que pode suscitar lembranças profissionais ou pessoais desagradáveis, visto que a fadiga por compaixão permeia o trabalho dos participantes. Entretanto, a qualquer momento, você poderá retirar seu consentimento sem que isso implique quaisquer danos ou prejuízos, pessoais ou profissionais. Será garantido o sigilo e a privacidade dos seus dados pessoais e você possui direito a indenização caso ocorra dano relacionado a sua participação nesta pesquisa.

De maneira semelhante, esclarecemos que os participantes da pesquisa também não receberão qualquer benefício pessoal ou profissional; porém, os resultados do estudo poderão trazer benefícios distintos: Os benefícios para os participantes da pesquisa dizem respeito a possibilidade de programas de promoção de saúde para profissionais de saúde, na medida em que ao elencarmos grupos de risco e um diagnóstico da situação atual. Refletir a prática profissional, contribuindo para melhorar a QVP no país.

1.2 Consentimento da Participação da Pessoa como participante da Pesquisa:

Eu,, abaixo assinado, concordo em participar do estudo intitulado “Qualidade de vida profissional

de trabalhadores da área da saúde no contexto da COVID-19". Informo ter mais de 18 anos de idade, e destaco que minha participação nesta pesquisa é de caráter voluntário. Fui, ainda, devidamente informado(a) e esclarecido(a), pelo pesquisador(a) responsável Flaviane Cristina Rocha Cesar, sobre a pesquisa, os procedimentos e métodos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação no estudo. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade. Declaro, portanto, que concordo com a minha participação no projeto de pesquisa acima descrito.

Goiânia, de de

() Aceito participar

() Não aceito participar

Pesquisadora responsável: Flaviane Cristina Rocha César. End.: Rua 227, Qd. 68, S/N, Setor Leste Universitário. CEP: 74.605-080. Goiânia-GO. E-mail: flaviane_rocha01@hotmail.com. Fones para contato: (62) 986183124 / 3289-6280

Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de Goiás/IFG: Endereço: Rua C-198 Quadra 500. Bairro: Setor Oeste. CEP: 74.270-040. Telefone: (62) 3237-1821. Rua C-198. Quadra 500. UF: GO Município: Goiânia. E-mail: cep@ifg.edu.br

Assinatura por extenso do(a) participante

Assinatura por extenso do(a) pesquisador(a) responsável

Testemunhas em caso de uso da assinatura datiloscópica



INSTRUMENTO DE COLETA SOCIODEMOGRÁFICA

INSTRUÇÕES: Responda as perguntas abaixo com respostas que reflitam suas atividades profissionais. Todos os dados obtidos deste formulário serão confidenciais e de uso exclusivo para a pesquisa!

Dados sócio demográficos

1. Gênero Feminino Masculino

2. Data de nascimento: ____/____/____

3. Preencha a lacuna de acordo com seu local de trabalho atual (Caso tenha mais de um vínculo em locais diferentes, especifique no campo observações).

Estado:

Cidade:

cirurgião-dentista

Farmacêutico

Enfermeiro

Fisioterapeuta

Nutricionista

Fonoaudiólogo

4. Qual destas categorias representa a sua atuação atual:

Terapeuta ocupacional

Osteopatas e Quiropraxistas

Profissionais da educação física

Profissionais da medicina

Profissionais de saúde em práticas

integrativas e complementares

Outro.

5. Quando você começou a trabalhar nesta instituição?

Data de início do

vínculo: ____/____/____

6. Sobre seu emprego atual:

Você está afastada das suas atividades?

Sim Não

Qual o motivo?

Data do afastamento: ____/____/____

Você está exercendo atividade diferente da qual foi contrata (ou seja, desvio de

função)? Sim Não

Qual atividade está exercendo?

Data do início da mudança da
função: ____/____/____

6. Você considera que sua atividade principal é gerencial ou assistencial?

Pós-Doc

Doutorado

7. Qual o seu maior nível acadêmico?

Mestrado

Especialização

Graduação

INSTRUMENTO DE COLETA PROQOL-BR

ProQol-BR

Trabalhar na área de saúde lhe põe em contato direto com a vida das pessoas. Como provavelmente você já sentiu, sua compaixão pelas pessoas e você atende tem aspectos positivos e negativos. Gostaríamos de fazer algumas perguntas a respeito das suas experiências. Escolha a opção que melhor reflete como você se sentiu nos últimos 30 dias. **Considere a sua experiência enquanto profissional de saúde (independente do local de trabalho).**

Raramente	Poucas vezes	Algumas vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	2	3	4	5

q1-Sinto-me feliz.	
q2 Tenho preocupações com mais de uma pessoa que estou ajudando.	
q3- Sinto-me satisfeito por ser capaz de ajudar as pessoas.	
q4-Sinto-me ligado aos outros.	
q5-. Sons inesperados me assustam ou me causam sobressaltos.	
q6- Sinto-me animado depois de atender as pessoas que ajudo.	
q7- Acho difícil separar minha vida pessoal da minha vida profissional.	
q8- Perco o sono por causa das experiências traumáticas de uma pessoa que atendo.	
q9- Creio que posso ter sido "infectado" pelo estresse traumático daqueles que atendo.	
q10- Sinto-me aprisionado pelo meu trabalho de cuidar dos outros.	
q11- Por causa do meu trabalho me sinto tenso com relação a várias coisas.	
q12- Gosto do meu trabalho ajudando as pessoas.	
q13- Sinto-me deprimido (a) por causa do meu trabalho.	
q14- Sinto-me como se estivesse vivendo o trauma de alguém que eu atendi.	
q15- Tenho crenças que me sustentam.	
q16- Sinto-me satisfeito por conseguir me manter atualizado em relação a técnicas e procedimentos de atendimento.	
q17- Sou a pessoa que sempre desejei ser.	
q18- Sinto-me satisfeito com meu trabalho.	
q19- Sinto-me exausto (a) por causa do meu trabalho.	
q20- Tenho bons pensamentos e sentimentos em relação àqueles que eu ajudo e sobre como poderia ajudá-los.	
q21- Sinto-me sufocado (a) pela quantidade de trabalho e pelo tanto de pacientes que eu preciso atender.	
q22- Acredito que posso fazer diferença através do meu trabalho.	
q23- Evito certas atividades ou situações porque elas me fazem lembrar das experiências assustadoras vividas pelas pessoas que ajudo.	
q24- Estou orgulhoso (a) do que eu posso fazer para ajudar.	
q25- Como resultado do meu trabalho, tenho pensamentos invasivos e assustadores.	
q26- Sinto-me sufocado pelo sistema em que atuo.	
q27-Ocorre-me que sou bem-sucedido (a) no meu trabalho.	
q30- Estou feliz por ter escolhido este trabalho.	



ANEXO D

Anexo D - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa