

QUALIDADE DE VIDA PROFISSIONAL E FATORES ASSOCIADOS EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Jaqueline Torres[□], Henrique Barbosa¹, Sabrina Pereira², Franciele Cunha¹, Silvério Torres¹, Maria Brito¹,
Lucinéia Pinho¹, Danilo Mendes¹, & Carla Silva¹

¹Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES), Departamento de Enfermagem, Montes Claros/MG-
Brasil, jaqueline.vieira@live.com, henriqueabarbosa2007@gmail.com, francielecunha91@gmail.com,
silverio_torres@hotmail.com, nanda_sanfig@yahoo.com.br, lucineiapinho@hotmail.com,
danielocangussuodonto@yahoo.com.br, profcarlasosilva@gmail.com

²Faculdade de Saúde Ibituruna (FASI), Montes Claros/MG-Brasil, sabrina.goncalves@fasi.edu.br

RESUMO: Algumas situações insalubres e estressantes vivenciadas pelos profissionais de saúde em seu ambiente laboral podem comprometer a qualidade de vida no trabalho, resultando em agravos à saúde como a síndrome da Fadiga por Compaixão. O objetivo deste estudo foi verificar os fatores associados à qualidade de vida profissional e suas dimensões, em profissionais da saúde da região norte de Minas Gerais – Brasil, que trabalham com pacientes críticos/crônicos. Participaram deste estudo 469 profissionais da saúde atuantes nos setores de oncologia, terapia intensiva neonatal, nefrologia e pronto socorro. Os dados foram coletados utilizando de um questionário sociodemográfico e a escala de qualidade de vida profissional (ProQOL versão 5) que avaliou a Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário. Os resultados apontaram três participantes classificados com fadiga por compaixão, entretanto, analisando-se separadamente as dimensões que compõem a síndrome, encontrou-se que o tempo de trabalho na saúde, o setor de trabalho, a função no setor, o uso de medicação para dormir, o tipo de vínculo empregatício e a autopercepção do estado de saúde estiveram relacionados ao maior risco de desenvolvimento da fadiga por compaixão. Desta forma, conhecer e compreender os fatores que influenciam positiva e negativamente na qualidade de vida no trabalho em profissionais da saúde que lidam com pacientes críticos e crônicos permite que a gestão das instituições de saúde promovam ações para a prevenção e tratamento da Fadiga por Compaixão, buscando aumentar a satisfação por compaixão e reduzir o estresse traumático secundário e burnout.

Palavras-chave: fadiga por compaixão, burnout, qualidade de vida, saúde do trabalhador, pessoal de saúde, serviços hospitalares

PROFESSIONAL QUALITY OF LIFE AND FACTORS ASSOCIATED IN HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT: Some unhealthy and stressful situations experienced by health professionals in their work environment can compromise the quality of life at work, resulting in health problems such as Compassion Fatigue Syndrome. The objective of this

[□] Rua João Caldeira Brant, 40/302, CEP:39400-360, Montes Claros/MG-Brasil. Telefone: (55 38) 991056636.
Email: jaqueline.vieira@live.com

study was to verify the factors associated with professional quality of life and its dimensions in health professionals who work with critical / chronic patients from the northern region of Minas Gerais – Brazil. A total of 469 health professionals working in the fields of oncology, neonatal intensive care, nephrology and emergency room participated in this study. The data was collected using a sociodemographic questionnaire and the professional quality of life scale (ProQOL version 5) that evaluated the Compassion Satisfaction, Burnout, and Secondary Traumatic Stress. The results indicated three participants classified with compassionate fatigue, however, analyzing separately the dimensions that make up the syndrome, it was found that the working time in health, the work sector, the function in the sector, the use of medication for sleep, the type of employment relationship, and self-perception of health status were related to the higher risk of developing compassionate fatigue. Understanding the factors that influence the quality of life at work in health professionals dealing with critical and chronic patients allows the management of health institutions to promote actions for the prevention and treatment of Compassion Fatigue by seeking to increase Compassion Satisfaction and reduce Secondary Traumatic Stress and burnout.

Keywords: Compassion fatigue, burnout, quality of life, occupational health, health personnel, hospital services

Recebido em 13 de Novembro de 2018/ Aceite em 18 de Junho de 2019

A qualidade de vida no trabalho pode ser definida como a capacidade dos profissionais de gerenciarem as suas respostas às demandas laborais, como o alto estresse, engajamento e bem estar no trabalho (Craigie, 2016).

Fatores como condições insalubres, insegurança, extensas jornadas, superlotação hospitalar, trabalhar em setores que atendem pacientes em situação crítica e o fato de lidar com a presença iminente de morte podem comprometer a qualidade de vida no trabalho, resultando em agravos à saúde como a síndrome da Fadiga por Compaixão (FC) (Barbosa, Souza, & Moreira, 2014).

A Fadiga por Compaixão constitui-se em uma redução na habilidade do profissional para sentir alegria ou preocupação, causada por intensa compaixão e cuidado com os outros (Stamm, 2010). É também descrita como um processo progressivo e cumulativo de desconfortos, que se inicia com um incomodo gerado pelo sentimento de compaixão, progride para estresse pela compaixão e resulta em FC (Coetzee & Klopper, 2010).

Os profissionais da saúde acometidos podem apresentar manifestações físicas e emocionais como a exaustão, o declínio de energia e a falta da habilidade em ter empatia para com os outros, que podem causar diminuição na qualidade de vida no trabalho (Harris & Griffin, 2015).

A FC caracteriza-se pela associação de baixos níveis de Satisfação por Compaixão (SC) e elevados níveis de Estresse Traumático Secundário (ETS) e Burnout, sendo estas as dimensões que compõem a síndrome e que mensuram a qualidade de vida profissional. A SC configura-se pela condição em que o profissional, mesmo exposto à circunstâncias negativas, ainda sente satisfação em ajudar pessoas que sofrem por um evento traumático, havendo uma relação de vínculo (Stamm, 2010).

Em contrapartida, burnout trata-se de uma síndrome que está relacionado com exaustão emocional, despersonalização, baixa realização pessoal, além de frustração, perda no sentido do trabalho e sentimentos de que o esforço está sendo inútil (Davis, Lind, & Sorensen, 2013; Tavares, Souza, Silva, & Kestenberg, 2014); é resultado do estresse crônico decorrente do cotidiano de trabalho caracterizado por excessivas pressões, conflitos e pouco reconhecimento (Silva, Queirós, Cameira, Vara, & Galvão, 2015). Já o ETS surge como uma consequência do cuidado a pacientes com dor, que

passaram por algum sofrimento ou que estão traumatizados; assim, o profissional desenvolve o estresse por exposição secundária a eventos extremamente estressantes, como ouvir histórias traumáticas e presenciar eventos traumáticos de pacientes durante o trabalho (Mangoulia, Koukia, Alevizopoulos, Fildissis, & Katostaras, 2015). No ambiente hospitalar, essas condições se apresentam de forma mais iminente devido aos riscos físicos e psicossociais aos quais os profissionais de saúde estão frequentemente expostos (WHO, 2016).

Na literatura, há uma concordância de que a FC traz riscos para a saúde mental dos trabalhadores da saúde (Coetzee & Klopper, 2010; Lago & Codo, 2013; Wu, Singh-Carlson, Odell, Reynolds, & Su, 2016). Em inquérito realizado em Portugal, com enfermeiros oncológicos, 24,90% apresentaram a fadiga por compaixão, sendo que cerca de 26,80% apresentaram baixos níveis SC (Duarte & Pinto-Gouveia, 2017).

Enfermeiros oncológicos do Canadá apresentaram alta SC (59%), médios níveis de burnout (46%) e baixo ETS (52%). Já nos Estados Unidos da América, 58% dos entrevistados apresentaram alta SC, baixos níveis de burnout (52%), e baixos níveis de ETS (52%) (Wu et al., 2016). Em outra pesquisa realizada em serviços hospitalares deste mesmo país, cerca de 76% dos enfermeiros que atuavam no cuidado direto ao paciente, apresentaram níveis médios a altos de burnout e 73% apresentaram alto ETS, o que indicou um alto risco para FC nesse grupo de profissionais (Al-Majid, Carlson, Kiyohara, Faith, & Rakovski, 2018). No Brasil, identificou-se que 50,80% e 92,50% de trabalhadores da saúde atuantes em hospitais da Paraíba, apresentaram burnout e ETS elevados, respectivamente, e com baixos níveis de SC (16,10%), apontando para o elevado risco de FC (Barbosa et al., 2014).

Desta forma, identificar as características que contribuem para o risco e proteção da FC em profissionais da saúde, torna-se importante, já que o avanço no estudo e na compreensão deste fenômeno podem contribuir para o progresso de estratégias voltadas para a promoção, prevenção e recuperação da saúde dos trabalhadores (Lago & Codo, 2013). Nesta perspectiva, o objetivo deste estudo foi verificar os fatores associados à qualidade de vida profissional e suas dimensões, em profissionais da saúde da região norte de Minas Gerais – Brasil, que trabalham com pacientes críticos/crônicos.

MÉTODO

Participantes

Participaram deste estudo 469 profissionais de saúde de todos os serviços de referência para atendimento em oncologia, hemodiálise, centro de terapia intensiva (CTI) neonatal e pronto socorro, da macrorregião norte de Minas Gerais/Brasil, sendo eles: enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos.

A média de idade dos participantes do estudo foi de 35,90 anos, com idade mínima de 20 e máxima de 71 anos e desvio padrão de 8,70. A maioria era do sexo feminino (65,70%) e casados/união estável (61,80%). Quanto ao tempo de trabalho na área da saúde, 20,90% trabalhavam há até 5 anos, 31,30% entre 5 e 10 anos, 24,90% entre 10 e 15 anos e 22,90% há mais de 15 anos.

Material

Para aferição das variáveis propostas, utilizou-se um questionário autoaplicável, com questões referentes às características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde, além da escala de qualidade de vida profissional em sua versão 5 (ProQOL 5), que realiza a aferição dos aspectos positivos e

negativos dentro de uma profissão e busca avaliar as dimensões da FC e os seus impactos na qualidade de vida no trabalho (Stamm, 2010).

FC inclui burnout e ETS elevados, associados à diminuição da SC. O instrumento é composto por 30 questões, divididas em 10 para cada dimensão, referentes à satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário, sendo estas as variáveis dependentes do estudo. As respostas ao ProQOL 5 foram dadas de acordo com a frequência em que determinadas situações e sentimentos eram experimentados pelos profissionais durante a rotina laboral, numa escala de 5 respostas do tipo likert, em que “Nunca” corresponde a “1” e “Muito Frequentemente” corresponde a “5”. Em algumas questões, referentes à burnout, há a necessidade de se inverter as pontuações correspondentes. A soma das respostas para cada dimensão é interpretada como baixa, se o valor for igual ou menor que 22; média, quando o valor estiver entre 23 e 41; e alta, quando o valor for igual ou superior a 42.

Procedimento

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Montes Claros (UNIMONTES) sob parecer substanciado número 1.687.445/2016. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, ficando com a original. Os dados foram coletados entre janeiro de 2017 e abril de 2018. O questionário foi entregue aos participantes e, posteriormente, recolhido pelos pesquisadores, que foram devidamente treinados.

O presente estudo insere-se no projeto “Fadiga por Compaixão em profissionais da Saúde”, do Programa de Pós Graduação em Ciências da Saúde, da Universidade Estadual de Montes Claros-MG/Brasil, que visa analisar os fatores relacionados à qualidade de vida profissional de trabalhadores da saúde que atuam em serviços hospitalares de atendimento a pacientes em situação crítica.

Análise dos dados

Os dados foram tabulados por meio de software estatístico *Statistical Package for the Social Science* (SPSS®), versão 25.0. Inicialmente foi realizada a análise descritiva dos dados, sendo expressa em termos de número absoluto, porcentagem e média. Em seguida realizou-se a análise bivariada (teste quiquadrado) entre as três variáveis dependentes do estudo (satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário) e todas as variáveis independentes (características sociodemográficas, ocupacionais e de saúde), sendo que todas as associações com *p*-valor inferior a 0,25 foram encaminhadas para o modelo de análise múltipla do tipo regressão logística binária. A técnica para se chegar ao modelo final para cada uma das variáveis dependentes no modelo múltiplo foi a *backward technique*, sendo mantido no modelo final somente as variáveis consideradas estatisticamente significativas (*p*-valor <0,05).

RESULTADOS

Dos 469 participantes, apenas três preencheram os critérios para serem classificados com fadiga por compaixão, ou seja, apresentando baixa SC e altos burnout e ETS. Entretanto, analisando-se separadamente tais variáveis dependentes, os resultados apontaram para os possíveis fatores que estão relacionados ao comprometimento da qualidade de vida profissional dos trabalhadores da saúde incluídos neste estudo.

QUALIDADE DE VIDA EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Em relação ao setor de trabalho, 14,10% eram funcionários do CTI neonatal, 22,80% da oncologia, 31,50% da nefrologia e 31,60% do pronto socorro. Os técnicos/auxiliares de enfermagem corresponderam a 66,30% dos participantes, enfermeiros a 15,60%, médicos a 8,70%, e outros (nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais e farmacêuticos) a 9,40%. A maioria dos profissionais eram contratados (80,60%) e com jornada de trabalho de até 44 horas semanais (56,50%). 54,20% dos profissionais, atuavam no período diurno, enquanto 25,60% atuavam no período noturno e 20,20% em ambos os turnos.

No que diz respeito à autopercepção do estado de saúde, 79,70% declaram como sendo excelente ou boa, enquanto os demais declararam como regular, ruim ou muito ruim. A maioria dos pesquisados nunca se afastou do trabalho por motivo de doença (87,40%) e não estava em uso de medicação para dormir (81,40%).

A análise bivariada dos dados foi realizada mediante o teste quiquadrado de Pearson, sendo que para esta análise, todos os dados que apresentaram valor $p < 0,25$ foram encaminhadas para o modelo múltiplo (Quadro 1).

Quadro 1. Análise bivariada (quiquadrado) entre Satisfação por Compaixão, Burnout e Estresse Traumático Secundário e fatores associados

Variável	Satisfação por Compaixão			Burnout			Estresse Traumático Secundário		
	Baixa N(%)	Alta N(%)	<i>p</i> valor	Baixo N(%)	Médio e Alto N(%)	<i>p</i> valor	Baixo N(%)	Médio e alto N(%)	<i>p</i> valor
Sexo									
Masculino	86(53,40)	75(46,60)	0,615	120 (74,50)	41 (25,50)	0,674	108 (67,10)	53(32,90)	0,311
Feminino	157(51)	151(49)		224 (72,70)	84 (27,30)		175 (56,80)	133(43,20)	
Idade									
20 a 29 anos	54(46,60)	62(53,40)	0,308	80 (69)	36 (31)	0,426	63(54,30)	53 (45,70)	0,309
30 a 39 anos	119(52)	110(48)		173(75,50)	56(24,50)		143(62,40)	86 (37,60)	
40 ou mais	70(56,50)	54(43,50)		91 (73,40)	33(26,60)		77 (62,10)	47 (37,90)	
Situação conjugal									
Sem companheiro	98(54,70)	81(45,30)	0,317	128(71,50)	51(28,50)	0,479	103(57,50)	76 (42,50)	0,330
Casado ou união estável	145(50)	145(50)		216(74,50)	74(25,50)		180(62,10)	110(37,90)	
Tempo de trabalho na área da saúde									
Até 5 anos	44(44,90)	54(55,10)	0,012	65(66,30)	33(33,70)	0,143	57 (58,20)	41(41,80)	0,909
Acima de 5 e até 10 anos	67(45,60)	80(54,40)		111(75,50)	36(24,50)		92 (62,60)	55(37,40)	
Acima de 10 e até 15 anos	64(57,10)	48(42,90)		78(69,60)	34(30,40)		68(60,70)	44(39,30)	
Acima de 15 anos	67(63,20)	39(36,80)		84(79,20)	22(20,80)		63(59,40)	43(40,60)	
Função									
Auxiliar e/ou técnico de enfermagem	150(48,20)	161(51,80)	0,026	233(74,90)	78(25,10)	0,167	196(63)	115(37)	0,250
Enfermeiro	43(58,90)	30(41,10)		54(74)	19(26)		37 (50,70)	36(49,30)	
Médico	29(70,70)	12(29,30)		24(58,50)	17(41,50)		23 (56,10)	18(43,90)	
Outros(nutricionista, fisioterapeuta, psicólogo, assistente social e farmacêutico)	21(47,70)	23(52,30)		33(75)	11(25)		27 (61,40)	17(38,60)	
Carga horária semanal									
até 44 horas	125(47,20)	140(52,80)	0,070	197(74,30)	68(25,70)	0,593	164(61,90)	101(38,10)	0,727
entre 44 e 60 horas	75(57,30)	56(42,70)		97 (74)	34(26)		77(58,80)	54(41,20)	
acima de 60 horas	43(58,90)	30(41,10)		50 (68,50)	23(31,50)		42 (57,50)	31(42,50)	

QUALIDADE DE VIDA EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Turnos de trabalho									
Diurno	130(51,20)	124(48,80)	0,362	187(73,60)	67(26,40)	0,034	152(59,80)	102(40,20)	0,845
Noturno	58 (48,30)	62(51,70)		96(80)	24(20)		75(62,50)	45 (37,50)	
Diurno e noturno	55 (57,90)	40(42,10)		61(64,20)	34(35,80)		56(58,90)	39 (41,10)	
Setor de trabalho									
CTI neonatal	25(37,90)	41(62,10)	0,022	52(78,80)	14(21,20)	0,385	36(54,50)	30 (45,50)	0,404
Nefrologia	71(48)	77(52)		103(69,60)	45(30,40)		97(65,50)	51 (34,50)	
Oncologia	63(58,90)	44(41,10)		76(71)	31(29)		64(59,80)	43 (40,20)	
Pronto socorro	84(56,80)	64(43,20)		113(76,40)	35(23,60)		86(58,10)	62 (41,90)	
Vínculo empregatício									
Concursado	55(67,10)	27(32,90)	0,002	54(65,90)	28(34,10)	0,075	42(51,20)	40 (48,80)	0,060
Contratado	181(47,90)	197(52,10)		285(75,40)	93(24,60)		236(62,40)	142(37,60)	
Autopercepção do estado de saúde									
Excelente ou bom	183(48,90)	191(51,10)	0,016	297(79,40)	77(20,60)	<0,001	243(65)	131 (35)	<0,001
Regular, ruim ou muito ruim	59(62,80)	35(37,20)		46(48,90)	48(51,10)		39(41,50)	55 (58,50)	
Tirou licença									
Não	208(50,70)	202(49,30)	0,217	306(74,60)	104(25,40)	0,097	259(63,20)	151(36,80)	0,001
Sim	35(59,30)	24(40,70)		38(64,40)	21(35,60)		24(40,70)	35 (59,30)	
Medicação para dormir									
Não	182(47,60)	200(52,40)	<0,001	298(78)	84(22)	<0,001	254(66,50)	128(33,50)	<0,001
Sim	61(70,10)	26(29,90)		46(52,90)	41(47,10)		29(33,30)	58 (66,70)	
Classificação econômica									
Classe A-B	79(53,70)	68(46,30)	0,552	110(74,80)	37(25,20)	0,611	85(57,80)	62 (42,20)	0,467
Classe C-D-E	163(50,80)	158(49,20)		233(72,60)	88(27,40)		197(61,40)	124(38,60)	

O quadro 2 mostra a análise multivariada entre as variáveis dependentes do estudo e todas as independentes que restaram no modelo final, após os ajustes. As análises evidenciaram que, em relação à satisfação por compaixão, os profissionais atuantes na Oncologia e no Pronto Socorro, apresentaram menor SC do que aqueles atuantes no CTI neonatal, sendo tais resultados estatisticamente significativos ($p=0,040$ e $0,021$, respectivamente). Quanto à função no setor, os profissionais médicos apresentaram uma menor SC, quando comparados aos técnicos e auxiliares de enfermagem ($p=0,024$). Aqueles profissionais que faziam uso de medicação para dormir demonstraram uma menor satisfação por compaixão em relação aos que não usavam ($p=0,001$). O tipo de vínculo empregatício, também apresentou resultado estatisticamente significativo, sendo que os trabalhadores contratados apresentaram uma maior SC, quando comparados aos concursados ($p=0,013$).

Em relação à burnout, os trabalhadores com tempo de trabalho na saúde acima de 15 anos, evidenciaram uma menor probabilidade de desenvolverem tal síndrome ($p=0,008$), quando comparados aos profissionais com até cinco anos de trabalho. Os médicos apresentaram maior chance de serem acometidos por burnout ($p=0,006$), assim como aqueles profissionais em uso de medicação para dormir ($p<0,001$) e os que declararam sua saúde como regular, ruim ou muito ruim ($p<0,001$).

Os enfermeiros apresentaram maior probabilidade de serem acometidos pelo Estresse Traumático Secundário em relação a categoria de referência, que foram os auxiliares ou técnicos de enfermagem ($p=0,007$), sendo estatisticamente significativa. Aqueles profissionais da saúde, em uso de medicação para dormir e com autopercepção do seu estado de saúde como regular, ruim ou muito ruim, também revelaram uma maior probabilidade de desenvolverem o ETS ($p<0,001$ e $p=0,001$, respectivamente).

QUALIDADE DE VIDA EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Quadro 2. Análise múltipla entre satisfação por compaixão, burnout e estresse traumático secundário e fatores associados

Variável	Satisfação por compaixão		Burnout		Estresse traumático secundário	
	OR	<i>p</i> -valor	OR	<i>p</i> -valor	OR	<i>p</i> -valor
Tempo de trabalho na área da saúde						
Até 5 anos			Referência			
Acima de 5 até 10 anos			0,59	0,090		
Acima de 10 até 15 anos			0,76	0,413		
Acima de 15 anos			0,39	0,008		
Setor						
CTI neonatal	Referência					
Nefrologia	0,56	0,069				
Oncologia	0,49	0,040				
Pronto socorro	0,47	0,021				
Função no setor						
Auxiliar ou técnico de enfermagem	Referência		Referência		Referência	
Enfermeiro	0,62	0,087	1,33	0,379	2,08	0,007
Médico	0,41	0,024	2,81	0,006	1,34	0,405
Outro (nutricionista, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo ou farmacêutico)	0,96	0,904	1,11	0,726	1,11	0,767
Medicação para dormir						
Não	Referência		Referência		Referência	
Sim	0,40	0,001	2,69	<0,001	3,79	<0,001
Vínculo empregatício						
Concursado	Referência					
Contratado/CLT	1,99	0,013				
Autopercepção do estado de saúde						
Excelente ou bom			Referência		Referência	
Regular, ruim ou muito ruim			4	<0,001	2,30	0,001

Nota: OR= Odds Ratio

DISCUSSÃO

O processo de empatia em relação a um paciente que esteja vivenciando situações traumáticas pode resultar em respostas fisiológicas e cognitivas para os profissionais de saúde e, se não administradas de forma adaptativa, podem levar ao desenvolvimento da fadiga por compaixão (Craigie, 2016). A satisfação por compaixão é um fator pessoal que tem sido associado à resiliência nos locais de atendimento a pacientes em situação crítica, sendo que indivíduos com alto nível de SC apresentam melhor enfrentamento das emoções negativas que podem surgir do envolvimento empático com indivíduos que sofreram trauma e, portanto, ajuda a protegê-los da FC (Craigie, 2016).

Os resultados deste estudo, demonstraram que os profissionais atuantes na oncologia e pronto socorro, apresentaram menor SC, quando comparados aos profissionais do CTI neonatal. Um estudo realizado com enfermeiros norte-americanos, verificou que aqueles que trabalhavam em unidades médicas/cirúrgicas tiveram escores significativamente mais baixos de SC, em comparação com os que trabalhavam em CTI pediátrica e em oncologia (Berger, Polivka, Smoot, & Owens, 2015). Isto foi reafirmado por Sekol e Kim (2014) que também encontraram maior SC entre profissionais da oncologia. Já Sacco, Ciurzynski, Harvey, e Ingersoll (2015) verificaram que profissionais da enfermagem que trabalhavam em unidades de cuidado intensivo apresentaram SC mais alta do que aqueles que trabalhavam em unidades de cuidado misto ou semi-intensivo (incluindo pacientes de

terapia intensiva e pacientes sob cuidados cirúrgicos e cardiovasculares). Esta variação nos resultados, entre os diferentes setores, pode ter ocorrido devido às diferenças no perfil dos pacientes atendidos, características dos profissionais, rotina de serviços e ambiente laboral, em que o ambiente de trabalho equilibrado parece promover uma estabilidade saudável entre os profissionais da saúde.

Quanto à função no setor, os profissionais médicos apresentaram uma menor SC, quando comparados aos técnicos e auxiliares de enfermagem ($p=0,024$). Nesta perspectiva, Dasan, Gohil, Conelius, e Taylor (2015) encontraram que médicos atuantes em serviços de emergência apresentaram menor SC, quando comparados a outros profissionais.

Nesta pesquisa, verificou-se que o tipo de vínculo empregatício exerceu influência estatisticamente significativa nos trabalhadores, já que os contratados apresentaram uma maior SC do que os concursados ($p=0,013$). Diante disso, verifica-se que indivíduos com níveis baixos de SC podem ter à sua disposição menos recursos internos que protegem contra os efeitos do estresse ocupacional, refletindo em uma menor propensão para emoções positivas e adaptativas e aumentando o risco para o acometimento por burnout e ETS (Craigie, 2016).

Em relação à burnout, os trabalhadores com tempo de trabalho na saúde acima de 15 anos, evidenciaram uma menor probabilidade de desenvolverem tal síndrome do que aqueles com até cinco anos de trabalho ($p=0,008$). Este achado corrobora com encontrado por Sekol e Kim (2014) que afirmaram que enfermeiros com cinco a nove anos de experiência relataram maior burnout, bem como menor SC do que aqueles com mais de 20 anos de atuação. Enfermeiros pediátricos com quatro a dez anos de experiência também se apresentaram em maior risco de desenvolverem burnout do que aqueles com mais de 20 anos de trabalho (Berger et al., 2015).

Neste contexto, o aumento da idade associado ao maior tempo de serviço parece exercer um efeito protetor contra burnout e estresse traumático secundário e, conseqüentemente, conferem ao indivíduo um menor risco de FC (Sacco et al., 2015). Isso pode ser atribuído ao desenvolvimento da resiliência pelo profissional da saúde, com o passar dos anos e com a maior experiência no trabalho. Deve se considerar ainda, que os profissionais mais jovens podem não ter estado na profissão tempo suficiente para que sinais de burnout se desenvolvessem (Young, Derr, Cicchillo, & Bressler, 2011).

Os resultados deste estudo, revelaram que os médicos apresentaram maior chance de serem acometidos por burnout ($p=0,006$), enquanto que os enfermeiros apresentaram maior probabilidade de serem acometidos pelo estresse traumático secundário, quando comparados aos técnicos ou auxiliares de enfermagem ($p=0,007$). Este achado vai de encontro aos de Mangoulia e colaboradores (2015) que evidenciaram que o ETS foi maior entre os técnicos em enfermagem do que em enfermeiros, o que poderia estar relacionado ao fato de que os enfermeiros em questão desempenhavam, além do cuidado direto ao paciente, diversas atividades gerenciais, reduzindo o tempo de contato com o sofrimento do outro.

Um estudo realizado com 214 enfermeiros psiquiátricos israelenses, revelou que 45% apresentavam características de ETS. Também verificou que os profissionais que experimentam múltiplas perdas, como os que trabalham em ambientes de cuidados paliativos, demonstram estar sob um risco maior de desenvolverem estresse psicológico, particularmente o ETS (Zerach & Shalev, 2015).

Quanto ao uso de medicação para dormir e à auto percepção da saúde, os profissionais pesquisados que faziam utilização de tais medicações ou que declararam sua saúde como regular, ruim ou muito ruim, apresentaram baixos níveis de SC e altos níveis de burnout e ETS, reforçando o encontrado por Mangoulia e colaboradores (2015) que verificou que profissionais da enfermagem gregos, que descreveram seu estado físico e psicológico como excelentes, e que achavam que o ambiente de trabalho era muito bom apresentavam maior SC e menor burnout.

QUALIDADE DE VIDA EM PROFISSIONAIS DA SAÚDE

Enfermeiros oncológicos dos Estados Unidos da América e Canadá, que eram acometidos por depressão, transtorno de estresse pós traumático e episódios de cefaleia também se revelaram mais propensos a experimentarem níveis moderados a altos de ETS, altos níveis de burnout, e elevado risco de desenvolverem a fadiga por compaixão. O mesmo estudo verificou que profissionais que declararam sua saúde como ruim estavam mais susceptíveis a desenvolverem burnout e FC (Wu et al., 2016).

Os resultados obtidos apontam para os fatores que influenciam positiva e negativamente na qualidade de vida no trabalho em profissionais da saúde que lidam com pacientes críticos e crônicos. Conhecer e compreender este cenário permite que a gestão das instituições de saúde promovam ações para a prevenção e tratamento da Fadiga por Compaixão, buscando aumentar a satisfação por compaixão e reduzir o estresse traumático secundário e burnout.

Quanto às limitações deste estudo, ressalta-se a transversalidade, uma vez que não permite acompanhar um provável processo de resiliência do profissional nem se fatores externos ao ambiente de trabalho interferem nos resultados obtidos. Pesquisas futuras são necessárias no sentido de relacionar a qualidade de vida no trabalho ao contexto social e ainda, investigar se treinamentos para a habilidade da resiliência são eficazes na proteção contra a fadiga por compaixão.

REFERÊNCIAS

- Al-Majid, S., Carlson, N., Kiyohara, M., Faith, M., & Rakovski, C. (2018). Assessing the Degree of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care, Oncology, and Charge Nurses. *The Journal of Nursing Administration*, 48(6), 310-315. doi: 10.1097/NNA.0000000000000620.
- Barbosa, S. C., Souza, S., & Moreira, J. S. (2014). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(3), 315-323.
- Berger, J., Polivka, B., Smoot, E. A., & Owens, H. (2015). Compassion fatigue in pediatric nurses. *Journal of Pediatric Nursing*, 30(6), 11-17. doi: 10.1016/j.pedn.2015.02.005.
- Coetzee, S. K., & Klopper, H. C. (2010). Compassion fatigue within nursing practice: A concept analysis. *Nursing & Health Sciences*, 12(2), 235-243. doi: 10.1111/j.1442-2018.2010.00526.x.
- Craigie, M., Osseiran-Moisson, R., Hemsworth, D., Aoun, S., Francis, K., Brown, J., ... & Rees, C. (2016). The Influence of Trait-Negative Affect and Compassion Satisfaction on Compassion Fatigue in Australian Nurses. *American Psychological Association*, 8(1), 88-97. doi: 10.1037/tra0000050.
- Dasan, S., Gohil, P., Conelius, V., & Taylor, C. (2015). Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emergency Medicine Journal*, 32(8), 588-94. doi: 10.1136/emmermed-2015-204752.
- Davis, S., Lind, B. K., & Sorensen, C. (2013). A comparison of burnout among oncology nurses working in adult and pediatric inpatient and outpatient settings. *Oncology Nursing Forum*, 40, E303–311. doi: 10.1188/13.ONF.E303-E311.
- Duarte, J., & Pinto-gouveia, J. (2017). The role of psychological factors in oncology nurses' burnout and compassion fatigue symptoms. *European Journal of Oncology Nursing*, 28, 114-121. doi: 10.1016/j.ejon.2017.04.002.
- Harris, C., & Griffin, M. T. (2015). Nursing on empty: compassion fatigue signs, symptoms, and system interventions. *Journal Christian Nursing*, 32, 80–7. doi: 10.1097/CNJ.0000000000000155.

- Lago, K., & Codo, W. (2013). Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia, 18*(2), 213-221.
- Mangoulia, P., Koukia, E., Alevizopoulos, G., Fildissis, G., & Katostaras T. (2015). Prevalence of Secondary Traumatic Stress Among Psychiatric Nurses in Greece. *Archives of Psychiatric Nursing, 29*(5), 333-8. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2015.06.001>.
- Sacco, T. L., Ciurzynski, S. M., Harvey, M. E., & Ingersoll, G. L. (2015). Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue Among Critical Care Nurses. *Critical Care Nurse, 35*(4), 32-43. doi: 10.4037/ccn2015392.
- Sekol, M. A., & Kim, S. C. (2014). Job satisfaction, burnout, and stress among pediatric nurses in various specialty units at an acute care hospital. *Journal of Nursing Education and Practice, 44*(12), 115-124. doi: 10.5430/jnep.v4n12p115.
- Silva, M., Queirós C., Cameira M., Vara N., & Galvão A. (2015). Burnout e engagement em profissionais de saúde do interior norte de Portugal. *Psicologia, Saúde & Doenças, 16*(3), 286-299. doi: <http://dx.doi.org/10.15309/15psd160302>
- Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL manual. (2nd ed.) Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Tavares, K. F. A., Souza, N. V. D. O., Silva, L. D. S., & Kestenber, C. C. F. (2014). Ocorrência da síndrome de Burnout em enfermeiros residentes. *Acta Paulista de Enfermagem, 27*(3):260-5. doi: 10.1590/1982-0194201400044.
- World Health Organization (WHO). (2016). Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030. Geneva, Switzerland: World Health Organization. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/250368/1/9789241511131-eng.pdf> (consultado em 4 de novembro de 2018).
- Wu, S., Singh-Carlson, S., Odell, A., Reynolds, G., & Su, Y. (2016). Compassion Fatigue, Burnout, and Compassion Satisfaction Among Oncology Nurses in the United States and Canada. *Oncology Nursing Forum, 43*(4), 161-169. doi: 10.1188/16.ONF.E161-E169.
- Young, J. L., Derr, D. M., Cicchillo, V. J., & Bressler, S. (2011). Compassion satisfaction, burnout, and secondary traumatic stress in heart and vascular nurses. *Critical Care Nursing Quarterly, 34*(3), 227-234. doi: 10.1097/CNQ.0b013e31821c67d5.
- Zerach, G., & Shalev, T. B. (2015). The relations between violence exposure, posttraumatic stress symptoms, secondary traumatization, vicarious post traumatic growth and illness attribution among psychiatric nurses. *Archives of Psychiatric Nursing, 29*(3), 135-42. doi: 10.1016/j.apnu.2015.01.002.