



FADIGA POR COMPAIXÃO E FATORES DE PROTEÇÃO PSICOSOCIAIS DE PROFISSIONAIS DA SAÚDE EM AÇÕES HUMANITÁRIAS

DOI: 10.22289/2446-922X.V9N2A6

Christian Guilherme Capobianco dos **Santos**¹
Randolfo dos Santos **Junior**
Carla Rodrigues **Zanin**

RESUMO

O trabalho humanitário tem se demonstrado perigoso ao longo dos anos, acarretando, com o tempo, traumas emocionais ou físicos em muitos profissionais que lidam com as catástrofes naturais que tem afetado grandes nações. Esses profissionais precisam ser capazes de lidar com flexibilidade e se adaptarem rapidamente à realidade do contexto atual, correndo o risco de desenvolver sintomas de depressão, TEPT – Transtorno de Estresse Pós-Traumático e a fadiga da compaixão, uma síndrome de esgotamento biológico, psicológico e aspectos sociais, um indicador muito importante, estudado em profissionais de saúde, considerada a maior ameaça à saúde mental dos profissionais, principalmente aqueles que trabalham diretamente com traumas e vítimas. Os profissionais da saúde, em contato direto com pessoas que estão em sofrimento, correndo risco de morte, ou em situação de dor, podem levá-los a um modelo secundário de estresse prolongado, denominado como Fadiga por Compaixão, que pode ser rotulado como “Custo de cuidar”, ou “Dor emocional”. Diante disso, o presente trabalho visa apresentar uma investigação sobre indicadores de saúde mental em profissionais de saúde que atuam em ações humanitárias. Foi realizada uma pesquisa transversal, descritivo exploratória, feita por meio de técnica de amostragem de referência em cadeia ou técnica bola de neve. O estudo foi realizado on-line através do aplicativo de gerenciamento de pesquisas Google Forms. Os resultados mostram que estes profissionais recebem mais apoio da família, do que liderança, colegas e amigos, e quanto menor a idade do profissional, maior é o índice de fadiga por compaixão.

107

Palavras-chave: Depressão; Fadiga por compaixão; Profissionais de saúde; Trabalho humanitário.

COMPASSION FATIGUE AND PSYCHOSOCIAL PROTECTION FACTORS OF HEALTH PROFESSIONALS IN HUMANITARIAN ACTIONS

ABSTRACT

Humanitarian work has proven to be dangerous over the years, causing, over time, emotional or physical trauma in many professionals who deal with natural disasters that have affected large

¹ Endereço eletrônico de contato: psi.capobianco@gmail.com

Recebido em 03/07/2023. Aprovado pelo conselho editorial para publicação em 18/08/2023.



nations. These professionals need to be able to deal flexibly and adapt quickly to the reality of the current context, running the risk of developing symptoms of depression, PTSD - Post Traumatic Stress Disorder and compassion fatigue, a syndrome of biological, psychological and emotional exhaustion. social aspects, a very important indicator, studied in health professionals, considered the greatest threat to the mental health of professionals, especially those ones who work directly with trauma and victims. Health professionals, in direct contact with people who are suffering, at risk of death, or in a situation of pain, can lead them to a secondary model of prolonged stress, called Compassion Fatigue, which can be labeled as “Cost of caring”, or “Emotional pain”. In view of this, the present work aims to present an investigation on mental health indicators in health professionals who work in humanitarian actions. A cross-sectional, descriptive exploratory research was carried out using the chain reference sampling technique or the snowball technique. The study was conducted online through the Google Forms survey management application. The results show that these professionals receive more support from the family than leadership, colleagues and friends, and the younger the professional's age, the higher the compassion fatigue index.

Keywords: Depression; Compassion Fatigue; Health Professionals; Humanitarian work.

FATIGA POR COMPASIÓN Y FACTORES DE PROTECCIÓN PSICOSOCIAL DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA ACCIÓN HUMANITARIA

RESUMEN

El trabajo humanitario ha demostrado ser peligroso a lo largo de los años, provocando, con el tiempo, traumas emocionales o físicos en muchos profesionales que se ocupan de los desastres naturales que han afectado a grandes naciones. Estos profesionales necesitan ser capaces de actuar con flexibilidad y adaptarse rápidamente a la realidad del contexto actual, corriendo el riesgo de desarrollar síntomas de depresión, TEPT - Trastorno de estrés postraumático y fatiga por compasión, un síndrome de agotamiento biológico, psicológico y social. aspectos, un indicador muy importante, estudiado en profesionales de la salud, considerado la mayor amenaza para la salud mental de los profesionales, especialmente aquellos que trabajan directamente con trauma y víctimas. Los profesionales de la salud, en contacto directo con personas que sufren, en riesgo de muerte o en situación de dolor, pueden conducirlos a un modelo secundario de estrés prolongado, denominado Fatiga por Compasión, que se puede etiquetar como “Coste de cuidar”, o “Dolor emocional”. Ante ello, el presente trabajo tiene como objetivo presentar una investigación sobre indicadores de salud mental en profesionales de la salud que actúan en acciones humanitarias. Se realizó una investigación exploratoria, descriptiva, de corte transversal, utilizando la técnica de muestreo referencial en cadena o técnica de bola de nieve. El estudio se realizó en línea a través de la aplicación de gestión de encuestas Google Forms. Los resultados muestran que estos profesionales reciben más apoyo de la familia que del liderazgo, colegas y amigos, y cuanto menor es la edad del profesional, mayor es el índice de fatiga por compasión.

Palabras clave: Depresión; Fatiga por Compasión; Profesionales de la Salud; Trabajo humanitario.



1 INTRODUÇÃO

O trabalho de ajuda humanitária tem se demonstrado perigoso, tanto emocionalmente quanto fisicamente. Em um estudo nos anos 2000, constatou-se que dentre 375 mortes de trabalhadores de ajuda humanitária, 69% foram devido à violência e 17% foram relacionadas a veículos motorizados. De acordo com o Centro de Cooperação Internacional, à medida que aumenta a taxa de trabalhadores, aumenta também a taxa de ataques fatais e não fatais (Connorton, Perry, Hemenway, & Miller, 2012).

Nas últimas décadas ocorreram vários desastres naturais e catástrofes, afetando grandes nações, aumentando, com isso, o número de Organizações e Ações de Ajuda Humanitária. Consequentemente, observa-se um aumento de pesquisas acadêmicas relacionadas a ações humanitárias, mas com foco nas vítimas de desastres, e não nos indivíduos e organizações que prestam ajuda. As escassas pesquisas envolvendo indivíduos que trabalham em ações humanitárias, mostram que esses profissionais apresentam maior risco de desenvolverem sintomas de depressão, transtorno de estresse pós traumático (TEPT), e/ou ansiedade (Ager, Pasha, Yu, Duke, Eriksson, & Cardozo 2012; Connorton et al., 2012; Costa, Oberholzer-Riss, Hatz, Steffen, Puhan, & Schlagenhauf, 2015). Lidar com desastres, exige dos trabalhadores flexibilidade e capacidade para improvisar mudanças em suas práticas usuais, adaptando a realidade do contexto para promover um bom trabalho. Alguns indivíduos conseguem ser mais flexíveis e assertivos do que outros na tentativa e efetividade de desempenhar suas funções em situações de desastres (King, Burkle, Walsh, e North, 2015).

109

Analogamente, os profissionais de saúde por meio da evolução de seu trabalho, estão constantemente em contato com o sofrimento humano, algo que pode ser considerado superlotado e ocasionar diversos conflitos, sejam eles psíquicos ou orgânicos. O envolvimento emocional é importante para esses trabalhadores, pois é essa interação que presta assistência, entretanto, abre as portas para o adoecimento (Lago, 2008).

Com base nisso, um aspecto importante que vem sendo estudado em profissionais da saúde, é a fadiga por compaixão (FC), uma síndrome de esgotamento biológico, psicológico e social, que pode acometer indivíduos que emanam energia psíquica em forma de compaixão a outros seres (humanos ou animais) por determinado tempo, e não se sentem suficientemente recompensados. É comum entre indivíduos que trabalham diretamente com traumas e vítimas, que lidam diariamente em sua prática clínica com situações estressantes, que possuem altas e intensas jornadas de trabalho, atuações em emergências e demandas que surgem das relações com os seus pacientes; ou com aspectos estruturais do cotidiano do trabalho (Figley, 2002; Ribeiro, Cunha, Andrade e Silva, Carvalho, & Vital, 2021). Os profissionais da saúde, quando estão em contato direto com pessoas que estão em sofrimento e que apresentam o risco de morte, em situação da

dor pode levá-los a um modelo secundário de estresse prolongado, denominado Fadiga por Compaixão (FC), e tem sido rotulado como "Custo de cuidar" para outros, em "Dor emocional" (Cavanagh, Cockett, Heinrich, Doig L, Fiest, Guichon, Page, Mitchell, Doig CJ, 2019; Lago & Codo, 2013; Santos, Durães, Guedes, Rocha MF, Rocha FC, Torres, & Barbosa, 2019).

Em vista disso, a saúde mental e a qualidade de vida desses profissionais podem ser afetadas. Por qualidade de vida, entende-se a capacidade dos profissionais de gerenciar suas respostas emocionais em relação à demanda laboral, como o alto estresse, engajamento e sentimento de bem-estar no trabalho (Torres J., Barbosa, Pereira, Cunha, Torres S., Brito, & Silva, 2019). Engloba dois polos: positivo, que é a satisfação por compaixão, o prazer do profissional em fazer bem o seu trabalho, a satisfação em ser útil e contribuir para o bem-estar das pessoas e/ou da sociedade, altruísmo; e, o negativo, que é a fadiga por compaixão, a interação com vivências negativas no trabalho, inerentes à atividade de cuidar, e envolve frustração, exaustão, raiva e depressão, aspectos comuns no *Burnout*, e medo, angústia, traumas relacionados ao trabalho, caracterizando estresse traumático secundário (Figley, 2002; Stamm, 2010). Abaixo, demonstração dos polos na Figura 1.

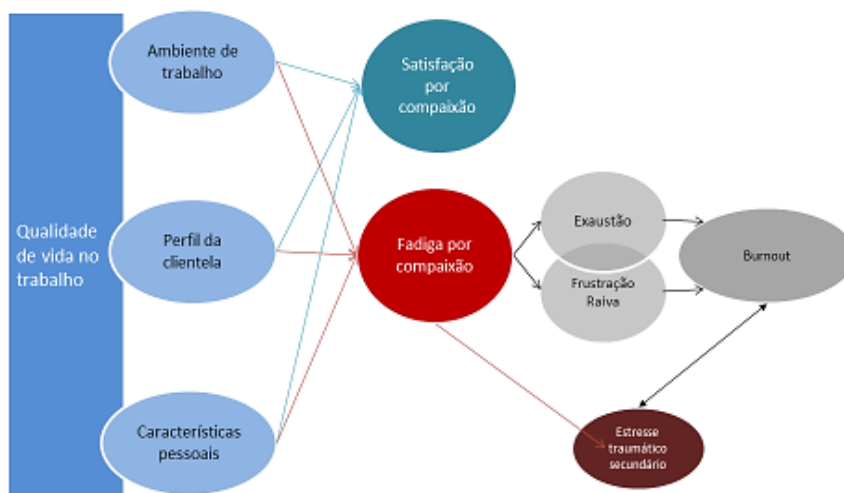


Figura 1. Qualidade de Vida no Trabalho (Stamm, 2009- ProQoLong).

A compaixão é um comportamento positivo e desejável na sociedade e na profissão, que permite conhecer o sofrimento alheio, mas, que pode levar os profissionais da saúde à exaustão emocional por causa desses custos solidários. No entanto, o enfrentamento das adversidades pode ser fonte de grande alegria para esses profissionais, ao sentirem que podem trazer alívio aos outros, reduzindo, assim, os fatores negativos envolvidos em sua saúde mental. Interferir na dor do outro quando bem-sucedido, leva a uma das emoções mais elevadas, a satisfação (Lago & Codo, 2010).



E a satisfação potencializa a confiança e a sensação de bem-estar e reflete bem no trabalho, atuando como motivador (Marziale & Manetti, 2007).

Tendo em vista os fatos apresentados, há concordância na literatura de que a fadiga por compaixão traz riscos à saúde dos profissionais da saúde (Torres et al., 2019), e existem pouca discussão a respeito da saúde psicológica e fatores de estresse, como a fadiga por compaixão e proteção por compaixão em profissionais da saúde que atuam nestes contextos (Costa et al., 2015).

Diante da relevância do assunto abordado, este trabalho teve o objetivo de investigar indicadores de saúde mental em profissionais de saúde que atuam em ações humanitárias.

As hipóteses levantadas neste trabalho foram: indicadores elevados de estresse traumático secundário estão relacionados com maiores indicadores de ansiedade e depressão; satisfação por compaixão, autocompaixão e apoio social, podem ser fatores de proteção à saúde mental de profissionais da saúde em ações humanitárias.

2 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa transversal, descritivo-exploratória, por meio da técnica por amostragem de referência em cadeia ou técnica bola de neve. O estudo foi realizado online, através do aplicativo de gerenciamento de pesquisas Google Forms. Foram elegíveis para participar da pesquisa 24 profissionais da saúde com atuação em ações humanitárias, em seu país de origem ou no exterior.

Os critérios de inclusão foram: colaboradores da área da saúde de ambos os sexos, e profissionais com pelo menos seis meses de atuação no campo de ações humanitárias.

Os critérios de exclusão foram: profissionais que não concordaram com os termos da pesquisa, e questionários com respostas incompletas, ou não respondidas.



2.1 Materiais e Instrumentos

Para o processo de coleta de dados, os participantes responderam os seguintes instrumentos: **Questionário inicial de dados sociodemográfico**: Instrumento de autoria dos pesquisadores, construído com o objetivo de caracterizar os participantes quanto aos aspectos demográficos e profissionais. **Professional Quality of Life Scale I- ProQol- IV**: Instrumento composto por 28 itens, que visa avaliar a QVP composta por aspectos positivos ("Satisfação por Compaixão") e aspectos negativos ("Fadiga por Compaixão"). Versão validada para o Brasil por Lago (2008); Lago & Codo (2013) da quarta versão do Professional Quality of Life Scale (ProQol-IV) de Stamm (2005). **Escala de Autocompaixão (SCS)**: Tem por objetivo identificar o grau de autocompaixão que os participantes possuem. Foi aplicada a versão completa com 26 itens e uma escala de 5 pontos, variando entre 1 (Quase nunca) e 5 (Quase sempre). Os seguintes itens foram invertidos para o cálculo do escore geral da escala: 1, 2, 4, 6, 8, 11, 13, 16, 18, 20, 21, 24 e 25. **Depression Anxiety and Stress Scale – DASS - 21**: É um conjunto de três subescalas, do tipo Likert, de 4 pontos, de autorresposta, contendo 21 questões, sendo cada subescala composta por 7 itens, destinados a avaliar os estados emocionais de depressão, ansiedade e estresse. (São quatro as possibilidades de resposta de gravidade ou de frequência organizadas numa escala de 0 a 3 pontos, sendo que o resultado é obtido pelo somatório das respostas aos itens que compõem cada uma das três subescalas.

112

2.2 Procedimentos

Foram mapeadas e categorizadas as instituições que possuem profissionais da saúde que atuam em ações humanitárias, e depois, foram desenvolvidas cartas convite para estas instituições em duas línguas, sendo em português e inglês.

Inicialmente, os contatos com as instituições foram estabelecidos via ligação, buscando apresentar o projeto e alcançar dados dos responsáveis, bem como seus e-mails. As instituições que concordaram em passar os dados receberam as cartas convites por e-mail com o anexo do pré-projeto de pesquisa.

Devido ao baixo índice de retorno e aceitação das instituições de ação humanitária, e a impossibilidade de atingir esses profissionais por meio dessas instituições, os pesquisadores mapearam e direcionaram através das redes sociais e dos contatos pessoais. Posteriormente, a carta convite foi enviada separadamente aos profissionais de saúde que atuam em operações humanitárias. Os entrevistados responderam à pesquisa on-line por meio do aplicativo de pesquisa Google Forms.

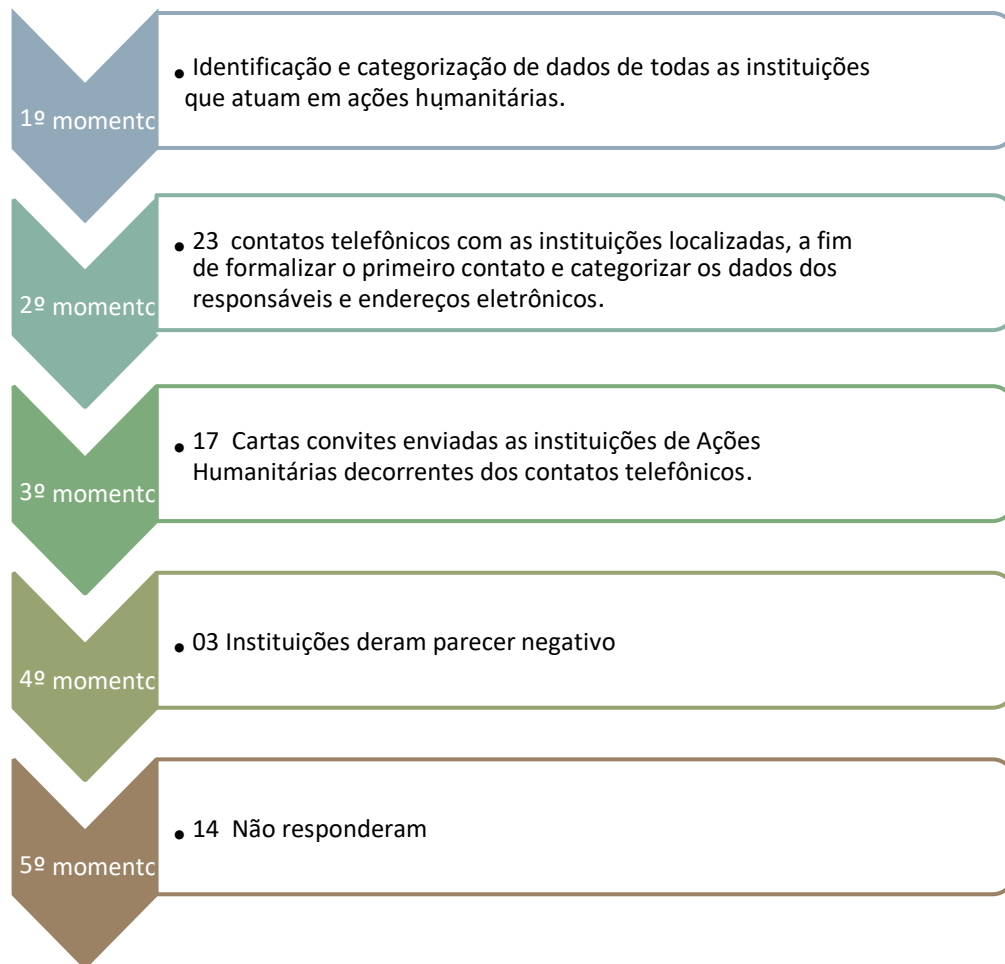


Figura 02. Processo da amostra com instituições.



Figura 03. Processo da amostra com profissionais.

2.3 Aspectos éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, CAAE 48696821.8.0000.5415 sob o parecer número: 4.904.756, em data 13 de Agosto de 2021. Apenas participaram do estudo profissionais que aceitaram assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

2.4 Análise de dados

Para análise dos dados foram utilizados estatística descritiva, apresentação dos dados clínicos e sociodemográficos, o Teste T para comparações entre grupos de participantes, e o Teste de Spearman para a análise de correlação entre as variáveis, ambos com nível de significância de $p < 0,05$.



3 RESULTADOS

As informações obtidas por meio do questionário foram distribuídas em tabelas, com o objetivo de construir um perfil dos participantes. A amostra foi composta por 24 participantes, destes a média de idade é de 43 anos, 58% são do sexo feminino, sendo que 54% não estão atualmente com um companheiro.

Em relação ao tempo de trabalho, 71% possuem entre 6 anos ou mais de atuação na área de saúde voltada a ações humanitárias, destes 87% são profissionais nacionais (que atuam em seu país de origem), sendo que do total de pesquisado 50% destes possuem vínculo de trabalho com Organizações Não Governamentais - ONGs.

Em relação a formação profissional dos indivíduos, 50% dos participantes são psicólogos, 21% médicos, 13% Enfermeiros, 8% fisioterapeutas, 4% farmacêuticos e 4% Assistentes Sociais (Tabela 1).

Percebe-se que 60% dos participantes vivenciaram no último ano pelo menos um episódio de situações estressoras, dentre elas destaca-se: 40% vivenciaram doença grave na família (Tabela 2).

Em uma escala de 0 a 10, percebemos que a média de pontuação de pessoas que se sentem apoiadas por seus superiores é de 6 pontos. Já em relação ao sentimento de apoio de colegas, familiares e amigos a média de pontuação fica em 8 pontos. Na satisfação com a atuação profissional, notamos que os indivíduos classificaram a média de 9 pontos. Foi possível perceber que estes profissionais se sentem menos apoiados pelos superiores que outros ciclos sociais.

Ainda dentre os resultados apresentados em relação ao tipo de contexto do território, e sobre a exposição que a população está submetida, classificamos os dados em 8 (oito) categorias, sendo elas: 1: Desastre Nacional; 2: Conflito Armado; 3: Conflito Político; 4: Vulnerabilidade Social; 5: Povos Indígenas; 6: Imigrantes; 7: Tráfico de Drogas; 8: Vítimas de Violência.



Na tabela 1 encontra-se a caracterização da amostra Sociodemográfica

VARIÁVEIS	N	%	VARIÁVEIS	N	%
Sexo			Tempo de Trabalho		
Feminino	14	58,00	1 ano	01	04,00
Masculino	10	42,00	3 anos	03	13,00
Idade			4 anos	02	08,00
Entre 20 e 39 anos	08	33,00	5 anos	01	04,00
Entre 40 e 49 anos	10	42,00	6 anos ou mais	17	71,00
Entre 50 e 59 anos	04	17,00	Local de atuação		
Apartir de 60 anos	02	08,00	Profissionais Nacionais	21	87,00
Estado Civil			Profissionais Expatriados	03	13,00
Com companheiro (a)	11	46,00			
Sem companheiro (a)	13	54,00			
Profissão					
Psicologia	12	50,00			
Medicina	05	21,00			
Enfermagem	03	13,00			
Fisioterapia	02	08,00			
Serviço Social	01	04,00			
Farmácia	01	04,00			
Tipo de Organização					
Ongs	12	50,00			
Governamental	06	25,00			
Privada	04	17,00			

Tabela 1: Caracterização da amostra Sociodemográfica.



Na tabela 2, pode-se visualizar a Caracterização de Situações estressoras.

VARIÁVEIS	N	%
Situações Estressoras vivenciadas nos ultimos 12 meses		
Doença grave na família	06	40,00
Morte de um ente querido	04	27,00
Episódio de Violência Urbana	03	20,00
Conflito persistente no ambiente doméstico	01	07,00
Bullyng ou Assédio Moral	01	06,00

Tabela 2: Caracterização de Situações estressoras.

Na tabela 3, observa-se ainda a correlação positiva entre fadiga por compaixão e indicadores de ansiedade ($p=0.0363$) e uma correlação negativa dos indicadores de fadiga por compaixão com indicadores de apoio familiar ($p=0,0355$) e idade ($p=0.0458$).

Variáveis	Fadiga por compaixão	P
Ansiedade	0.4293	0.0363*
Depressão	-0.258	0.2235
Estresse	0.06264	0.7712
Idade	-0.4114	0.0458*
Percepção de apoio familiar	-0.431	0.0355*
Percepção de apoio de lideranças	-0.01741	0.9356
Percepção de apoio dos colegas	-0.08693	0.6863
Percepção de apoio dos amigos	-0.283	0.1803
Percepção de satisfação profissional	-0.3179	0.1300

*Coeficiente de Spearman – nível de significância $<0,005$

Tabela 3: Correlação entre Fadiga por Compaixão e outras variáveis.



A tabela 4 traz a Correlação entre Autocompaixão e outras variáveis

Variáveis	Autocompaixão	P
Ansiedade	-0,568	0,038 [”]
Depressão	-0,5253	0,0084*
Estresse	-0,2013	0,3456
Idade	0,3609	0,0831
Fadiga por Compaixão	-0,4407	0,0311*
Satisfação por Compaixão	0,2016	0,3449
Percepção de apoio dos colegas	0,3553	0,0885
Percepção de apoio dos amigos	0,316	0,1325
Percepção de satisfação profissional	0,494	0,0141*
Percepção de apoio dos superiores	0,4567	0,0249*
Percepção de apoio dos familiares	0,4717	0,0200*

*Coeficiente de Spearman – nível de significância <0,005

Tabela 4: Correlação entre Autocompaixão e outras variáveis.

118

Não foi possível observar diferenças estatisticamente significantes de fadiga por compaixão entre pessoas consideradas em relacionamento estável e solteiras ($p=0.2023$), e entre homens e mulheres ($p=0.9821$). Porém, observa-se correlação negativa de Autocompaixão com indicadores de Ansiedade ($p=0.038$), Depressão ($p=0.0084$) e Fadiga por Compaixão ($p=0.0311$). Também foi possível identificar correlação positiva dos indicadores de Autocompaixão com a percepção de apoio familiar ($p=0.02$), percepção de apoio dos superiores no local de trabalho ($p=0.0249$) e nível de satisfação com atuação profissional ($p=0.0141$).

Observa-se também, um número significativo de participantes que assinalaram vivências potencialmente traumáticas nos 12 meses que antecederam o estudo. Quando comparados com participantes que não vivenciaram tais experiências, foi possível identificar uma diferença estatisticamente significativa ($p=0.0409$) nos indicadores de Fadiga por Compaixão.

Os resultados do instrumento DASS-21 demonstram que 83% da população pesquisada apresentam classificação normal para sintomas depressivos, em seguida 13% da população apresenta classificação Moderada, e 4% classificação grave. Ao analisar os sintomas de ansiedade, ainda do instrumento DASS-21, notamos que 71% da população pesquisada apresenta classificação normal, 17% são considerados moderado e 12% classificação grave, ou seja, 29% da população pesquisada apresentam sintomas significativos de ansiedade. Ainda sobre o instrumento *Rev. Psicol Saúde e Debate. Ago., 2023;9(2): 107-125.*



DASS-21, compreendemos que 67% da população pesquisada apresentou sintomas leves ou normais em relação ao estresse, já os outros 33% da população demonstraram sintomas significativos em relação ao estresse.

4 DISCUSSÃO

Nas últimas décadas, ocorreu um significativo avanço nos estudos sobre o comportamento pró social dos seres humanos, sem dúvida um dos fatores fundamentais para o sucesso evolutivo da espécie. Há resquícios milenares de cuidados de saúde que remetem às bases do comportamento empático e compassivo frente a observação do sofrimento de outras pessoas. Atualmente esse processo se materializa em diversas áreas científicas dedicadas ao aprimoramento de práticas de cuidado e também sobre os efeitos psicológicos que a exposição prolongada ao sofrimento de outras pessoas pode causar.

Foi possível identificar, neste estudo, algumas características e possíveis fatores de proteção e vulnerabilidade entre profissionais da saúde que atuam em agências humanitárias. Entre os profissionais participantes, constatou-se a prevalência do sexo feminino evidenciando o processo de feminilização na área da saúde, que é um reflexo do processo sócio-histórico que atribui as práticas do cuidar à figura feminina, bem como, a maior parte dos participantes terem entre 41 e 50 anos de idade, com 6 anos ou mais de atuação na área (Barbosa, Souza, & Moreira, 2014; Rosa & Carlotto, 2005; Sousa & Araujo, 2015).

119

No estudo realizado por Rosa & Carlotto (2005), existe a relação negativa entre idade e sintomas de burnout apresentando-se como um fator de risco à proteção e bem-estar de profissionais da saúde, uma vez que, profissionais mais jovens experimentam mais sintomas de burnout que outros indivíduos.

Em comparação com algumas pesquisas anteriormente realizadas, ao analisar os sintomas de estresse no trabalho dos profissionais pesquisados, percebe-se que 33% da população demonstra sintomas significativos em relação ao estresse e apresenta indicadores elevados de fadiga por compaixão correlacionando-se com indicadores de ansiedade em consonância a estudos anteriores, que apontam as categorias relacionadas ao cuidado do outro, como por exemplo profissionais da área da saúde, sendo mais suscetíveis aos efeitos negativos do estresse e possível desenvolvimento de quadros mais graves, como o burnout. Pode-se dizer que o estresse ocupacional tende a ser intensificado em circunstâncias de menor controle das variáveis e menor percepção de suporte social (Connorton et al., 2012; Tol, Patel, Tomlinson, Baingana, Galappatti, Silove, Sondorp, Van Ommeren, Wessells, & Panter-Brick, 2012; Barbosa et al., 2014).

Destaca-se ainda, que o suporte social, bastante discutido em pesquisas, é um importante fator de proteção, sendo relevante para redução dos efeitos de estresse e exaustão emocional, tendo indícios inclusive de prevenção a síndrome de *burnout*. O fortalecimento das redes de suporte
Rev. Psicol Saúde e Debate. Ago., 2023;9(2): 107-125.



social e familiar é apontado na literatura como elemento crucial para proteção a saúde. Em comparação com o presente estudo, percebe-se uma correlação negativa dos indicadores de fadiga por compaixão com os indicadores de apoio familiar, o que reafirma o apoio social e familiar como fatores de proteção ao bem-estar destes profissionais (Connorton et al., 2012; Tol et al., 2012; Barbosa et al., 2014).

A percepção do apoio profissional repercute no desempenho, melhoria das condições de trabalho e serviços prestados, estando frequentemente associado com elevados índices de satisfação na atividade laboral (Ribeirão Preto, Queiroz, & Araujo, 2009; Sousa & Araújo, 2015).

Recentemente, a Organização Mundial da Saúde apontou um crescente aumento dos níveis de ansiedade e depressão nas pessoas, relacionados às más práticas profissionais, má prestação de serviços, estresse e riscos associados a cada trabalho. No que se refere aos trabalhadores da saúde, pesquisas apontam que os desafios e limitações na prática profissional colocam em risco a saúde física e mental dos trabalhadores que apresentam uma maior prevalência de ansiedade e depressão, do que a população geral (Huang, Wu, Ho & Wang, 2018).

O presente estudo permitiu identificar a associação da depressão com maiores riscos de fadiga por compaixão. Os dados corroboram com outro estudo que aponta que a depressão parece estar associada positivamente à fadiga, ou seja, à magnitude da fadiga emocional e à despersonalização, e está associada negativamente à qualidade de vida (Maia, Pereira, & Menezes, 2015). Nessa mesma linha de pesquisa, vale a pena mencionar um grande estudo realizado em 2017, em Portugal, com 1264 enfermeiros, sobre a saúde mental deles. O qual concluiu que a depressão (22%) e a ansiedade (76%) estavam relacionadas com uma percepção negativa da saúde mental desses profissionais e impactava, segundo 60% deles, negativamente na qualidade da assistência prestada às pessoas.

A fadiga por compaixão tem sido identificada como uma grande ameaça à saúde mental dos trabalhadores de saúde, pois é percebida como fadiga física e emocional devido aos custos empáticos de lidar com o sofrimento alheio (Lago, & Codo, 2013). Isso ocorre quando um especialista não é mais capaz de lidar efetivamente com as emoções negativas que acompanham os pacientes que ele está tratando, pois estes pacientes estão sujeitos a especialistas sensíveis em fadiga como: médicos, enfermeiros, psicólogos que prestam serviços em áreas como emergências, prestando assistência, geralmente, em situações críticas ou dolorosas e são facilmente afetados pelo cuidado do outro (Amaro, 2016).

Estudos recentes vêm agregando valor ao estudo da fadiga por compaixão, ao apontarem outros fatores importantes relacionados ao comportamento, sentimentos, emoções e valores, que podem influenciar e afetar o profissional. Se por um lado a compaixão decorre de uma resposta empática ao sofrimento, condições internas e externas de uma pessoa, como a insatisfação em uma relação de trabalho, podem contribuir para o surgimento da FC, e a presença de estresse e efeitos adversos têm um efeito sinérgico no seu desenvolvimento. A fadiga compassiva é



frequentemente vista na prática profissional, na forma de insegurança, altos custos para a saúde profissional, absenteísmo, insatisfação no trabalho, incapacidade de tomar decisões, além de consequências físicas, emocionais e psicológicas (Zhang Y, Zhang C, Han, Li, & Wang, 2018).

No Brasil, os transtornos mentais são a terceira maior causa de afastamento do trabalho. São inúmeras as situações que promovem o estresse, incluindo excesso de trabalho, limitação de tempo para diversas atividades (pessoais e profissionais), pressões e exigências, aumento da raiva, diminuição, alta competição, que podem afetar qualquer pessoa. Isso se torna um problema importante à medida que interfere na motivação, estado de saúde geral e qualidade do desempenho profissional (Silva & Salles. 2016).

Neste estudo foi possível investigar a correlação de efeitos da fadiga por compaixão associado a diversas variáveis. No entanto, chama a atenção como o apoio social surgiu como um possível fator de proteção na amostra estudada. A importância desse achado é que nos permite chamar a atenção para os fatores multidimensionais do adoecimento psíquico na área da saúde, que vão muito além do indivíduo e de suas competências socioemocionais, mas também da própria maneira em que o sistema de saúde é gerido ainda em uma cultura de hierarquias rígidas e opressoras e com pouca importância, dada a qualidade das relações profissionais em especial, esse dado fortalece a necessidade da formação de lideranças democráticas nas equipes de saúde como fator básico de espaços de trabalho mais saudáveis.

121

Compreende-se, assim, que os resultados encontrados neste estudo são relevantes, principalmente no que se refere aos aspectos de idade e apoio social, fatores esses que evidenciaram escores significativos. Na prática, em programas de prevenção, pode-se pensar em ações viabilizando aumento do repertório de apoio social, reforçando a comunicação entre os profissionais, familiares, superiores, e um maior envolvimento entre eles. Apoio social de colegas e supervisores pode fornecer recursos adicionais de trabalho, incluindo ajuda prática para gerenciar o trabalho, a família e demandas pessoais, e isso merece um estudo mais aprofundado. Resistência cognitiva era importante para ambos estressores e bem-estar. Pode valer a pena explorar maneiras de fomentar a resistência no trabalho humanitário (Ager et al., 2012).

Ao se debruçar sobre esse tema é inevitável deixar de notar uma incongruência entre diretrizes de formação profissional prioritariamente técnicas e uma crescente exigência de competências socioemocionais, para a construção de práticas centradas no paciente. Posto isto, afirma-se a importância do investimento em tecnologias leves de cuidado, advindas de uma justa exigência de práticas em saúde cada vez mais pautadas em uma perspectiva de acolhimento integral. No campo de atuação, o déficit de competências socioemocionais resulta muitas vezes em sofrimento psíquico aos profissionais que não foram devidamente preparados para lidar com as exigências relacionais dos cuidados de saúde, desencadeando, por outro lado, em pacientes e familiares, uma percepção de negligência para com suas necessidades de acolhimento psicossocial.



É inegável a importância de reafirmar o valor das relações humanas nos cuidados formais de saúde, porém, é preciso considerar se os profissionais estão sendo devidamente capacitados para esse paradigma de cuidado. Acolher experiências de sofrimento é tanto um fator de satisfação quanto de riscos à saúde (Stamm, 2009). Sabe-se que as mesmas habilidades empáticas que podem ter motivado a escolha profissional, também podem vulnerabilizar ao *burnout* e a transtornos traumáticos secundários. Outro ponto importante refere-se ao paradigma da cura que norteia a formação desses profissionais impondo também uma postura de silenciamento das emoções e das vulnerabilidades enfrentadas pelos profissionais. Segundo Brown (2017), os profissionais de saúde têm um conflito em admitir seu sofrimento, acreditando que deveriam esconder sua vulnerabilidade, suas frustrações e incertezas e esgotamento vividas no dia a dia dos cuidados de saúde. A ausência de espaços para admitir o próprio sofrimento pode dificultar a identificação e intervenção precoces em processos de sofrimento psíquico nessa população.

Nesse sentido, as intervenções para a fadiga emocional podem ser agrupadas no triângulo mais eficaz: estratégias pessoais, profissionais e organizacionais. Entre eles, deve haver uma coleta para o mapeamento da saúde mental dos trabalhadores associados a promoção de estratégias pessoais de autorregulação emocional, fortalecimento da rede de apoio e suporte comunitário nas instituições, associado a estratégias organizacionais que buscam proteger e promover a saúde dos funcionários, além de medidas especializadas cobrindo questões de limitações profissionais e gerenciamento de tarefas (Santos, 2018).

122

Apesar dos achados, é importante considerar as limitações deste estudo. Em primeiro lugar, consideramos o tamanho da amostra insuficiente para generalizações dos resultados, dificuldades de acesso a esse público, o que também foi notificado por Tol, Barbui, Galappatti, Silove, Betancourt, Souza, Golaz, & Van Ommeren, 2011). Em futuras pesquisas, sugere-se que os projetos sejam construídos em parceria com as agências humanitárias a partir de uma apresentação do pré-projeto, em uma modalidade de coparticipação, levando em conta as necessidades das agências e possíveis limitações. Trata-se também, de um estudo transversal com uma amostra muito heterogênea quanto a locais e práticas de atuação profissional. Estudos longitudinais em campos de atuação mais homogêneos podem favorecer uma identificação mais segura e profunda dos fatores de vulnerabilidade e proteção, como também sugerem Connorton et al., 2012; Tol et al., 2012; Barbosa et al., 2014).



5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo apontou resultados significativos para o apoio familiar como um possível fator de proteção à saúde mental de profissionais da saúde em ações humanitárias. Indicadores elevados de fadiga por compaixão apresentaram correlação com indicadores de ansiedade. Mostrou que a idade é um fator de risco em profissionais desta área, pois, quanto menor a idade maior o índice de fadiga por compaixão.

Os profissionais da saúde precisam cuidar mais de si mesmos, uma prioridade da qual não devem se esquecer. Só assim eles poderão proporcionar tratamento e atenção de qualidade aos outros.

6 REFERÊNCIAS

- Ager, A.; Pasha, E.; Yu, G., Duke, T., Eriksson, C. & Cardozo, B.L. (2012). Stress, mental health, and burnout in national humanitarian aid workers in Gulu, northern Uganda. *J Trauma Stress*, 25(6), 713-720. <https://doi.org/10.1002/jts.21764>.
- Amaro, A.N.C. (2016) Burnout e fadiga por compaixão em psicólogos clínicos portugueses (Mestrado Integrado de Psicologia, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia). https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/29264/1/ulfpie051946_tm.pdf.
- Associação Nacional de Medicina do Trabalho (2019). *Transtornos mentais estão entre as maiores causas de afastamento do trabalho*. Associação Nacional de Medicina do Trabalho – ANAMT. <https://www.anamt.org.br/portal/2019/04/22>.
- Barbosa, S.D.C., Souza, S. & Moreira, J.S. (2014, september). A fadiga por compaixão como ameaça à qualidade de vida profissional em prestadores de serviços hospitalares. *Revista Psicologia Organizações e Trabalho*, vol.14, 315-323.
- Brown J.L.C., Ong J., Mathers J.M., & Decker J.T. (2017). Compassion fatigue and mindfulness: comparing mental health professionals and MSW student interns. *J Evid-Inf Soc Work*. 2017;14(3):119-30. <https://doi.org/10.1080/23761407.2017.1302859>.
- Cavanagh, N., Cockett, G., Heinrich, C., Doig, L., Fiest, K., Guichon, J. R., . . . Doig, C. J. (2019). Compassion fatigue in healthcare providers: A systematic review and metaanalysis. *Nursing Ethics*, 27(3), 639-665. <https://doi.org/10.1177/0969733019889400>.
- Connorton, E. Perry, M.J., Hemenway, D. & Miller, M. (2012). Humanitarian relief workers and trauma-related mental illness. *Epidemiol Rev*, 34, 145-155. <https://doi.org/10.1093/epirev/mxr026>.
- Costa, M., Oberholzer-Riss, M., Hatz, C., Steffen, R., Puhan, M., & Schlagenhauf, P. (2015). Pre-travel health advice guidelines for humanitarian workers: A systematic review. *Travel Med Infect Dis*, 13(6), 449-465. <https://doi.org/10.1016/j.tmaid.2015.11.006>.
- Figley, C. (2002). Compassion Fatigue: Psychotherapists' Chronic Lack of Self Care. *Journal of clinical psychology*, 58, 1433-1441.
- Rev. Psicol Saúde e Debate*. Ago., 2023:9(2): 107-125.



<https://doi.org/10.1002/jclp.10090>

- Huang, C., Wu, M., Ho, C. & Wang, J. (2018). Risks of treated anxiety, depression, and insomnia among nurses. A nationwide longitudinal cohort study. *PLOS ONE*, 13 (9), 2014224.
- King, R.V., Burkle, F.M., Walsh, L.E. & North, C.S. (2015). Competencies for disaster mental health. *Curr Psychiatry Rep*, 17(3), 548.
<https://doi.org/10.1007/s11920-015-0548-2>.
- Lago, K.C. (2008). Fadiga por Compaixão: quando ajudar dói. *Dissertação de mestrado, Universidade de Brasília, Brasília, DF, Brasil*.
<http://repositorio.unb.br/handle/10482/1291>.
- Lago, K., & Codo, W. (2010) Fadiga por compaixão: O sofrimento dos profissionais em saúde. Editora Vozes; 1ª edição (1 janeiro 2010). ISBN-10: 8532639704. ISBN-13: 978-8532639707.
- Lago, K., & Codo, W. (2013) Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estudos de Psicologia*, v. 18, n. 2, p. 213-221.
- Maia, J., Pereira, L. & Menezes, F. (2015). Análise de Fatores Depressivos no Trabalho do Enfermeiro na Área da Psiquiatria. *Revista Sustinere*, 3 (2), 178-190.
- Manetti, M. L., & Marziale, M.H.P. (2007). Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de enfermagem. *Estudos de Psicologia (Natal)* [online] v.12, n.1 [Acessado 23 de julho 2022], pp. 79-85. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2007000100010>. Epub 26 Nov 2007. ISSN1678-4669.
- Organização Mundial da Saúde. (2017). CID-10: Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde. Vol. 1, 10ª edição, impressão de 2017. Edusp. ISBN 10: 85314019330. ISBN 13: 9788531401930.
- Ribeiro, L. M., Cunha, R. S., Andrade E Silva, M. C., Carvalho, M., & Vital, M. L. (2021). Parental involvement during pandemic times: Challenges and opportunities. *Education Sciences*, 11(6). <https://doi.org/10.3390/educsci11060302>
- Ribeirão Preto, P., Queiroz, E. & Araujo, T. C. (2009). Trabalho de equipe em reabilitação: um estudo sobre a percepção individual e grupal dos profissionais de saúde / Teamwork in rehabilitation: a study about individual and group perceptions of health workers. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 19, 177-187
- Rosa, C. D. & Carlotto, M. S. (2005). Síndrome de Burnout e satisfação no trabalho em profissionais de uma instituição hospitalar. *Revista da SBPH*, 8, 1-15.
- Santos, A.G. dos. (2018). Fadiga por compaixão, síndrome de Burnout e a satisfação por compaixão em profissionais de enfermagem. 2018. 82 f. *Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem e Farmácia, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Alagoas, Maceió*.
- Santos, É.K.M., Durães, R.F., Guedes, M.D.S., Rocha, M.F. O., Rocha, F.C., Torres, J. D. P. R. V. & Barbosa, H. A. (2019). O estresse nos profissionais de saúde: uma revisão de literatura. *HU Revista*, 45(2), 203-211. <https://doi.org/10.34019/19828047.2019.v45.25645>.
- Silva L., & Salles L. D. A. (2016). O estresse ocupacional e as formas alternativas. *Revista de Carreiras e Pessoas*. Volume VI.
- Rev. Psicol Saúde e Debate*. Ago., 2023:9(2): 107-125.



- Sousa, V. & Araujo, T. C. (2015). Estresse Ocupacional e Resiliência Entre Profissionais de Saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 35, 900-915.
<https://doi.org/10.1590/1982370300452014>.
- Stamm, B. H. (2010). *The Concise ProQOL Manual: The concise manual for the Professional Quality of Life Scale*, 2nd. Ed. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- Tol, W.A., Barbui, C., Galappatti, A., Silove, D., Betancourt, T. S., Souza, R., Golaz, A., & van Ommeren, M. (2011). Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: linking practice and research. *Lancet (London, England)*, 378(9802), 1581–1591.
[https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61094-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61094-5).
- Tol, W. A., Patel, V., Tomlinson, M., Baingana, F., Galappatti, A., Silove, D., Sondorp, E., van Ommeren, M., Wessells, M. G., & Panter-Brick, C. (2012). Relevance or excellence? Setting research priorities for mental health and psychosocial support in humanitarian settings. *Harvard review of psychiatry*, 20(1), 25–36.
<https://doi.org/10.3109/10673229.2012.649113>.
- Torres, J., Barbosa, H., Pereira, S., Cunha, F.; Torres, S., Brito, M., & Silva, C. (2019). Qualidade de vida profissional e fatores associados em profissionais da saúde. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 20, 670-681.
- Whitebird RR, Asche SE, Thompson GL, Rossom R, Heinrich R. (2013) Stress, Burnout, Compassion Fatigue, and Mental Health in Hospice Workers in Minnesota. *J Palliat Med.*, 16(12):1534–9.
<https://doi.org/10.1089/jpm.2013.0202>.
- ZhangY, Zhang C, Han XR, Li W, Wang Y. (2018) Determinants of compassion satisfaction, compassion fatigue and burn out in nursing. *Medicine*. 97(26):e 11086.
<https://doi.org/10.1097/md.00000000000011086>.