

Burnout y Fatiga por Compasión en Equipos Médicos y de Enfermería en Escenarios del Itinerario Terapéutico de Pacientes Oncológicos en Cuidados Paliativos: Estudio Transversal

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2025v71n3.5273ES>

Burnout e Fadiga por Compaixão entre Equipes Médica e de Enfermagem em Cenários do Itinerário Terapêutico de Pacientes Oncológicos em Cuidados Paliativos: Estudo Transversal

Burnout and Compassion Fatigue among Medical and Nursing Teams in Palliative Care: Cross-Sectional Study

Arthur Fernandes da Silva¹; Josene Ferreira Batista²; Jurema Telles de Oliveira Lima³

RESUMEN

Introducción: Los trabajadores de la salud, como médicos, enfermeras y técnicos de enfermería, pueden estar sujetos a estrés físico o emocional relacionado con el trabajo por varias razones: factores organizacionales, falta de habilidades o competencias y bajo apoyo social en el trabajo, además de cuestiones internas, como la exposición frecuente al cuidado de personas con intenso sufrimiento. **Objetivo:** Evaluar los factores relacionados con el síndrome de *burnout* (SB) y con la fatiga por compasión (FC) entre los equipos médicos y de enfermería en escenarios del itinerario terapéutico de pacientes oncológicos en cuidados paliativos. **Método:** Se trata de un estudio transversal con equipos médicos y de enfermería de cuidados paliativos, urgencias, oncología clínica y cuidados intensivos de un centro de referencia en oncología de Recife, Pernambuco (Brasil). Se recopilieron datos sociodemográficos y se utilizaron el Inventario de Burnout de Oldenburg y las Escalas de Calidad de Vida Profesional para evaluar el SB y la FC, respectivamente. **Resultados:** Los médicos exhibieron características que los hicieron más proclives al sufrimiento, con menor satisfacción por compasión (SC) ($45,67 \pm 10,55$) y mayor desconexión con el trabajo ($2,28 \pm 0,66$). Los profesionales del sector de cuidados paliativos demostraron características más positivas en comparación con otros, con menor desconexión del trabajo ($1,86 \pm 0,38$; $p = 0,04$) y mayor satisfacción debido a la compasión ($53,63 \pm 10,33$). Los sectores de cuidados intensivos y emergencias presentaron un mayor perfil de riesgo de enfermedad, con menor SC y altos niveles de desconexión laboral. **Conclusión:** Los médicos y los equipos de urgencias y cuidados intensivos presentaron mayor probabilidad de padecer SB y FC, mientras que los técnicos de enfermería y el equipo de cuidados paliativos presentaron indicadores más saludables. Estos datos pueden respaldar los enfoques institucionales para identificar los factores de riesgo del SB y el síndrome de CF entre los trabajadores y desarrollar soluciones eficaces dirigidas a ellos.

Palabras clave: Personal de Salud/psicología; Agotamiento Psicológico; Desgaste por Empatía.

RESUMO

Introdução: Trabalhadores da área da saúde podem estar sujeitos a estresses físicos ou emocionais relacionados ao trabalho por: fatores organizacionais, falta de habilidades ou competências e baixo suporte social, além de questões internas, como exposição frequente no cuidado de pessoas com sofrimentos intensos. **Objetivo:** Avaliar fatores relacionados à síndrome de *burnout* (SB) e à fadiga por compaixão (FC) entre equipes do itinerário terapêutico de pacientes oncológicos. **Método:** Estudo transversal com equipes médicas e de enfermagem de cuidados paliativos, emergência, oncologia clínica e terapia intensiva de um centro de referência em Recife, Pernambuco. Foram coletados dados sociodemográficos, e utilizadas as escalas *Oldenburg Burnout Inventory* e *Professional Quality of Life Scale* para avaliar SB e FC, respectivamente. **Resultados:** Os médicos exibiram características mais propensas ao sofrimento, com menor satisfação por compaixão (SC) ($45,67 \pm 10,55$) e maior desligamento do trabalho ($2,28 \pm 0,66$). Profissionais dos cuidados paliativos demonstraram caracteres mais positivos em comparação aos demais, com menor desligamento do trabalho ($1,86 \pm 0,38$; $p = 0,04$) e maior SC ($53,63 \pm 10,33$). Os setores de terapia intensiva e emergência apresentaram perfil de risco de adoecimento maior, com reduzida SC e elevado desligamento do trabalho. **Conclusão:** Médicos e equipes de emergência e de terapia intensiva estiveram mais propensos ao sofrimento pelas SB e FC, enquanto técnicos e equipe de cuidados paliativos apresentaram indicadores mais salutares. Esses dados podem subsidiar abordagens institucionais para identificar fatores de risco para SB e FC entre trabalhadores e desenvolver soluções efetivas direcionadas.

Palavras-chave: Pessoal de Saúde/psicologia; Esgotamento Psicológico; Fadiga de Compaixão.

ABSTRACT

Introduction: Healthcare workers, such as doctors, nurses and licensed practical nurses may be subjected to physical or emotional stress related to work for several reasons: organizational factors, lack of skills or competencies and low social support at work, in addition to internal issues, such as frequent exposure to caring for people with intense suffering. **Objective:** To evaluate the factors related to burnout syndrome (BS) and compassion fatigue (CF) among medical and nursing teams in scenarios of the therapeutic itinerary of oncology patients in palliative care. **Method:** This was a cross-sectional study with palliative care medical and nursing teams, emergency, clinical oncology, and intensive care services at a referral center for oncology in Recife, Pernambuco (Brazil). Sociodemographic data were collected, and the Oldenburg Burnout Inventory and Professional Quality of Life Scales were used to assess BS and CF, respectively. **Results:** Physicians exhibited characteristics more prone to suffering, with lower compassion satisfaction (CS) (45.67 ± 10.55) and greater disengagement from work (2.28 ± 0.66). Palliative care professionals demonstrated more positive characteristics compared to others, with lower disengagement from work (1.86 ± 0.38 ; $p = 0.04$) and greater CS (53.63 ± 10.33). Intensive care and emergency presented higher risk illness profile with reduced CS and high levels of disengagement from work. **Conclusion:** Physicians and emergency and intensive care teams were more likely to suffer from BS and CF, while licensed practical nurses and the palliative care team presented healthier indicators. These data can support institutional approaches to identify risk factors for BS and CF among workers and develop effective solutions for them.

Key words: Health Personnel/psychology; Burnout, Psychological; Compassion Fatigue.

¹Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Brasília (DF), Brasil. E-mail: arthurfernandes.mfc@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0001-7917-836X>

²Grupo Oncologia D'Or. Rio de Janeiro (RJ), Brasil. E-mail: josene.carvalho@yahoo.com.br. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-7056-4958>

³Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira. Recife (PE), Brasil. E-mail: jurematsales@gmail.com. Orcid iD: <https://orcid.org/0000-0002-8607-1584>

Dirección para correspondencia: Arthur Fernandes da Silva. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. Quadra CA 9, Lote 2, Ed San Diego, Apto. 103 – Lago Norte. Brasília (DF), Brasil. CEP 71503-509. E-mail: arthurfernandes.mfc@gmail.com



INTRODUCCIÓN

Los trabajadores del área de la salud pueden estar sujetos al estrés ocupacional en virtud de factores organizacionales, falta de habilidades y escaso soporte social, lo que puede llevar a sufrimiento, desgaste profesional (*burnout*), pérdida de calidad de vida y compromiso de la calidad del trabajo¹⁻³. En los últimos años, además de niveles de estrés sin precedentes, se observa el aumento de la insatisfacción con el equilibrio entre trabajo y vida personal, uso de sustancias psicoactivas, dificultades en la elección de carrera y coexistencia de trastornos del humor, incluyendo depresión mayor^{4,5}. Profesionales con habilidades sociales desarrolladas tienden a enfrentar estos desafíos de forma resiliente y saludable, permaneciendo estimulados en el trabajo⁶.

Los cuidados paliativos, parte fundamental de un sistema de salud centrado en los individuos, presentan características singulares: son un enfoque para personas con enfermedades graves y amenazantes para la vida, con foco en el control de síntomas (físicos, emocionales, sociales y espirituales) y en la preservación de la calidad de vida, con visión interdisciplinaria e incluyendo a la familia en el proceso de cuidado⁷.

Cuidar de personas y familias con demandas complejas puede exponer a los profesionales de salud a sufrimientos intensos, por causa del manejo de síntomas de difícil control, de la comunicación de noticias difíciles, de la exposición a la muerte y al morir, del trabajo en equipo, de incertidumbres y absorción de sentimientos conflictivos de pacientes y familias⁸. Los pacientes pueden necesitar de cuidados paliativos debido a diversas condiciones (insuficiencias orgánicas, cáncer, demencias, entre otras), y sus demandas pueden surgir en diversos escenarios asistenciales⁹.

Debido a las demandas de los pacientes y de sus familiares, y de los recursos de los escenarios asistenciales, los profesionales de salud en el itinerario terapéutico de pacientes oncológicos en cuidados paliativos pueden estar expuestos a intenso estrés. En un Centro de Referencia de Alta Complejidad en Oncología (Cacon), este itinerario incluye primeros auxilios, salas de enfermería de oncología clínica y de cuidados paliativos, y cuidados intensivos. Las sobrecargas físicas y emocionales resultantes del cuidado a estos pacientes pueden resultar en consecuencias negativas, como el síndrome de desgaste profesional o *burnout* (SB) y la fatiga por compasión (FC)¹⁰.

DE AFUERA PARA ADENTRO: LA EXPERIENCIA DEL *BURNOUT*

El SB es una condición compleja relacionada con el trabajo, compuesta por agotamiento emocional (sensación de energía mental drenada), despersonalización (ausencia progresiva de responsabilización sobre tareas) y baja

realización personal (sentimiento de incompetencia o reducida eficacia)¹¹. Estas manifestaciones de sufrimiento en SB comprometen la calidad del trabajo¹² y, para profesionales de la salud, la calidad del cuidado prestado a los pacientes^{13,14}.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) incluyó recientemente al SB en la 11ª revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)¹⁵, definiéndola como “un síndrome resultante de un estrés crónico en el trabajo que no fue administrado con éxito”. Para la OMS, el SB se manifiesta por agotamiento, sentimientos negativos relacionados con el trabajo y eficacia profesional reducida.

Una revisión sistemática sobre SB en médicos, con 182 trabajos (1991-2018) en 45 países y 109 628 personas¹⁶, indicó una prevalencia promedio del 67% (variando del 0% al 80,5%), con agotamiento emocional y despersonalización presentes en el 72% y el 63,2%, respectivamente¹⁷. Otra investigación, con 80 médicos y 102 enfermeros en un centro oncológico, reveló niveles significativos de SB en ambas profesiones, asociados a discrepancias entre valores personales de los trabajadores y la gestión del servicio (largos turnos, sobrecarga, falta de reconocimiento)¹⁸.

El *Maslach Burnout Inventory* (MBI)¹¹ es el instrumento más usado en la evaluación del SB (presente en hasta el 90% de los trabajos)¹⁸, aunque existen otros^{19,20}. No obstante, las críticas señalan fragilidades psicométricas del MBI y una visión reduccionista del SB a una única dimensión para los otros instrumentos^{21,22}. Por esto, este estudio utilizó el *Oldenburg Burnout Inventory* (OLBI)²³, validado para el portugués brasileño²⁴, buscando superar estas limitaciones.

Más de 80 factores contribuyen para la etiopatogenia del SB²⁵, divididos en internos y externos al profesional²⁶. Factores internos incluyen perfeccionismo, expectativas idealizadas, supresión de necesidades personales y deseo de agradar; ya los externos abarcan problemas de liderazgo, presión por productividad y falta de autonomía²⁶. Aunque el SB esté vinculado al sufrimiento en condiciones de trabajo difíciles, profesiones de cuidado, como las de la salud, pueden experimentar otras dimensiones de sufrimiento, enraizadas en el cuidado a pacientes con sufrimientos intensos.

DE ADENTRO PARA AFUERA: LA VIVENCIA DE LA FATIGA POR COMPASIÓN

El cuidado es una experiencia compleja que involucra la percepción y la respuesta a las vulnerabilidades del otro de forma humana y significativa²⁷. Los pacientes desean cuidado, ser escuchados y una relación compasiva con el cuidador²⁸. La compasión es un proceso complejo (afectivo, somático, cognitivo) que se desarrolla en relaciones, iniciándose con el reconocimiento del sufrimiento ajeno²⁸. Este sentimiento, una disposición

benevolente frente al sufrimiento innecesario, se traduce en una actitud proactiva y respetuosa en el cuidado²⁹.

La FC se describió inicialmente para explicar la pérdida de la habilidad de cuidar en los enfermeros de emergencia, que presentaban síntomas como baja eficacia, fatiga, tristeza, rabia y alteraciones orgánicas, consideradas consecuencias del cuidado continuo a pacientes complejos y de la sobrecarga de trabajo³⁰. En 1995, la FC pasó a ser referida como el “costo del cuidado” para los profesionales³¹.

La FC es equivalente al estrés traumático secundario, manifestándose mediante pensamientos intrusivos, evitación de pacientes, hipervigilancia, irritabilidad y memorias traumáticas, resultando del ejercicio continuo de la compasión por sufrimientos insolubles³¹. A pesar de la producción científica reciente³²⁻³⁴, la relación entre SB y FC es polémica^{35,36}, con divergencias sobre si la FC es una consecuencia natural del cuidado³², culpa del cuidador, un fenómeno único³⁷, o si el SB es una dimensión de la FC³⁸. La prevalencia media de la FC entre profesionales de salud varía del 25% al 45%³⁴.

El objetivo de este estudio es evaluar los factores relacionados con el SB y la FC en los equipos médicos y de enfermería que laboran en el itinerario terapéutico de pacientes oncológicos en cuidados paliativos de un Cacon brasileño.

MÉTODO

Estudio exploratorio, transversal y cuantitativo que siguió las directrices STROBE (*Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology*)³⁹, realizado en Recife (PE), Brasil, en el Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP). Se trata de un Cacon que ofrece cuidados diagnósticos y terapéuticos oncológicos (adulto y pediátrico), incluyendo quimioterapia, cirugía, radioterapia y cuidados paliativos, además de formar recursos humanos en el área de la salud.

Los participantes actuaban en las salas de enfermería de oncología clínica (32 camas), cuidados paliativos (14 camas), unidad de cuidados intensivos (UCI, 10 camas) y servicio de primeros auxilios SPA, 12 camas. Los criterios de inclusión fueron: (1) ser médico, enfermero o técnico en enfermería; (2) integrar los equipos de cuidados paliativos, oncología, cuidados intensivos o emergencia. Fueron excluidos: (1) profesionales en alejamiento legal; o (2) con cuestionarios incompletos.

Considerando un 50% de prevalencia del SB en especialistas en cuidados paliativos, variación del 5%, poder del 80% y error alfa del 5%, la muestra poblacional calculada fue de 96 participantes. Para una tasa de respuesta del 25% en cuestionarios electrónicos, se calculó el envío a 144 profesionales (aumento del 50%) para compensar pérdidas. Los cuestionarios fueron enviados por aplicación

de mensajes, con tiempo promedio de respuesta de diez minutos. Para favorecer el compromiso, el investigador realizó intervenciones breves, como aclaraciones sobre la importancia del estudio. Los datos sociodemográficos fueron exportados del *SurveyMonkey*⁴⁰ al *Microsoft Excel* 2016. La obtención de datos ocurrió entre octubre y diciembre de 2019.

Se obtuvieron datos sociodemográficos y profesionales. Para la evaluación del SB, se utilizó la OLBI²⁴ y, para la FC, la *Professional Quality of Life Scale* (ProQOL-IV)³⁷, ambas validadas para el portugués brasileño. La OLBI es una escala tipo Likert de ocho ítems en dos subescalas (agotamiento emocional y desconexión del trabajo), en la cual valores mayores indican mayor sufrimiento por SB; y su validación para el Brasil demostró buen ajuste²⁴. La ProQOL-IV es una escala Likert de 28 ítems en tres subescalas (FC, *burnout* y satisfacción por compasión – SC), siendo la FC y el *burnout* indicadores de sufrimiento y la SC un factor protector. La validación de la ProQOL-IV en el Brasil ocurrió en dos etapas (semántica con 37 profesionales y psicométrica con 203 respondedores), resultando en una versión con cualidades psicométricas y semánticas compatibles con el original³⁷.

El cuestionario sociodemográfico y profesional incluyó sexo, estado civil, hijos, color/raza, religión, mascota, tiempo y sector de labor profesional, régimen de trabajo, carga horaria en la institución y en otro local, y dedicación a estudios.

Los datos demográficos y de los cuestionarios fueron analizados mediante frecuencias y porcentajes (variables categóricas) y media y desviación estándar (variables continuas). La normalidad de los datos fue verificada mediante la prueba de Shapiro-Wilks⁴¹. Como no hubo normalidad, se utilizaron pruebas no paramétricas para los análisis inferenciales: Mann-Whitney (dos grupos independientes), Kruskal-Wallis (tres o más grupos independientes) y correlación de Spearman⁴¹. Los análisis se hicieron con SPSS-IBM⁴² 22.0, con nivel de significación de $p \leq 0,05$. Veintitrés cuestionarios incompletos fueron excluidos del análisis.

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Pesquisa con seres humanos del IMIP, con número de parecer 3631850 (CAAE: 21626619.2.0000.5201), de acuerdo con la Resolución n.º 466/12⁴³ del Consejo Nacional de Salud (CNS). Los participantes elegibles consintieron su participación voluntaria mediante el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLE).

RESULTADOS

Considerando la muestra de 144 individuos, la tasa de respuesta final fue del 57,6%, 83 formularios llenados completamente. Los datos sociodemográficos y profesionales están resumidos en la Tabla 1.



Tabla 1. Características sociodemográficas y profesionales de equipos médicos y de enfermería en un Cacon en Recife-PE, 2019

Variables		N	%
Sexo	Masculino	22	26,50
	Femenino	61	73,50
Estado civil	Soltero(a)	40	48,20
	Casado(a) legalmente	29	34,90
	Unión estable hace más de seis meses	11	13,30
	Separado(a) o divorciado(a)	02	2,40
	Viudo(a)	01	1,20
Hijos	Sí	42	50,60
	No	41	49,40
Color/Raza	Blanca	34	41,00
	Parda	42	50,60
	Negra	07	8,40
Religión	Sí	70	84,30
	No	13	15,70
Denominación religiosa	Católica	40	48,20
	Espírita	10	12,00
	Evangélica	26	31,30
	Otras	07	8,50
Mascota	Sí	30	36,10
	No	53	63,90
Categoría profesional	Medicina	28	33,70
	Enfermería	21	25,30
	Técnico en enfermería	34	41,00
Tiempo de labor	Menos de 5 años	27	32,50
	Más de 5 y menos de 10 años	35	42,20
	Más de 10 y menos de 20 años	19	22,90
	20 o más años	02	2,40
Sectores	Cuidados paliativos	16	19,30
	Oncología adulto	38	45,80
	SPA	20	24,10
	UCI clínica	09	10,80
Tiempo en el sector	Menos de 5 años	49	59,00
	Más de 5 y menos de 10 años	28	33,80
	Más de 10 y menos de 15 años	06	7,20
Régimen de trabajo	Por jornada	39	47,00
	Guardia	44	53,00
Carga horaria en la institución	12 horas	27	32,50
	24 horas	06	7,20
	30 horas	11	13,30
	40 horas	26	31,30
	Más de 40 horas	13	15,70

Continúa

Tabla 1. Continuación

Variables		N	%
Trabaja en otros locales	Sí	39	47,00
	No	44	53,00
Carga horaria además de la institución	12 horas	27	32,50
	20 horas	02	5,10
	24 horas	06	15,40
	30 horas	04	10,30
	40 horas	10	15,60
	Más de 40 horas	07	17,90
¿Está actualmente en algún curso?	Sí	30	36,10
	No	53	63,90
Dedicación a los estudios	No se aplica	53	63,90
	6 horas semanales	10	12,00
	De 7 a 12 horas semanales	08	9,60
	Más de 12 horas semanales	12	14,00

Leyenda: SPA: servicio de primeros auxilios; UCI: unidad de cuidados intensivos.

SÍNDROME DE *BURNOUT* Y FATIGA POR COMPASIÓN ENTRE LAS CATEGORÍAS PROFESIONALES

Los profesionales médicos evaluados presentaron tasas estadísticamente significativas menores de SC ($45,67 \pm 10,55$) cuando se comparan con las de los profesionales enfermeros ($52,22 \pm 9,35$) o técnicos en enfermería ($52,18 \pm 8,98$), además de liderar los índices de desconexión del trabajo ($2,28 \pm 0,66$) en comparación con los demás (Tabla 2). Los enfermeros estuvieron más propensos a presentar FC ($53,98 \pm 8,14$) y agotamiento emocional ($3,04 \pm 0,74$) que las otras categorías (Tabla 2).

SÍNDROME DE *BURNOUT* Y FATIGA POR COMPASIÓN ENTRE SECTORES DE TRABAJO

La SC fue mayor en el sector cuidados paliativos, seguido por el de oncología, cuidados intensivos y emergencia ($53,63 \pm 10,33$; $51,64 \pm 8,64$; $50,13 \pm 10,00$; $43,90 \pm 11,25$; $p = 0,02$) (Tabla 3). En lo referente a las dimensiones del SB, dicho sector también presentó menores indicadores ($1,86 \pm 0,38$; $p = 0,04$) que los sectores oncología ($2,06 \pm 0,64$), emergencia ($2,33 \pm 0,73$) y cuidados intensivos ($2,52 \pm 0,64$) (Tabla 3).

Tabla 2. Relación entre variables de los síndromes de *burnout* y de fatiga por compasión en función de las categorías profesionales en un Cacon en Recife-PE, 2019

Variables	Medicina			Enfermería			Técnico en enfermería			p
	Media	DE	MD	Media	DE	MD	Media	DE	MD	
ProQOL-IV										
SC	45,6	10,55	45,65	52,22	9,35	55,06	52,18	8,98	54,30	0,02
Burnout	51,11	8,82	54,04	51,87	11,02	51,25	47,91	10,16	47,52	0,29
FC	49,04	9,89	46,85	53,98	8,14	54,51	48,32	10,70	46,46	0,03
OLBI										
DT	2,28	0,66	2,36	2,19	0,70	2,36	1,99	0,59	1,86	0,19
AE	2,68	0,68	2,83	3,04	0,74	3,17	2,46	0,76	2,25	0,02

Leyenda: ProQOL-IV: Professional Quality of Life Scale, version IV; OLBI: Oldenburg Burnout Inventory; SC: satisfacción por compasión; DT: desconexión del trabajo; AE: agotamiento emocional; DE: desviación estándar; MD: mediana; FC: fatiga por compasión.

Nota: Los valores de *p* fueron obtenidos mediante pruebas de Kruskal-Wallis, dado que no se cumplieron los presupuestos de normalidad para comparar las medias/medianas entre las categorías profesionales.



Tabla 3. Relación entre variables de los síndromes de *burnout* y de fatiga por compasión en función de los sectores asistenciales de equipos médicos y de enfermería en un Cacon en Recife-PE, 2019

Variables	Cuidados paliativos			Oncología adulto			SPA			UCI clínica			p
	Media	DE	MD	Media	DE	MD	Media	DE	MD	Media	DE	MD	
ProQOL-IV													
SC	53,63	10,33	57,35	51,64	8,64	53,53	43,90	11,25	49,59	50,13	10,00	48,95	0,02
Burnout	46,13	11,25	44,73	49,78	10,62	50,32	53,48	8,41	55,90	50,01	6,11	51,25	0,17
FC	48,85	10,77	47,55	49,64	9,07	48,25	52,08	12,18	50,33	48,94	7,65	48,94	0,81
OLBI													
DT	1,86	0,38	1,71	2,06	0,64	2,07	2,33	0,73	2,29	2,52	0,64	2,71	0,04
AE	2,39	0,80	2,25	2,74	0,82	2,75	2,77	0,59	2,83	2,78	0,68	3,00	0,37

Leyenda: ProQOL-IV: Professional Quality of Life Scale, version IV; OLBI: Oldenburg Burnout Inventory; SC: satisfacción por compasión; DT: desconexión del trabajo; AE: agotamiento emocional; DE: desviación estándar; MD: mediana; FC: fatiga por compasión; SPA: servicio de primeros auxilios; UCI: unidad de cuidados intensivos.

Nota: Los valores de *p* fueron obtenidos mediante pruebas de Kruskal-Wallis, dado que no se cumplieron los presupuestos de normalidad para comparar las medias/medianas entre las categorías profesionales.

DISCUSIÓN

Este estudio destaca la creciente relevancia del bienestar psicológico de los profesionales de salud, un grupo vulnerable al sufrimiento⁴⁴. Se obtuvieron respuestas del 57,6% de los participantes (considerado como una alta tasa para formularios electrónicos⁴⁵), siendo la mayoría (73,50%) mujeres.

Los profesionales médicos mostraron mayor propensión al sufrimiento, con menor SC y mayor desconexión del trabajo. Esto señala que la promoción de la SC es crucial para mitigar el desgaste y fomentar la resiliencia profesional, corroborando la hipótesis central de la investigación. Un estudio con más de 15 800 médicos (25 especialidades) reveló las mayores tasas de SB en las especialidades de cuidados intensivos, urología y medicina de emergencia (55%), seguidas por medicina de familia, comunidad y clínica médica (54%)⁴⁶.

En esta investigación, los enfermeros mostraron mayores índices de FC y agotamiento emocional; aun así, presentaron también la mayor SC entre las categorías, indicando una posible resignificación de estas características negativas en su experiencia. En 2018, un estudio inglés con 1651 médicos de diversas especialidades (mediante cuestionarios de SB, FC y resiliencia) mostró que los profesionales de emergencia tenían mayor SB ($p = 0,001$) y menor SC ($p < 0,001$), mientras que los especialistas en cuidados paliativos exhibieron mayor SC y menores FC y SB que los colegas de cuidados intensivos u oncología⁴⁷.

Considerando un estudio⁴⁸ que indicó niveles de resiliencia moderados (47%) a elevados (43%) entre enfermeros, y comprendiendo la resiliencia⁴⁹ como un constructo con dimensiones como espiritualidad,

formación de vínculos, humor, autoestima y creatividad (factores ligados a experiencias positivas de cuidado), es posible inferir mecanismos para una mayor SC y menor agotamiento emocional de estos profesionales en el presente estudio.

Este trabajo identificó que los profesionales de cuidados paliativos presentaron un perfil más positivo, con menor desconexión del trabajo y mayor SC, en comparación con los demás sectores. Una revisión sistemática reciente sobre la prevalencia de SB entre médicos y enfermeros especialistas en cuidados paliativos encontró tasas del 3% al 66% de SB entre los 13 845 participantes en 59 artículos (2008-2020)⁵⁰. Otra investigación, usando MBI en 1357 especialistas en cuidados paliativos estadounidenses, identificó un 38,7% de SB, sin diferencia significativa entre médicos (41,9%) y otros profesionales (37,1%; $p = 0,17$). El agotamiento emocional fue el mayor contribuyente; trabajar en instituciones menores, tener menos de 50 años, trabajar los fines de semana y largos turnos fueron asociados a mayores índices de SB⁴⁴. Una revisión sistemática (15 trabajos, 1999-2009) con profesionales de cuidados paliativos señaló menores índices de SB en médicos especialistas en cuidados paliativos (especialmente comparados a oncólogos) y que solo un cuarto de los enfermeros evaluados tenía altos índices de SB⁵¹.

El conflicto moral entre la alta demanda de pacientes por cuidados paliativos y la baja oferta de servicios es un factor conocido en la génesis del SB⁵¹. Esto es más evidente en sistemas de salud no universales, cuyo acceso es limitado/mediado por finanzas. Los especialistas en cuidados paliativos enfrentan el dilema bioético de la autonomía del paciente individualmente y, colectivamente,

la necesidad de procedimientos que generen ingresos para ampliar el acceso a más pacientes^{52,53}.

En este trabajo, los sectores de cuidados intensivos y emergencia mostraron un perfil de mayor riesgo para padecer, con SC reducida y alta desconexión del trabajo. Un estudio con enfermeras de emergencia (evaluadas con ProQOL-IV para FC) señaló niveles moderados de FC y SB en mayoría, pero también altos niveles de SC en el 78%. La formación especializada en enfermería en emergencia fue un predictor de mayor SC⁵⁴.

Se hallaron niveles significativos de SB entre profesionales de cuidados intensivos, especialmente médicos intensivistas, con tasas del 18% al 49% en revisión sistemática³¹ de 31 estudios (1998-2018)⁵⁵. A pesar de las diferencias metodológicas, los autores notan que aun los niveles más bajos de SB en médicos son superiores a los de otros profesionales del equipo de cuidados intensivos⁵⁵.

El enfoque del SB y FC requiere estrategias individuales, colectivas y organizacionales. Dado que estudios muestran relación inversa entre SB y empatía, una estrategia individual eficaz es desarrollar mecanismos para sustentar y elevar la empatía entre los trabajadores^{56,57}.

Los especialistas en cuidados paliativos son instrumentos⁴⁵ poderosos y vulnerables, necesitando manejar pérdidas y lutos recurrentes, y actuar como apoyo y cuidado compasivo a pacientes y familiares⁵⁸. Según Balint, ellos son el “terapeuta como remedio” y deben autocuidarse⁵⁹. El autocuidado, vital en prevención de SB o FC, involucra reconocer el “capital psicológico” –recursos de enfrentamiento como empoderamiento, resiliencia y resistencia⁶⁰. Tales elementos corroboran otros estudios⁶¹ que apunta hacia las prácticas holísticas de autocuidado como primordiales para la sustentación de profesionales de salud, y que las prácticas⁶² de autoconocimiento se asocian a mayores SC y menores SB y FC.

La entrada en vigor de la CIE-11 en 2022, que describe al *burnout* como un fenómeno ocupacional, cambió la visión del síndrome, quitando el foco de la resiliencia individual y atribuyéndole responsabilidad a las organizaciones por ambientes de trabajo más saludables¹⁵. La pandemia de 2019 también trajo nuevas fuentes de estrés ocupacional, erosionando las fronteras entre vida personal/profesional y generando detonantes para SB⁶³. Adicionalmente, la pandemia impulsó investigaciones sobre FC, al evidenciar el estrés traumático secundario debido a la escasez de recursos, agotamiento y exposición continua al sufrimiento ajeno⁶⁴.

Este estudio innova al analizar SB y FC en equipos médicos y de enfermería de un Cacon brasileño, utilizando el OLBI validado. Confirma la vulnerabilidad de los profesionales de salud al estrés ocupacional (mayor riesgo

para médicos y equipos de emergencia/UCI; mejores indicadores para especialistas en cuidados paliativos) alineado a la literatura global. La investigación ofrece comprensión detallada de factores de riesgo/protección por categoría y sector, pudiendo guiar intervenciones y políticas de salud mental en el Brasil.

Este estudio tiene limitaciones. Hubo un 21% de pérdida de participantes entre el inicio y la conclusión del cuestionario, justificada por factores como sobrecarga de trabajo, falta de tiempo, volumen de mensajes o desinterés/estrés¹⁴. La vivencia del investigador como residente, envío de recordatorios y visitas periódicas pueden haber mejorado la tasa de respuesta⁶². Finalmente, el estudio se hizo en un único centro de oncología brasileño, utilizando un cuestionario sociodemográfico y profesional desarrollado por los autores y no validado.

CONCLUSIÓN

Los profesionales médicos y los equipos de los servicios de emergencia y de cuidados intensivos mostraron perfiles de mayor riesgo para el sufrimiento por los SB y FC. Los profesionales técnicos en enfermería y el equipo del servicio de cuidados paliativos presentaron indicadores más saludables, como mayor SC. Estos datos pueden dar apoyo para intervenciones institucionales con la finalidad de identificar factores de riesgo para el SB o la FC entre los trabajadores y desarrollar soluciones efectivas dirigidas hacia ellos.

APORTES

Todos los autores contribuyeron substancialmente en la concepción y en el planeamiento del estudio; en la obtención, análisis e interpretación de los datos; en la redacción y revisión crítica; y la aprobación final de la versión a publicarse.

DECLARACIÓN DE CONFLICTOS DE INTERÉS

Nada a declarar.

DECLARACIÓN DE DISPONIBILIDAD DE DATOS

La disponibilidad de los datos puede ser solicitada al autor correspondiente, con la presentación de una justificación razonable, dadas las restricciones éticas y de privacidad.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

No hay.



REFERENCIAS

1. Ruotsalainen JH, Verbeek JH, Mariné A, et al. Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;(11):CD002892. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.cd002892.pub3> [Atualizado Cochrane Database Syst Rev. 2014;(12):CD002892. doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD002892.pub4>].
2. Wurm W, Vogel K, Holl A, et al. Depression-burnout overlap in physicians. *PLoS One*. 2016;11(3):e0149913. doi: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149913>
3. Oquendo MA, Bernstein CA, Mayer LES. A key differential diagnosis for physicians – major depression or burnout? *JAMA Psychiatry*. 2019;76(11):1111-2. doi: <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2019.1332>
4. Utriainen K, Kyngäs H. Hospital nurses' job satisfaction: a literature review. *J Nurs Manag*. 2009;17(8):1002-10. doi: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2009.01028.x>
5. Yu X, Zhao Y, Li Y, et al. Factors associated with job satisfaction of frontline medical staff fighting against COVID-19: a cross-sectional study in China. *Front Public Heal*. 2020;8:426. doi: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2020.00426>
6. Schwendimann R, Dhaini S, Ausserhofer D, et al. Factors associated with high job satisfaction among care workers in Swiss nursing homes - a cross sectional survey study. *BMC Nurs*. 2016;15(1):37. doi: <https://doi.org/10.1186/s12912-016-0160-8>
7. World Health Organization [Internet]. Genebra: WHO; [sem data]. WHO definition of palliative care. [Acesso 2025 jun 5]. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/palliative/definition/en/>
8. Rokach A. Caring for those who care for the dying: coping with the demands on palliative care workers. *Palliat Support Care*. 2005;3(4):325-32. doi: <https://doi.org/10.1017/S1478951505050492>
9. Kelley AS, Morrison RS. Palliative care for the seriously ill. *N Engl J Med*. 2015;373(8):747-55. doi: <https://doi.org/10.1056/nejmra1404684>
10. Marilaf Caro M, San-Martín M, Delgado-Bolton R, et al. Empathy, loneliness, Burnout, and life satisfaction in Chilean nurses of palliative care and homecare services. *Enferm Clin*. 2017;27(6):379-86. doi: <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.04.007>
11. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Organ Behav*. 1981;2(2):99-113. doi: <http://doi.wiley.com/10.1002/job.4030020205>
12. Frey R, Robinson J, Wong C, et al. Burnout, compassion fatigue and psychological capital: Findings from a survey of nurses delivering palliative care. *Appl Nurs Res*. 2018;43:1-9. doi: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2018.06.003>
13. Kang EK, Lihm HS, Kong EH. Association of intern and resident burnout with self-reported medical errors. *Korean J Fam Med*. 2013;34(1):36-42. doi: <https://doi.org/10.4082/kjfm.2013.34.1.36>
14. Goldhagen BE, Kingsolver K, Stinnett SS, et al. Stress and Burnout in residents: Impact of mindfulness-based resilience training. *Adv Med Educ Pract*. 2015;6:525-32. doi: <https://doi.org/10.2147/amep.s88580>
15. IDC-11: International Disease Classification [Internet]. Versão 11. Genebra: WHO; 2022. [Acesso 2025 jan 25]. Disponível em: <https://icd.who.int/en/>
16. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of burnout among physicians a systematic review. *JAMA*. 2018;320(11):1131-50. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.2018.12777>
17. Caruso A, Vigna C, Bigazzi V, et al. Burnout among physicians and nurses working in oncology. *Med Lav [Internet]*. 2012 [acesso 2025 jan 5];103(2):96-105. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22619985/>
18. Shirom A. Reflections on the study of burnout. *Work Stress*. 2005;19(3):263-70. doi: <https://doi.org/10.1080/02678370500376649>
19. Kristensen TS, Borritz M, Villadsen E, et al. The copenhagen burnout inventory: a new tool for the assessment of burnout. *Work Stress*. 2005;19(3):192-207. doi: <https://doi.org/10.1080/02678370500297720>
20. Shirom A, Melamed S. A comparison of the construct validity of two burnout measures in two groups of professionals. *Int J Stress Manag*. 2006;13(2):176-200. doi: <https://doi.org/10.1037/1072-5245.13.2.176>
21. Schaufeli WB, Martínez IM, Pinto AM, et al. Burnout and Engagement in university students: a cross-national study. *J Cross Cult Psychol*. 2002;33(5):464-81. doi: <https://doi.org/10.1177/0022022102033005003>
22. Halbesleben JRB. The role of exhaustion and workarounds in predicting occupational injuries: a cross-lagged panel study of health care professionals. *J Occup Health Psychol*. 2010;15(1):1-16. doi: <https://doi.org/10.1037/a0017634>
23. Demerouti E, Bakker AB, Vardakou I, et al. The convergent validity of two burnout instruments. *Eur J Psychol Assess*. 2003;19(1):12-23. doi: <https://doi.org/10.1027//1015-5759.19.1.12>
24. Schuster MS, Dias VV. Oldenburg burnout inventory - validação de uma nova forma de mensurar Burnout no Brasil. *Cienc saude coletiva*. 2018;23(2):553-62. doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.27952015>
25. Brigham T, Barden C, Legreid Dopp A, et al. A journey to construct an all-encompassing conceptual model of factors affecting clinician well-being and resilience. *NAM Perspect*. 2018;8(1). doi: <http://dx.doi.org/10.31478/201801b>

26. De Hert S. Burnout in healthcare workers: prevalence, impact and preventative strategies. *Local Reg Anesth*. 2020;13:171-83. doi: <https://doi.org/10.2147/lra.s240564>
27. Dewar B, Pullin S, Tocheris R. Valuing compassion through definition and measurement. *Nurs Manag (Harrow)*. 2011;17(9):32-7. doi: <https://doi.org/10.7748/nm2011.02.17.9.32.c8301>
28. Perez-Bret E, Altisent R, Rocafort J. Definition of compassion in healthcare: a systematic literature review. *Int J Palliat Nurs*. 2016;22(12):599-606. doi: <https://doi.org/10.12968/ijpn.2016.22.12.599>
29. Shih CY, Hu WY, Lee LT, et al. Effect of a Compassion-Focused Training Program in Palliative Care Education for Medical Students. *Am J Hosp Palliat Med*. 2013;30(2):114-20. doi: <https://doi.org/10.1177/1049909112445463>
30. Joinson C. Coping with compassion fatigue. *Nursing [Internet]*. 1992 [acesso 2025 jan 25];22(4):116-21. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1570090/>
31. Figley CR. Compassion fatigue: coping with secondary traumatic stress disorder in those who treat the traumatised [Internet]. New York: Brunner/Mazel; 1995 [acesso 2021 abr 5]. 268 p. Disponível em: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abs/compassion-fatigue-coping-with-secondary-traumatic-stress-disorder-in-those-who-treat-the-traumatised-edited-by-charles-r-figley-new-york-brunner-mazel-1995-268-pp-3595-hb-isbn-0876307594/F07DF92F29D837E49897419FC8401FDF>
32. Sabo B. Reflecting on the concept of compassion fatigue. *J Issues Nurs*. 2011;16(1):1. doi: <https://doi.org/10.3912/ojin.vol16no01man01>
33. Neville K, Cole DA. The relationships among health promotion behaviors, compassion fatigue, burnout, and compassion satisfaction in nurses practicing in a community medical center. *J Nurs Adm*. 2013;43(6):348-54. doi: <https://doi.org/10.1097/nnn.0b013e3182942c23>
34. Dasan S, Gohil P, Cornelius V, et al. Prevalence, causes and consequences of compassion satisfaction and compassion fatigue in emergency care: a mixed-methods study of UK NHS Consultants. *Emerg Med J*. 2015;32(8):588-94. doi: <https://doi.org/10.1136/emmermed-2014-203671>
35. Sinclair S, Raffin-Bouchal S, Venturato L, et al. Compassion fatigue: a meta-narrative review of the healthcare literature. *Int J Nurs Stud*. 2017;69:9-24. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.01.003>
36. Fernando AT, Consedine NS. Beyond compassion fatigue: the transactional model of physician compassion. *J Pain Symptom Manage*. 2014;48(2):289-98. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2013.09.014>
37. Lago K, Codo W. Fadiga por compaixão: evidências de validade fatorial e consistência interna do ProQol-BR. *Estud psicol (Natal)*. 2013;18(2):213-21. doi: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20130025>
38. Stamm BH. Measuring compassion satisfaction as well as fatigue: developmental history of the Compassion Satisfaction and Fatigue Test. In: Figley CR, editor. *Treating compassion fatigue*. 1. ed. New York: Routledge; 2002. p. 107-19. [acesso 2025 jan 5]. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/232476002_Measuring_compassion_satisfaction_as_well_as_fatigue_Developmental_history_of_the_Compassion_Satisfaction_and_Fatigue_Test
39. Vandenbroucke JP, von Elm E, Altman DG, et al. Strengthening the reporting of observational studies in epidemiology (STROBE): explanation and elaboration. *Ann Intern Med*. 2007;147(8):W163-94. doi: <https://doi.org/10.7326/0003-4819-147-8-200710160-00010-w1>
40. SurveyMonkey [Internet]. Dublin: SurveyMonkey Europe UC; ©1999-2025. [acesso 2025 jul 10]. Disponível em: <https://www.surveymonkey.com>
41. Miot HA. Avaliação da normalidade dos dados em estudos clínicos e experimentais. *J vasc bras*. 2017;16(2):88-91. doi: <https://doi.org/10.1590/1677-5449.041117>
42. SPSS®: Statistical Package for Social Science (SPSS) [Internet]. Versão 20.0. [Nova York]. International Business Machines Corporation. [acesso 2025 mar 9]. Disponível em: https://www.ibm.com/br-pt/spss?utm_content=SRCWW&p1=Search&p4=43700077515785492&p5=p&gclid=CjwKCAjwgZCoBhBnEiwAz35Rwiltb7s14pOSLocnooMOQh9qAL59IHVc9WP4ixhNTVMjenRp3-aEgxoCubsQAvD_BwE&gclsrc=aw.ds
43. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. *Diário Oficial da União, Brasília, DF*. 2013 jun 13; Seção I:59.
44. Kamal AH, Bull JH, Wolf SP, et al. Retraction of "prevalence and predictors of burnout among hospice and palliative care professionals from. *J Pain Symptom Manage*. 2020;59:965. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.03.027>
45. Cendón BV, Ribeiro NA, Chaves CJ. Pesquisas de survey: análise das reações dos respondentes memórica científica original. *Informação Soc Estud*. 2014;24(3):29-48. doi: <https://doi.org/10.22478/ufrpb.1981-801X.2014v24n3.19963>
46. Shanafelt TD, Boone S, Tan L, et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population. *Arch Intern Med*. 2012;172(18):1377-85. doi: <https://doi.org/10.1001/archinternmed.2012.3199>



47. McKinley N, McCain RS, Convie L, et al. Resilience, burnout and coping mechanisms in UK doctors: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2020;10(1):e031765. doi: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-031765>
48. Koen MP, van Eeden C, Wissing MP. The prevalence of resilience in a group of professional nurses. *Heal SA Gesondheid*. 2011;16(1):11. doi: <https://doi.org/10.4102/hsag.v16i1.576>
49. Chequini MCM. A relevância da espiritualidade no processo de resiliência. *Psicol Rev*. 2007;16(1-2):93-117. doi: <https://doi.org/10.5935/1678-4669.20130025>
50. Dijkhoorn AFQ, Brom L, van der Linden YM, et al. Prevalence of burnout in healthcare professionals providing palliative care and the effect of interventions to reduce symptoms: a systematic literature review. *Palliat Med*. 2021;35:6-26. doi: <https://doi.org/10.1177/0269216320956825>
51. Pereira SM, Fonseca AM, Carvalho AS. Burnout in palliative care: a systematic review. *Nurs Ethics*. 2011;18:317-26. doi: <https://doi.org/10.1177/0969733011398092>
52. Harrison KL, Dzung E, Ritchie CS, et al. Addressing palliative care clinician burnout in organizations: a workforce necessity, an ethical imperative. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(6):1091-6. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.01.007>
53. Wright AA, Zhang B, Ray A, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA*. 2008;300(14):1665-73. doi: <https://doi.org/10.1001/jama.300.14.1665>
54. O'Callaghan EL, Lam L, Cant R, et al. Compassion satisfaction and compassion fatigue in Australian emergency nurses: a descriptive cross-sectional study. *Int Emerg Nurs*. 2020;48:100785. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2019.06.008>
55. Sanfilippo F, Palumbo GJ, Noto A, et al. Prevalência de burnout entre médicos atuantes em terapia intensiva: uma revisão sistemática. *Rev Bras Ter Intensiva*. 2020;32(3):458-67. doi: <https://doi.org/10.5935/0103-507X.20200076>
56. Wilkinson H, Whittington R, Perry L, et al. Examining the relationship between burnout and empathy in healthcare professionals: a systematic review. *Burn Res*. 2017;6:18-29. doi: <https://doi.org/10.1016/j.burn.2017.06.003>
57. Brockhouse R, Msetfi RM, Cohen K, et al. Vicarious exposure to trauma and growth in therapists: the moderating effects of sense of coherence, organizational support, and empathy. *J Trauma Stress*. 2011;24(6):735-42. doi: <https://doi.org/10.1002/jts.20704>
58. Sansó N, Galiana L, Oliver A, et al. Palliative care professionals' inner life: exploring the relationships among awareness, self-care, and compassion satisfaction and fatigue, burnout, and coping with death. *J Pain Symptom Manage*. 2015;50(2):200-7. doi: <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2015.02.013>
59. Balint M. The doctor, his patient and the illness. London: Churchill Livingstone; 2000.
60. Lima LG, Nassif VMJ, Garçon MM. O poder do capital psicológico: a força das crenças no comportamento empreendedor. *Rev Adm Contemp*. 2020;24(4):317-34. doi: <https://doi.org/10.1590/1982-7849rac2020180226>
61. Jones SH. A self-care plan for hospice workers. *Am J Hosp Palliat Care*. 2005;22(2):125-8. doi: <https://doi.org/10.1177/104990910502200208>
62. Kearney M, Weininger R. Whole person self-care: self-care from the inside out. In: Hutchinson TA, editor. *Whole person care - a new paradigm for the 21 Century*. 1. ed. Montreal Quebec: Springer; 2011. p. 109-25.
63. Faria ARQP, Coelho HFC, Silva AB, et al. Impact of the COVID-19 pandemic on the development of burnout syndrome in frontline physicians: prevalence and associated factors. *Rev Assoc Med Bras*. 2021;67(7):942-9. doi: <https://doi.org/10.1590/1806-9282.20210244>
64. Lluch C, Galiana L, Doménech P, et al. The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: a systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare (Basel)*. 2022;10(2):364. doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare10020364>

Recebido em 13/5/2025
Aprovado em 24/6/2025

