

CARTA AO EDITOR

A pandemia de COVID-19 e riscos à saúde mental de anestesiológicos: não é apenas esgotamento

Durante a pandemia de COVID-19, anestesiológicos e profissionais de terapia intensiva estão combatendo um inimigo completamente desconhecido até então. Essa “chamada às armas” no combate à COVID-19 afetou os trabalhadores da anestesia em diferentes aspectos psicológicos dependendo do nível de envolvimento na emergência da COVID-19. Anestesiológicos que estão nas áreas mais prejudicadas se defrontam com uma emergência inédita, sempre altamente motivados a ajudar. Entretanto, isso tem um preço.

A fadiga física devido à pesada carga de trabalho é considerável e pode afetar a saúde da própria pessoa e o cuidado prestado aos pacientes. A falta de equipe profissional e condições desfavoráveis nas quais anestesiológicos são forçados a trabalhar, assim como a quarentena, são ameaças à saúde mental.

Além disso, o risco de esgotamento é concreto e tangível. Na verdade, mesmo que o desafio seja grande e estimulante do ponto de vista intelectual, os fatores de risco para esgotamento estão todos lá ¹. Exaustão emocional, despersonalização e realização pessoal reduzida são situações vivenciadas durante a pandemia que aumentam o risco de desenvolvimento de esgotamento.

Em primeiro lugar, a exaustão emocional se deve ao fluxo maciço de pacientes nas enfermarias, alto número de óbitos e à enorme dificuldade de cuidar dos pacientes infectados ². Em segundo lugar, a despersonalização, devido à inevitável repetitividade dos protocolos padronizados, ao uso de equipamentos de proteção individual que tornam as pessoas anônimas e a redução dos momentos de *debriefing* no local de trabalho. Por fim, a realização pessoal reduzida se deve à transferência forçada de departamento, aquisição, apesar de temporária, de conhecimento e experiência ganhos, à redução da possibilidade de se praticar um *hobby* e interesses durante a quarentena.

O esgotamento, entretanto, não é o único risco mental para anestesiológicos, especialmente no longo prazo. Há fundamentos para que esta experiência única resulte em transtorno de estresse pós-traumático (TEPT), que pode ocorrer até seis meses após o final da pandemia. O possível início do TEPT está relacionado ao sentimento tangível de estar em constante perigo de vida, amplificado pela ênfase da imprensa na pandemia. De fato, os elementos estressantes do local de trabalho não encontram válvula de escape externa por conta da vida em quarentena e das constantes conversas sobre o assunto do momento e da falta de possibilidades de distração. Ademais, alguns anestesiológicos estão trabalhando a vários quilômetros de distância de suas famílias, preocupados com a possibilidade de nunca voltar a encontrá-los. Vários outros optaram por uma quarentena autoimposta para preservar seus familiares e evitar o risco de

se tornarem agentes de contágio. Esta situação contém o risco de configurar assédio moral familiar, onde o anestesiológico se sente sozinho para enfrentar uma situação de trabalho altamente estressante e perigosa, acrescido da sensação de culpa e negligência familiar e de se tornarem potenciais transmissores.

A pandemia de COVID-19 representa um evento para o qual um anestesiológico se prepara para a vida toda, semelhante ao Comandante Sullenberger, o Herói do Rio Hudson. Os anestesiológicos diretamente envolvidos no combate à infecção, assim como o Comandante Sullenberger, estão expostos a riscos de TEPT e críticas por seu trabalho e possuem maior risco de desenvolverem transtornos mentais até mesmo meses após a emergência. Por outro lado, a situação dos anestesiológicos que não estão na linha de frente nas áreas mais afetadas talvez não seja mais fácil tampouco. Para esses anestesiológicos, a COVID-19 pode ser um fator de frustração assim como para o restante da população. Anestesiológicos que não estão na linha de frente se sentem privilegiados porque não estão expostos aos mesmos riscos e mesmo ao sofrimento emocional e se sentem muito culpados. Na verdade, anestesiológicos são treinados para terem alto senso de responsabilidade e altíssimos padrões: trabalham em um ambiente onde erros não são aceitáveis e em uma cultura de dedicação e disposição para auto sacrifício que formam uma combinação preocupante.

Sociedades científicas também estão reagendando sua programação de encontros e congressos anuais para dar amplo espaço para a pandemia, com o perigo de sobrepor o problema e criar duas classes de anestesiológicos: os envolvidos e os não envolvidos. Tal risco pode causar estigma de trabalho e social, semelhante ao estigma dos veteranos.

Anestesiológicos em áreas de alto e baixo risco para infecção por COVID-19 compartilham mais risco mental: a síndrome de Estocolmo. A pandemia virou de ponta cabeça a vida de relacionamentos normais anterior, tanto no ambiente emocional como no trabalho. Isso provocou uma redução das atividades eletivas e a homogeneidade nas patologias presentes nas unidades de terapia intensiva. A volta à “normalidade” significa, para aqueles que estiveram diretamente envolvidos na pandemia, novamente perturbar a organização do trabalho. Se por um lado isso significa a redução dos riscos à saúde física, redução da carga de trabalho e alívio da tensão, por outro lado, mudanças podem desencadear uma resposta de ansiedade. É possível crer que os anestesiológicos envolvidos na emergência da COVID-19, reféns do vírus, se acostumarão a essa situação de emergência na qual as emoções são fortes e o trabalho em equipe tende a suavizar divergências pessoais. Entretanto, os anestesiológicos que não estiveram diretamente envolvidos na pandemia também são reféns do vírus, não no trabalho, mas em casa. A pandemia, na realidade, ao reduzir a atividade normal de cirurgias eletivas, reduziu as horas de trabalho de vários profissionais, forçando-os a ficar em casa. Essa nova adaptação à vida doméstica anteriormente irreconciliável com intensa carga de trabalho pode desencadear medo e ansiedade pelo retorno completo das atividades de trabalho.

Vários artigos hoje em dia acertadamente focam no esgotamento e TEPT dos profissionais da saúde, fazendo um paralelo com o que aconteceu com a Síndrome Respiratória Aguda Grave (SARS) ³. Apesar de, diferentemente, a COVID-19 ter afetado o

mundo todo, com repercussões em todos os aspectos de nossa vida de relacionamentos e trabalho. O elemento de novidade foi o *lockdown* global no qual cada pessoa foi de algum modo tocada pela emergência. Ao focar apenas nos problemas psicológicos macroscópicos corre-se o risco de subestimar as sequelas que podem surgir e invalidar o reinício das atividades de saúde ou a resposta a uma escalada de infecções.

No curto prazo, além de esgotamento e TEPT, também é necessário testar a ansiedade, depressão e culpa dos profissionais da saúde para se obter uma linha de base inicial. Desse modo, podemos traçar um quadro da situação atual e monitorar as tendências. No médio e no longo prazo, ferramentas de apoio psicológico devem ser oferecidas aos anestesiológicos envolvidos nas áreas mais afetadas, para aqueles que continuaram a garantir seu trabalho com profissionalismo e diligência ⁴. São necessárias mais pesquisas para se identificar quais programas melhor atendem às necessidades dos anestesiológicos e para medir seus efeitos no cuidado de pacientes e qualidade do sistema de saúde.

Possivelmente a terapia cognitivo-comportamental (TCC), que é uma abordagem curta e simples de resolução de problemas, é a mais adequada para anestesiológicos afetados. Essa terapia tem o objetivo de ajudar na tomada de decisões e a resolver problemas de modo simples e direto. Além disso, a TCC é validada para o tratamento de TEPT, culpa, vergonha e ansiedade, com terapias breves que podem ser compatíveis com a vida de trabalho ⁵.

Essas medidas não devem ser excepcionais, mas devem construir os alicerces para um protocolo de apoio de sistemas nacionais de saúde. Assim, a experiência da pandemia de COVID-19 conseguirá deixar bons resultados de resiliência.

Financiamento

Esta pesquisa não recebeu nenhuma bolsa específica de nenhuma agência de financiamento pública, privada ou sem fins lucrativos.

Conflito de interesse

Os autores declaram não terem conflitos de interesse.

Referências

1. Maslach C, Leiter MP. Understanding the burnout experience: recent research and its implications for psychiatry. *World Psychiatry*. 2016 Jun;15(2):103-11.
2. Vergano M, Bertolini G, Giannini A, Gristina GR, Livigni S, Mistraletti G, et al. SIAARTI recommendations for the allocation of intensive care treatments in exceptional, resource-limited circumstances. *Minerva Anestesiol*. 2020 May;86(5):469-72.
3. Vittori A, Lerman J, Cascella M, Gomez-Morad AD, Marchetti G, Marinangeli F, et al. COVID-19 Pandemic Acute Respiratory Distress Syndrome Survivors: Pain After the Storm? *Anesth Analg*. 2020;131(1):117-9.
4. Lapa TA, Madeira FM, Viana JS, Pinto-Gouveia J. Burnout syndrome and wellbeing in anesthesiologists: the importance of emotion regulation strategies. *Minerva Anestesiol*. 2017 Feb;83(2):191-9.
5. Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, Cooper R, Lewis C. Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. *Cochrane Database Syst Rev*. 2013 Dec 13;(12):CD003388.

Alessandro Vittori^{1*}, Giuliano Marchetti¹, Roberto Pedone², Elisa Francia¹, Ilaria Mascilini¹, Franco Marinangeli³, Sergio Giuseppe Picardo¹.

¹*Ospedale Pediatrico Bambino Gesù IRCCS, Department of Anesthesia and Critical Care, ARCO, 00165 Rome, Itália.*

²*Roberto Pedone, Department of Psychology, University of Campania Luigi Vanvitelli, 81100 Caserta, Itália.*

³*Department of Anesthesiology, Intensive Care and Pain Treatment, University of L'Aquila, 67100L'Aquila, Itália.*

*Autor correspondente:

Alessandro Vittori (alexvittori82@gmail.com).

0104-0014 / © 2021 Sociedade Brasileira de Anestesiologia. Published by Elsevier Editora Ltda. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).