

# SOFRIMENTO PSÍQUICO EM TRABALHADORES DE ENFERMAGEM DE UMA UNIDADE DE ONCOLOGIA<sup>1</sup>

Luziane Zacché Avellar<sup>\*</sup>  
Alexandra Iglesias<sup>#</sup>  
Priscila Fernandes Valverde<sup>#</sup>

**RESUMO.** Esta pesquisa focalizou a realidade de trabalho de técnicos de enfermagem do setor de oncologia de um hospital de Vitória - ES. A nossa hipótese foi que o cenário de múltiplas demandas - com profissionais que vivenciam uma expectativa constante de situações de emergência e de concentração de pacientes graves, sujeitos a internações prolongadas, isolamento e mudanças súbitas no estado geral - contribui para a criação de um ambiente de trabalho que gera sofrimento psíquico no trabalhador. Para a coleta dos dados utilizamos a técnica de observação participante e entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados segundo metodologia qualitativa. Os resultados encontrados indicam que estes fatores combinados contribuem para a criação de um ambiente de trabalho que se caracteriza como estressante e gerador de uma atmosfera emocional comprometida, evidenciando a necessidade de se criarem espaços onde se possa falar dos mais variados sentimentos que decorrem da rotina de trabalho e causam sofrimento psíquico.

**Palavras-chave:** estresse psíquico, saúde mental, saúde do trabalhador.

## PSYCHOLOGICAL SUFFERING OF NURSING PROFESSIONALS AT AN ONCOLOGY UNIT

**ABSTRACT.** Current research is focused on the working reality of nursing technicians of an oncology ward of a hospital in Vitória-ES, Brazil. A hypothesis was foregrounded in which a type of multiple demands scenario, or rather, professionals experiencing constant expectations of emergency situations, concentration of seriously ill patients prone to become interned for too long a period, isolation, sudden oscillations in their general conditions, would likely contribute towards the establishment of a working environment that generates psychological suffering on the part of the health professionals. Data collecting techniques consisted of participants' observations and semi-structured interviews. Data were analyzed according to qualitative methodology. Results indicated that the combination of these factors produced a working environment characterized as stressful and prone to cause a biased emotional atmosphere. Consequently, the need for establishing spaces where one might talk on the most varied feelings caused by working routines and producing psychological suffering was enhanced.

**Key words:** Psychological stress, mental health, workers' health.

## EL SUFRIMIENTO PSÍQUICO DE LOS TRABAJADORES DE ENFERMERÍA DE UNA UNIDAD DE ONCOLOGIA

**RESUMEN.** Esta investigación enfocó la realidad del trabajo de los técnicos de enfermería de una unidad de oncología de un hospital de la ciudad de Vitória, ES – Brasil. Nuestra hipótesis está basada en la situación que enfrentan los trabajadores que conviven constantemente cuadros de emergencias, aislamientos, cambios súbitos del estado general de los pacientes con posibilidades de internaciones prolongadas y concentración de pacientes graves, contribuyendo todo esto a un ambiente de trabajo que provoca sufrimiento psíquico en los técnicos de enfermería. La técnica utilizada para recopilar los datos que presentamos fue, la de observación- participante y entrevistas semi-estructuradas, analizadas según la metodología cualitativa. Los resultados indican que la combinación de estos factores produce un ambiente de trabajo estresante y generador de una

---

<sup>1</sup> Apoio: CNPq e FACITEC/ES.

<sup>\*</sup> Doutora em Psicologia, Docente do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Universidade Federal do Espírito Santo (UFES).

<sup>#</sup> Acadêmico(a) de Psicologia na Universidade Federal do Espírito Santo.

atmosfera emocional comprometida y, que por tanto, precisa de crear espacios para expresar los más diversos sentimientos surgidos por la rutina de trabajo que provoca este sufrimiento psíquico.

**Palabras-clave:** stress psíquico, salud mental, salud del trabajador.

Atualmente temos dados de pesquisa suficientes para afirmar que o cotidiano hospitalar é gerador de sofrimento psíquico para os trabalhadores da área da saúde. O texto de Pitta (1990) é marcante neste sentido, pois identifica o trabalho no hospital como penoso e insalubre para toda a equipe envolvida.

O exercício profissional no âmbito hospitalar é marcado por múltiplas exigências: lidar com dor, sofrimento, morte e perdas, a que se somam as condições desfavoráveis de trabalho e a baixa remuneração, fatores que, em conjunto, propiciam a emergência de estresse e *burnout*, termo criado para descrever o desgaste físico e psíquico de profissionais que lidam, no exercício de suas funções, com altos níveis de envolvimento emocional. Tal situação se mantém em setores públicos e privados, justificando a realização de estudos que ressaltem em seus resultados a necessidade de se dar maior atenção à saúde dos profissionais de saúde. Algumas pesquisas corroboram esta idéia, entre elas as de Araújo, Aquino e Menezes, 2003; Esslinger, 2004; Kovács, 2003; Martins, 2003; Moura, Borges e Argolo, 2005; Murofuse, Abranches e Napoleão, 2005; Silva, Argolo e Borges, 2005 e Tamoyo, Argolo e Borges, 2005.

O presente trabalho volta o olhar para os técnicos de enfermagem, caracterizados como aqueles que lidam mais diretamente com os pacientes e seus acompanhantes. Para estes profissionais, os quais vivenciam um contato intenso com o paciente, o qual exige cuidados permanentes, faz-se presente um conflito diário entre a realização dos procedimentos técnicos dos cuidados demandados e a necessidade de manter a sua saúde em um ambiente de trabalho que muitas vezes é insalubre.

Realizamos a pesquisa no setor de oncologia de um hospital. Acreditamos que este é um fator importante a ser considerado, pois se o exercício profissional no âmbito hospitalar é marcado por múltiplas exigências, o setor de oncologia porta uma particularidade, que são as representações do câncer, fortemente associadas à idéia de morte. Para Silva (2005), aqueles que lidam com pacientes oncológicos estão mais intensamente mobilizados, visto que, no câncer, a dimensão real desses acontecimentos é valorizada e requintada pela força simbólica que a doença carrega.

Conforme aponta a pesquisa de Moura e cols. (2005), as condições de trabalho de profissões da área

de saúde que exigem grande habilidade em lidar com usuários de serviços tornam os profissionais mais vulneráveis a sentimentos de conteúdo depressivo e de esgotamento emocional. Em uma amostra com diferentes profissionais, os enfermeiros e técnicos de enfermagem apresentaram escores em depressão e esgotamento emocional no intervalo mais elevado (acima de 2, numa tabela de 0 a 3). Os autores da pesquisa lembram que as ocupações que apresentam tais resultados são as que têm elevada implicação com o acompanhamento continuado de pessoas doentes e com a vida da instituição, principalmente o hospital.

Leiter e Maslach (citados por Silva e cols., 2005) afirmam que o esgotamento físico e emocional não é um problema das pessoas, mas do ambiente social em que estas trabalham. Consideram que o esgotamento físico e emocional é expresso de forma única pelas pessoas, mas os conteúdos básicos são os mesmos: uma erosão do compromisso com o trabalho, uma erosão das emoções e um problema de adequação entre o indivíduo e o trabalho. Silva e cols. (2005) chamam a atenção para o termo *erosão*, que remete a um significado da ordem de um processo gradual de perda, durante o qual o desequilíbrio entre as necessidades do indivíduo e as exigências do trabalho torna-se cada vez mais acentuado.

Menzies (citada por Martins, 2003) refere que a situação de trabalho suscita sentimentos muito fortes e contraditórios nos enfermeiros: piedade, compaixão e amor; culpa e ansiedade, ódio e ressentimento contra os pacientes que fazem emergir esses sentimentos fortes.

Ao resenhar a tese de doutorado de Beck (2000), Lemos Cruz e Botomé (2002) nos informam os resultados encontrados: os efeitos do trabalho podem afetar a vida dos trabalhadores de enfermagem. As observações de campo realizadas pela autora permitiram identificar o sofrimento e os mecanismos de defesa utilizados pelos trabalhadores para suportar ou minimizar as adversidades ocorridas em seu cotidiano. A negação, a sublimação e a banalização do sofrimento foram mecanismos identificados por meio dos instrumentos elaborados. A tentativa era dar um ar de naturalidade, como se tudo fizesse parte da rotina do trabalho.

A pesquisa que apresentamos agora focalizou a realidade vivenciada por técnicos de enfermagem que atuavam no setor de oncologia de um hospital do

município de Vitória - ES. O nosso objetivo foi conhecer a rotina de trabalho destes profissionais e verificar se esta promove adoecimento e gera sofrimento psíquico. Pretendíamos também identificar se esses profissionais se apropriam de estratégias para lidar com as situações estressantes de seu cotidiano. Nos casos afirmativos, descrever as estratégias utilizadas para se manterem "saúdáveis" no trabalho.

Estes profissionais vivenciam em sua rotina uma expectativa constante de situações de emergência, da concentração de pacientes graves, sujeitos a internações prolongadas, a isolamento e a mudanças súbitas no estado geral. Tomamos como hipótese que todos estes fatores combinados contribuem para a criação de um ambiente de trabalho caracterizado como estressante e gerador de uma atmosfera emocional comprometida (Kovács, 2003; Pitta, 1990).

## MÉTODO

Nossos informantes foram técnicos de enfermagem que atuavam em diferentes turnos de trabalho e concordaram em participar da pesquisa. Num primeiro momento solicitamos autorização da instituição para o desenvolvimento da pesquisa. Em seguida explicamos o objetivo e a importância do trabalho para os técnicos, convidando-os a participar, assim como lhes solicitamos autorização para os acompanharmos em suas atividades e, posteriormente, entrevistá-los. Atendendo às normas éticas de pesquisa com seres humanos, os participantes da pesquisa assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecido, previsto na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

Os dados foram colhidos em dois momentos distintos: observação participante e entrevistas semi-estruturadas.

Com as observações participantes tínhamos como objetivo conseguir uma aproximação com aquilo que desejávamos conhecer e estudar, convivendo, presenciando o dia-a-dia no hospital, acompanhando os técnicos e observando a sua rotina de trabalho.

Pretendíamos criar um diálogo com a realidade desses profissionais, para assim elaborarmos o roteiro das entrevistas estabelecendo uma relação respeitosa, tentando apreender as queixas não reveladas verbalmente, captando além do que é dito deste local de trabalho, de sua saúde, sua rotina, dos sentimentos que emergiam durante o trabalho, observando as atividades realizadas, se falavam de seus sentimentos, se existiam queixas e se eles tinham estratégias pessoais para lidar com a rotina do trabalho. Assim, em parceria, poderíamos construir conhecimentos que

contribuíssem para os propósitos da pesquisa (Minayo, 2002).

Foram realizadas duas observações participantes durante dois plantões de 12 horas (das 7 às 19 horas) e dois de 5 horas (das 19 a 00 hora), nos quais acompanhamos toda a rotina de trabalho de nossos colaboradores, com os quais procurávamos interagir. Após cada observação, era redigido um diário de campo, com o objetivo de relatar o mais fidedignamente possível o que foi vivenciado.

Após a leitura e releitura do diário de campo, foi elaborado o roteiro de entrevista. Com as entrevistas semi-estruturadas visávamos obter as informações a partir da fala dos próprios profissionais, atentando para as suas expressões corporais, tonalidade de voz e ênfase na resposta. Ouvimos o que sentiam, esperavam, desejavam, pretendiam fazer, suas explicações e suas queixas a respeito do cotidiano hospitalar. Tal técnica de coleta de dados se apresentou como mais flexível, visto que o entrevistador podia esclarecer o significado das perguntas e adaptar-se mais facilmente às pessoas e às circunstâncias em que se desenvolveu a entrevista (Gil, 1999).

O critério para o estabelecimento do número de participantes não foi definido *a priori*. Durante a realização das observações e das entrevistas utilizamos o critério de saturação das informações. Consideramos que cinco entrevistas foram suficientes para atingirmos os propósitos de nossa pesquisa. Nossa preocupação não era quantitativa, pois entendemos que cada técnico porta, em sua singularidade, características da totalidade da categoria.

As entrevistas foram realizadas no próprio hospital e tiveram duração média de 45 minutos; foram gravadas em áudio, seguindo o protocolo de aceitação, e posteriormente transcritas, a fim de garantir o registro do maior número de associações trazidas pelos colaboradores.

O processo de análise dos dados foi entendido como um processo de produção de sentido (Spink, 2000), de tal forma que durante toda a pesquisa estivemos imersos no processo de interpretação, desde o levantamento dos dados até a sua conclusão. A análise emergiu como elemento intrínseco do processo de pesquisa.

Com as leituras do diário de campo e da transcrição das entrevistas iniciamos um diálogo com tais informações, objetivando a identificação dos temas mais relevantes. Diante do material coletado e do contato contínuo com esse material pelas repetidas leituras e discussão das informações fornecidas, procuramos deixar aflorar os sentidos, sem encapsular

os dados em categorias determinadas *a priori*. Assim, foi possível elegermos três grandes temas em nossa análise: descrição da rotina, em que buscamos compreender a forma como cada sujeito descreveu a sua rotina de trabalho; sentimentos que surgiram ao falarem de seu cotidiano de trabalho; e as estratégias criadas por cada um dos profissionais para o enfrentamento da sua rotina de trabalho.

Uma nova leitura do material foi realizada à luz dos temas propostos. A cada um dos temas, com suas respectivas designações, foram associadas cores distintas, na intenção de utilizá-las como um recurso codificador. Com este recurso procedeu-se ao assinalamento de cada entrevista e ao seu recorte em trechos específicos, correspondentes ao código-cor estabelecido, produzindo os resultados que passamos a apresentar e discutir.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Descrição da rotina: é descrita como acelerada, com múltiplas demandas, resultantes de um ambiente de trabalho tido como desgastante e muito estressante. Tal descrição foi repetida em todas as entrevistas e foi aspecto que chamou muito a atenção durante as observações participantes. O fragmento de uma entrevista é ilustrativo deste aspecto:

“Se você for trabalhar, colocar uma diarista aqui neste setor é estressante. Apesar das enfermeiras serem maravilhosas, mas é sempre cobrança para todos os lados. Hoje em dia não, mas sempre tem uma coisa que te afeta mais, um paciente que tá com muita dor, você vai ficar de olho nele, aquele que tá mais tempo internado. Você pensa, mas daqui a pouquinho você sai. Nem tem como uma pessoa ser calma na área da saúde não. Neste setor. Mesmo as pessoas que chegam aqui, chegam mais calmas, mas depois que entra aqui a pessoa começa... modifica. Você não pode continuar calmo. Você tem que fazer seu trabalho, ajudar o colega. Então, de qualquer forma, você não vai continuar uma pessoa calma e você, automaticamente, vai adquirindo um certo estresse. Nenhuma pessoa ... Pode até ser calma, mas depois vai adquirindo um certo estresse”.

Chama a atenção no relato acima o aspecto mencionado de que o trabalho no setor *modifica*. Fica claro na leitura da entrevista que após algum tempo o trabalhador já não se reconhece como era anteriormente ao ingresso no setor, como se surgisse um sentimento de despersonalização, resultante de sua

insatisfação com a função que exerce e com o lugar em que está inserido. É importante relacionarmos este aspecto com o que apontam Silva e cols. (2005) sobre a *erosão das emoções*, que vão sendo corroídas lentamente, em um processo gradual de perda, decorrente do desequilíbrio entre as necessidades individuais e as exigências do trabalho. Tal aspecto remete também à automatização das atividades realizadas, mencionada por nossos colaboradores.

Para Codo, Sampaio e Hitomi (1993), o trabalho automatizado leva a um certo modo de produção que separa o produtor de seu produto, tornando diferentes trabalhos que são iguais. Vendido no mercado como qualquer outra mercadoria, o trabalho transforma-se em força de trabalho, impedindo a subjetivação do indivíduo. Essa ruptura entre a subjetividade e a objetividade, entre eu e o mundo, entre eu e o outro, entre eu e eu, se configura como sofrimento psíquico, uma vez que o indivíduo perde o controle sobre o seu meio e sobre si mesmo.

Não houve consenso nas diferentes entrevistas quanto à descrição da rotina de trabalho. Cada profissional executa um conjunto de ações independentes, o que confirma as dificuldades encontradas para o trabalho em equipe. Tal situação também resulta em serialidade, em que cada integrante do grupo realiza individualmente tarefas de maneira seqüencial, havendo poucas chances para o estabelecimento de vínculos entre os trabalhadores. Isto fica evidenciado em outro fragmento de uma entrevista: “*Eu costumo falar que aqui é uma EUquipe. Você tem que prestar atenção, é cada um por si, você tem que ficar de olho*”.

O comprometimento do trabalho em equipe dificulta a emergência de sentimentos de cooperação, cumplicidade e solidariedade, como apontam Shimizu e Ciampone (2004). A serialidade é apontada pelas autoras como uma conseqüência disto, dificultando o trabalho, que por sua vez não contempla as necessidades pessoais, não garante a qualidade do cuidado e não contribui para diminuir as angústias geradas pelo contato com os pacientes, que se encontram em estado de fragilidade. Na realidade, os trabalhadores realizam sacrifícios intensos para suportar a convivência em grupo durante a jornada.

Uma questão subjacente a esta é a da humanização dos cuidados, que, segundo Vila e Rossi (2002), deve estender-se a todos os envolvidos no processo saúde-doença, que são - além do paciente - a família, a equipe multiprofissional e o ambiente.

Quanto aos sentimentos, um primeiro aspecto importante a assinalar é que durante as observações participantes constatamos que pouco espaço é dado

para a circulação de falas que contenham sentimentos, sendo esta uma característica de todos os setores de trabalho. Há uma exigência velada de que todos os sentimentos acompanhados de mal-estar não devam ser demonstrados no local de trabalho. Complementa esta observação a fala de uma de nossas colaboradoras:

“Aqui não pode haver sentimento. Por mais que exista algum tipo de sentimento, você não vai poder demonstrar”; e em uma outra entrevista: “Você tem que ser fria. Você não pode ser muito sensível não. Se você for sensível você não consegue exercer a profissão.”

Os sentimentos relatados pelos profissionais foram: tristeza, vivências de mal-estar, sentimento de impotência e depressão. No entanto, mais do que relatar sentimentos, o que ocorreu com frequência foi a tentativa de fazer com que eles não aparecessem, criando-se uma situação de muita ambigüidade do tipo: *sente ... mas não pode sentir; não gosta ... mas tem de gostar; sofro ... mas não posso sofrer*. Pensamos que é justamente nas ambigüidades e contradições que reside o sofrimento. Barus-Michel (2001) contribui para o entendimento desta questão ao afirmar que é nas contradições e conflitos que podemos encontrar o sofrimento; trata-se de uma injunção paradoxal entre o desejo e o dever, que resulta em isolamento em relação ao outro.

A ambigüidade de sentimentos pode ser observada em diferentes pontos das entrevistas no que diz respeito ao convívio com os pacientes e acompanhantes, como podemos observar:

“Então, é muito corrido, muitas vezes não dá pra dar aquela assistência que você tem que dar, de ficar ali, ouvir, ver as necessidades deles. É horrível, mas a gente acostuma.”

O contato com o outro é restrito ao mínimo necessário, por ser potencialmente carregado de sentimentos. As entrevistadas confirmam a necessidade desse não-envolvimento para se manter neste local, como podemos observar:

“Logo quando eu entrei sentia muito, aí eu falei assim, que eu não ia me apegar mais, porque eu tava me apegando e não tava fazendo bem para mim. Porque eu tava sonhando muito com esses pacientes. Chegava em casa tava...Tem paciente que me marcou muito... Hoje em dia eu procuro não me apegar tanto. Você tem que ser fria. Você

não pode ser muito sensível não. Se você for sensível você não consegue exercer a profissão. Porque se você se apegar muito, você acaba caindo com eles. Você não consegue trabalhar”.

O envolvimento com o paciente é percebido como algo desgastante, especialmente nos casos em que a possibilidade de cura é remota; traduz-se em sentimentos de impotência, frustração, tristeza e chateação, segundo o relato dos técnicos.

Com a supressão do luto pela sociedade capitalista, os hospitais passaram a ser o esconderijo da morte e do sofrimento. Todavia, os profissionais inseridos nessas instituições, apesar de fazerem parte de uma sociedade que não aceita o sofrimento, têm que conviver com ele. Isso resulta no aparecimento de sentimentos fortes e contraditórios (Pitta, 1990).

Quanto às estratégias, durante as observações participantes e nas entrevistas pudemos identificar algumas das utilizadas pelos técnicos para o enfrentamento da rotina de trabalho, das quais as mais frequentes foram o não-envolvimento com o paciente e seu familiar, o não-envolvimento com o colega de trabalho, a tentativa de naturalização e intelectualização dos acontecimentos do setor.

O “*não-envolver-se*” foi mencionado em todas as entrevistas e também observado por nós. A própria serialidade do trabalho contribui para o não-envolvimento do profissional - seja com o paciente, seja com o familiar e/ou com o colega de trabalho. O que predomina é a tentativa de não haver estabelecimento de laços afetivos de nenhuma espécie.

Diante dessa dificuldade em lidar com os sentimentos do paciente, o não-envolvimento com este surge como um mecanismo de enfrentamento da situação hospitalar. Lidar com a dor e com o sofrimento abre uma ferida narcísica, colocando o profissional diante do incompleto, do não-terminado e do horror.

A estratégia de não se apegar ao paciente leva a um conflito, em decorrência de, muitas vezes, não se obter êxito nesta tarefa. É o que podemos observar em uma das entrevistas:

“Então você fica um pouco sobrecarregado, porque você acaba se envolvendo e realmente você acaba sofrendo junto. Sofre, porque são pessoas. Você acaba criando um vínculo em algum momento, e esse vínculo, quando o paciente vem a falecer ou vem a agravar, você acaba ficando, também, com o sentimento abalado, mas sempre tentando diferenciar isso, se não...”

O afastamento e a negação de sentimentos são mencionados como estratégias para os trabalhadores se manterem saudáveis no ambiente de trabalho. No nosso entendimento, não o são. A pesquisa de Tamoyo e cols. (2005) corrobora esta idéia. Ao examinar a síndrome de *burnout* por categoria ocupacional, os autores apontam que o grupo dos médicos mostrou um escore mais alto, seguido pelo dos auxiliares de enfermagem na dimensão nomeada como *despersonalização*, que consistiria em atitudes negativas e de distanciamento excessivo dos profissionais em relação às pessoas beneficiárias de seus serviços. Isso confirma a nossa afirmação de que as estratégias mencionadas nas entrevistas não promovem a saúde do profissional, ao contrário.

As menções a “fingir que nada sentem”, “esquecer”, “tem que se adaptar” e a tentativa de naturalização e negação dos fatos inesperados que irrompem no cotidiano da enfermagem são recorrentes em todas as entrevistas. Estas parecem ser estratégias encontradas para que o profissional possa suportar todas as demandas de sua rotina de trabalho. A rotina acelerada e a automatização das tarefas podem funcionar a favor deste mecanismo.

Podemos observar o mecanismo de negação na fala a seguir, relativa à morte na enfermagem: “*óbito você tem que fingir que não está acontecendo nada, que é uma coisa muito normal.*”

Outra entrevista também ilustra esta estratégia:

“É uma coisa rotineira, então, a partir do momento em que as coisas são rotineiras, você passa a ver ele como normal. Não normal, claro que não é normal, mas você já não tem aquele baque, aquele choque, entendeu? Então é triste. Você sente. Mas antigamente afetava meu psicológico, hoje não afeta mais. Eu saio daqui e esqueço.”

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

As múltiplas exigências que marcam o exercício profissional no âmbito hospitalar têm sido objeto de alguns estudos, sobretudo pela necessidade de se pensar a dinâmica da oferta de serviços de cuidado àqueles que cuidam de pacientes graves.

Nesta pesquisa voltamos o olhar para o cotidiano de trabalho dos técnicos de enfermagem, observando sua rotina, disponibilizando uma escuta para os sentimentos que emergiam no espaço da enfermagem e identificando a existência de estratégias para suportar uma rotina caracterizada como muito estressante. Tínhamos como hipótese que o cenário

de múltiplas demandas contribui para a criação de um ambiente de trabalho que gera sofrimento psíquico no trabalhador.

Como resultado, encontramos que o ambiente hospitalar é potencialmente gerador de sofrimento psíquico, sendo este produzido pela impossibilidade de subjetivação do indivíduo em seu trabalho, como nos apontam Codo e cols. (1993).

Pudemos constatar que estes profissionais encontram-se em situação de grande vulnerabilidade emocional, e, neste sentido, é válido reforçar a importância de se pensar na criação, no contexto hospitalar, de espaços em que possam ser compartilhados os temas difíceis que circulam neste cenário, os casos e as vivências de morte, perdas, dificuldades de relacionamento na equipe, relação com os acompanhantes e os mais variados sentimentos que daí emergem. Trata-se da humanização dos cuidados na formação dos profissionais de saúde, para que assim estes possam ter mais clareza quanto às dificuldades, limites, possibilidades, conceitos e preconceitos presentes em sua prática profissional.

É de suma importância, como refere Kovács (2003), esses profissionais perceberem que não estão sozinhos nessa empreitada, que não precisam submergir na sua aflição, manter distância do que não podem resolver e se aproximar do que podem cuidar. É preciso abrir a possibilidade de cada um sair da negação, do silêncio e da ilusão da onipotência, para poder falar do que está vivendo, pois, assim como qualquer sujeito, o profissional de saúde também se comove. Trata-se de trabalhar com a vulnerabilidade em vez de se perder nela.

## REFERÊNCIAS

- Araújo, T. M., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C. O. & Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 424-433. Recuperado em 01 de fevereiro de 2005, de <http://www.scielo.br>.
- Barus-Michel, J. (2001). Souffrance, trajet, recours: Dimensions psychosociales de la souffrance humaine. *Bulletin de Psychologie*, 54(2), 117-127.
- Beck, C. L. C. (2000). *Da banalização do sofrimento à sua resignificação ética na organização do trabalho*. Tese de Doutorado Não-Publicada. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Codo, W., Sampaio, J. J. C. & Hitomi, A. H. (1993). *Indivíduo, Trabalho e Sofrimento: uma abordagem interdisciplinar*. Petrópolis: Vozes.
- Esslinger, I. (2004). *De quem é a vida afinal?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Gil, A. C. (1999, 5ª Ed.). Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP.
- Lemos, J. C., Cruz, M. R. & Botomé, S. P. (2002). Sofrimento psíquico e trabalho de profissionais de enfermagem. *Estudos de Psicologia*, 7(2), 407-09. Recuperado em 10 de fevereiro de 2006, de <http://www.scielo.br>.
- Pitta, A. M. (1990). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.
- Martins, L. A. N. (2003). A saúde do profissional de saúde. Em M. A. De Marco (Org.), *A face humana da medicina: do modelo médico ao modelo biopsicossocial* (pp. 93 – 99). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Minayo, M. C. (2002). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- Moura, H. B. O., Borges, L. O. & Argolo, J. C. T. (2005). Saúde mental dos que lidam com a saúde: os indicadores de Goldberg. Em L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 247–258). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Murofuse, N. T., Abranches, S. S. & Napoleão, A. A. (2005). Reflexões sobre estresse e *Burnout* e a Relação com a enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(2), 255-261. Recuperado em 10 de fevereiro de 2006, de <http://www.scielo.br>.
- Silva, V. F., Argolo, J. C. T. & Borges, L. O. (2005). Exaustão emocional nos profissionais de saúde da rede hospitalar pública de Natal. Em L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 259-280). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silva, L. C. (2005). O sofrimento dos profissionais de saúde na atenção aos pacientes oncológicos. [Resumo]. Em Divisão de Psicologia do Instituto Central do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo e CEPSIC – Centro de Estudos em Psicologia da Saúde (Org.), *Resumos de temas livres*. III Congresso Interamericano de Psicologia da Saúde (p. 96). São Paulo.
- Shimizu, H. E. & Ciampone, M. H. T. (2004). As representações dos técnicos e auxiliares de enfermagem acerca do trabalho em equipe na unidade de terapia intensiva. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12(4), 623-30. Recuperado em 10 de fevereiro de 2005, de <http://www.scielo.br>.
- Spink, M. J. (Org.), (2000, 2ª Ed.). *Práticas discursivas e produção de sentido no cotidiano: aproximação teórica e metodológica*. São Paulo: Cortez.
- Tamoyo, M. R., Argolo, J. C. T. & Borges, L. O. (2005) *Burnout* em profissionais de saúde: um estudo com trabalhadores do município de Natal. Em L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp. 223-246). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vila, V. S. C. & Rossi, L. A. (2002). O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 10(2), 137-44. Recuperado em 15 de fevereiro de 2005, de <http://www.scielo.br>.

Recebido em 29/06/2006

Aceito em 13/04/2007

---

**Endereço para correspondência:** Luziane Zacché Avellar. Rua Chapot Presvot, 356/1203; bairro Praia do Canto, CEP 29 055-000, Vitória-ES. *E-mail:* luzianeavellar@yahoo.com.br