

PERSPECTIVAS DAS AÇÕES PROFISSIONAIS DIANTE DE DEMANDAS EMOCIONAIS DE PACIENTES INTERNADOS PARA REABILITAÇÃO

PERSPECTIVES OF PROFESSIONAL ACTIONS IN THE FACE OF EMOTIONAL DEMANDS OF REHABILITATION INPATIENTS

Állex de Souza Ramos **Damasceno**¹; Grazielle Lopes **Teles**²; Aline Rosa da **Costa**³

RESUMO

Contexto: Em reabilitação, as emoções são desencadeadas quando os pacientes enfrentam as alterações biológicas, psicológicas e sociais decorrentes do adoecimento. Contudo, nota-se um distanciamento dos profissionais de saúde em relação às questões emocionais dos pacientes.

Objetivo: Investigar as ações profissionais de uma equipe multiprofissional frente às demandas emocionais dos pacientes internados em um hospital de reabilitação de Goiânia. **Método:** Foi realizada uma pesquisa qualitativa e descritiva, utilizando como instrumento a entrevista semiestruturada com 17 profissionais que trabalharam no posto de reabilitação do hospital.

Resultados e Discussão: Através da análise de conteúdo, foram identificadas seis categorias temáticas: conceitos de saúde, demandas emocionais dos pacientes, ações dos profissionais, ação profissional do psicólogo, demandas emocionais dos profissionais e interferências emocionais em sua atuação profissional. Observou-se que a maioria dos participantes incluiu os aspectos psicológicos/emocionais no conceito de saúde. 47% dos participantes demonstraram dificuldade na autopercepção das emoções no ambiente de trabalho indicando interferência emocional em suas ações profissionais. **Conclusão:** A pesquisa demonstrou que os profissionais conseguiram relacionar o adoecimento com as emoções dos pacientes, com alguns destes se envolvendo diretamente com essas emoções, tornando essencial o cuidado em saúde mental dos profissionais.

PALAVRAS-CHAVE: Emoções; Reabilitação; Integralidade em saúde; Profissionais de saúde.

ABSTRACT

Context: In rehabilitation, emotions are triggered when patients face the biological, psychological, and social changes resulting from illness. However, there is a noticeable distance among healthcare professionals regarding the emotional issues of patients.

Objective: To investigate professional actions of a multidisciplinary team in response to emotional demands of patients hospitalized in a rehabilitation hospital in Goiânia. **Method:** A qualitative and descriptive research was conducted, using a semi-structured interview as the instrument with 17 professionals who worked at the rehabilitation unit of the hospital.

Results and Discussion: Through Content Analysis, six thematic categories were identified: health concepts, emotional demands of patients, professional actions, professional action of the psychologist, emotional demands of professionals, and emotional interferences in their professional performance. It was observed that the majority of participants included psychological/emotional aspects in the concept of health. 47% of participants demonstrated difficulty in self-perceiving emotions in the work environment, indicating emotional interference in their professional actions. **Conclusion:** The research showed that professionals were able to relate illness to patients' emotions, with some of them directly engaging with these emotions, making mental health care for professionals essential.

KEYWORDS: Emotions; Rehabilitation; Comprehensiveness in health; Healthcare professionals.

INTRODUÇÃO

Ao se pensar sobre as emoções no campo do trabalho intelectual, elas frequentemente são compreendidas equivocadamente como elementos que devem ser negados ou, no mínimo, ignorados por poderem implicar em falta de neutralidade e controle por parte do profissional. Dentro da área da saúde, observa-se o distanciamento entre os profissionais e pacientes/familiares, sendo as demandas emocionais associadas à psicologia. Considerando o princípio do Sistema Único de Saúde (SUS) de integralidade, entende-se que a assistência em saúde busca transcender a prática curativa, contemplando o indivíduo nos seus aspectos biológicos, psicológicos e sociais^{1,2}. Dessa forma, utilizando como base teórica a psicologia histórico cultural, compreende-se que a razão e a emoção partem de um mesmo processo e são partes indissociáveis em uma ação profissional³.

Historicamente, conforme ocorria o desenvolvimento médico nos séculos XVIII e XIX, fortalecia-se o modelo biomédico que, ainda hoje, apresenta-se como hegemônico no sistema de saúde brasileiro. Com fortes influências do racionalismo de Descartes e compreendendo a saúde como ausência de doença, a eliminação de sintomas físicos tornou-se medida central do cuidado. Essa compreensão foi fortalecida em 1910 pela publicação do Relatório Flexner, pesquisa desenvolvida por Abraham Flexner que apresentava o modelo reducionista em saúde como único possível, perpetuando uma lógica em saúde centrada na doença e na assistência individual, positivista e curativista. Nesse sentido, passou-se a compreender o homem a partir de esferas, deixando de lado a integralidade humana e priorizando aspectos racionais em detrimento de aspectos emocionais e psicológicos. Fortaleceu-se, assim, a concepção fragmentada de saúde e um cuidado abarcado por dicotomias - objetividade e subjetividade, razão e emoção, indivíduo e sociedade^{4,5,6}.

Na década de 1980, a Organização Mundial de Saúde define a saúde como "um estado dinâmico de completo bem-estar físico, mental, espiritual e social, e não meramente a ausência de doença ou enfermidade"⁷, compreendendo o processo saúde-doença como dinâmico e integral, englobando aspectos biológicos, sociais, psicológicos, econômicos, ambientais e políticos. Abre-se espaço para a ampliação do cuidado para além de sintomas físicos, agregando aspectos socioemocionais e psicológicos como objetos de cuidado.

Visando fortalecer a multidimensionalidade do paciente, uma das diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) é a integralidade. Essa diretriz busca não apenas garantir a continuidade da assistência, mas nortear a relação profissional-paciente para a superação do cuidado fragmentado e desarticulado dos desejos e anseios do paciente. A integralidade torna-se uma necessidade para alicerçar o "fazer em saúde" como um novo paradigma preparado para ouvir, entender e atender às demandas e necessidades das pessoas, grupos e coletividades⁸.

Em 2004, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada com o intuito de fortalecer a participação e autonomia do paciente durante seu processo de saúde. Para que isso ocorra, o cuidado em saúde inclui também as subjetividades, uma vez que a ação profissional não é unilateral, contemplando aspectos simbólicos, emocionais, individuais e coletivos postos na relação paciente-família-equipe. Sendo assim, a compreensão de ação profissional nesse trabalho engloba as técnicas e intervenções que são favorecedoras do desenvolvimento do paciente, entendendo que esse processo abrange aspectos emocionais tanto no paciente quanto no profissional que o atende^{9,10}.

A emoção, segundo Vygotsky³, é concomitantemente biológica e social, sendo criada, compartilhada e transformada por meio do contexto cultural e está ligada a elementos indivisíveis da experiência, como cognição, percepção e necessidade. Compreende-se que, em uma condição de adoecimento, as emoções podem afetar as percepções, pensamentos e comportamentos do paciente, podendo ter valência positiva ou negativa. Nesse sentido, abarcando os sentimentos e emoções dentro do contexto de saúde, abre-se espaço para transformações do modo de pensar, conceituar, relacionar e cuidar^{9,11,12,13}.

No contexto de reabilitação, o hospital torna-se um local estressante uma vez que o processo de adoecimento resulta em emoções diversas causadas por mudanças como perda de identidade, afastamento do seu ambiente social, implicações no trabalho, procedimentos que geram sensação de dor e sofrimento e expectativas com o tratamento. Nos casos das lesões encefálicas adquiridas, são comuns comportamentos anormais, distúrbios de humor e formação de estratégias adaptativas disfuncionais, que interferem na relação do paciente com a doença, com a equipe e com o familiar/cuidador.

Devido aos quadros clínicos mais comuns nesse contexto (lesões encefálicas adquiridas e lesões medulares), para além do diagnóstico, dos recursos tecnológicos e da atenção para a funcionalidade física do paciente, outros fatores devem ser analisados e monitorados como a qualidade de vida, a inclusão social e os recursos de enfrentamento do paciente e do seu cuidador. Diante disso, cabe ao profissional de saúde ações focadas não apenas nos comprometimentos biológicos e para o tratamento, como também fornecer o acolhimento, suporte emocional, criação de vínculo e orientações visando a autonomia do paciente. Esse acolhimento ofertado é defendido como uma diretriz da PNH e entendido como uma postura ética que objetiva a escuta do paciente a partir de todas as suas dimensões, compreendendo suas demandas e suas diversidades¹⁵. Nesse sentido, a escuta e o acolhimento representam um momento para expressão de sentimentos, contribuindo para diminuição da ansiedade e o aumento da socialização neste contexto¹⁶.

No entanto, observa-se dificuldade dos profissionais de saúde em fornecer escuta atenta, acolher as emoções e

colocar-se na relação com o paciente e seu cuidador. Como consequência, predominam no ambiente hospitalar relações formalizadas, tecnicistas e objetivas que focam nos procedimentos e dificultam o desenvolvimento da interação, gerando distanciamento afetivo e atitudes cristalizadas^{17,18,19,20}.

Em pesquisa realizada por Castelhana e Wahba¹⁸ investigando o discurso dos médicos sobre as próprias emoções durante o atendimento a pacientes, observou-se dificuldade de elaboração dos conteúdos emocionais, utilização de distanciamento afetivo como forma de defesa e baixa percepção da influência das emoções sobre as suas atuações. Ao negligenciar as percepções de suas próprias reações emocionais na sua ação profissional e ignorar a expressão emocional dos pacientes, há o comprometimento da interação profissional-paciente que, quando fortalecida, garante maior adesão ao tratamento. Além disso, o acolhimento das emoções ofertado pelos profissionais de saúde para os pacientes e seus familiares possibilita a amenização das repercussões emocionais negativas decorrentes do adoecimento e do tratamento.

Na literatura, há uma quantidade elevada de trabalhos que retratam as emoções de profissionais em outros contextos de saúde, como no atendimento a pacientes em terminalidade ou durante a pandemia de Covid-19²¹. Analisando o público-alvo, observa-se o predomínio de estudos com enfermeiros, por serem os profissionais em maior contato com os pacientes^{23,24}.

Dessa forma, observou-se pouca quantidade de trabalhos que analisam as perspectivas dos demais profissionais da equipe multidisciplinar sobre as emoções presentes no contexto da reabilitação. Um dos motivos para esse fato foi a priorização da racionalidade no contexto da saúde, sobrepondo aspectos biológicos em detrimento de aspectos psicológicos/subjetivos. No entanto, compreende-se aqui que as emoções vivenciadas pelos pacientes de reabilitação são elementos que interferem na relação paciente-profissional e, consequentemente, influenciam em aspectos como: vinculação com a equipe, compreensão do quadro clínico e adesão ao tratamento hospitalar. Entendendo que os pacientes de reabilitação podem apresentar labilidade emocional, quadros ansiosos e depressivos frente ao momento vivenciado, entre outras manifestações psicológicas que interferem no processo de reabilitação, este trabalho buscou investigar as ações profissionais diante dessas demandas emocionais, entendendo que é impossível dissociar os aspectos fisiológicos daqueles que são sociais e psicológicos.

MÉTODO

Este trabalho é um estudo de delineamento qualitativo e de natureza descritiva. A amostra foi aleatória, por conveniência, composta por profissionais das áreas de medicina, fonoaudiologia, fisioterapia, enfermagem e terapia ocupacional que trabalharam no posto de internação de um hospital de reabilitação na cidade de Goiânia, estado de Goiás, entre janeiro e junho de 2023.

Foram incluídos profissionais que possuíam experiência profissional de mais de três meses no posto de internação de reabilitação do hospital e que concordaram em participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram excluídos os profissionais da área de psicologia e que estavam em férias ou afastamento.

Os instrumentos utilizados foram: Questionário Sociodemográfico e Profissional e Roteiro de Entrevista semiestruturada. O questionário foi elaborado pela pesquisadora e incluiu os seguintes itens: data de nascimento, profissão, gênero, escolaridade, configuração familiar, faixa salarial individual, faixa salarial da família, quantas pessoas contribuem para a renda familiar, atuação no posto de reabilitação, tempo de trabalho no posto de reabilitação, vínculos empregatícios, carga horária semanal, anos de trabalho e tempo médio de atendimento.

Para realizar a coleta de informações, foi utilizado como instrumento a entrevista semiestruturada. Esse tipo de instrumento foi escolhido para capturar a singularidade e expressividade presentes na comunicação verbal dos participantes²⁵. Com base na prática profissional da pesquisadora, foram construídas: 1. O que você entende como saúde?; 2. Estou interessada em saber como você enxerga os aspectos emocionais dentro do processo de reabilitação; 3. Conte-me quais são as maiores demandas emocionais dos pacientes na internação de reabilitação; Quais suas ações enquanto profissional diante dessas demandas?; 4. O que você faz diante do choro do paciente? No caso de um paciente muito emotivo, conte-me como isso afeta sua atuação profissional; 5. Em qual situação você acredita que cabe ao profissional chamar o psicólogo?; 6. Quais emoções você, enquanto profissional, sente diante de demandas emocionais dos pacientes?; e 7. Você acredita que alguma questão pessoal sua já interferiu na sua conduta quando o paciente estava apresentando uma demanda emocional?

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa e foram cumpridos os requerimentos éticos em pesquisa envolvendo seres humanos preconizados pela Resolução Conep 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), e pela Resolução CNS/MS 510/2016, sob CAAE 66900523.2.0000.0271.

Para viabilização da coleta de dados, inicialmente, a pesquisadora realizou um levantamento dos profissionais de saúde atuantes no posto de internação, junto aos supervisores, para triagem primária. Os profissionais foram, então, convidados para participar da pesquisa através de aplicativo de mensagens e contato direto no posto de reabilitação. Após concordarem em participar, foi organizado um encontro individual com cada participante em locais próximos ao posto de reabilitação que garantisse silêncio e sigilo para leitura do TCLE junto à pesquisadora. Nesse momento, a pesquisadora orientou sobre a pesquisa de maneira clara e acessível, oferecendo tempo necessário para que o participante pudesse refletir e apresentar suas

dúvidas em relação ao TCLE. As entrevistas foram aplicadas pela pesquisadora de forma individual, garantindo conforto e sigilo ao entrevistado, sem interferir na rotina de trabalho, com duração média de 15 minutos.

As respostas fornecidas pelos participantes foram gravadas e posteriormente transcritas, para facilitar a análise do material coletado. Para a análise de dados, foi utilizada a Análise de Conteúdo de Bardin²⁵, através das três fases defendidas pela autora: 1) pré-análise; 2) exploração do material/categorização; 3) tratamento dos resultados.

Na primeira fase, pré-análise, foi realizada a leitura flutuante do material bibliográfico, reformulando os objetivos e hipóteses e finalizando o material utilizado. Em um segundo momento foi realizada a exploração do material, visando a categorização ou codificação do conteúdo das entrevistas. Na terceira fase foi realizado o tratamento dos resultados através da análise reflexiva e crítica, captando os conteúdos contidos em todas as entrevistas. Dessa forma, foram verificadas similaridades e diferenças, de modo a extrair significados e comparar os dados, relacionando-os com a base teórica deste estudo e correlacionando com os objetivos e perguntas da pesquisa²⁵.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O estudo envolveu 17 profissionais de saúde das seguintes áreas: três da fonoaudiologia, três da terapia ocupacional, três da medicina, três da enfermagem e cinco da fisioterapia. A equipe de reabilitação, em contraposição ao modelo uniprofissional e biomédico, necessita de profissionais com diferentes formações e olhares, visando a garantia de uma assistência em saúde integral - contemplando os aspectos curativos, preventivos e de reabilitação²⁶. Dessa amostra, não participaram da pesquisa profissionais da área de nutrição, farmácia e serviço social, devido à baixa quantidade destes profissionais no setor e a dificuldade em saírem da assistência para participarem da pesquisa.

Entre os entrevistados, quatro eram do gênero masculino (23,5%) e 13 do gênero feminino (76,5%), correspondendo às pesquisas recentes que demonstram o predomínio do número de mulheres na área da saúde²⁷. A idade dos participantes variou entre 23 e 45 anos, tendo maior frequência a faixa etária entre 24 a 30 anos. Sete (41,2%) eram residentes (multiprofissionais e médicos), nove (52,9%) eram pós-graduados e um (0,6%) possuía mestrado.

Em relação ao trabalho na reabilitação, o tempo de serviço no setor variou de três meses a oito anos, com uma média de tempo de atendimento com cada paciente de 15 minutos a duas horas de acordo com a área profissional. Embora a maioria dos profissionais informou passar cerca de 30 minutos em atendimento, os enfermeiros possuem horários mais variáveis uma vez que são os que mais passam tempo em serviço, com plantões de 12 horas por dia. Dessa forma, podem realizar diversos atendimentos de 15 minutos como as rotinas diárias ou até duas horas, como

na realização dos curativos das lesões por pressão. Além disso, por serem responsáveis pela chefia, coordenação e supervisão da rotina do posto, evidenciou-se a dificuldade da equipe de enfermagem em encontrar tempo para a entrevista²⁸.

Dentre os entrevistados, dez (59%) possuíam outros vínculos empregatícios e cumpriam carga horária semanal entre 30 e 88 horas, enquanto 13 participantes (76%) realizavam carga horária de 60 horas semanais. Não foi observada diferença nas respostas entre os participantes com um ou mais vínculos de trabalho em relação ao atendimento ao paciente.

Por meio da análise de conteúdo das 17 entrevistas, foi possível identificar seis categorias temáticas: conceitos de saúde; demandas emocionais dos pacientes; ações dos profissionais; ação profissional do psicólogo; demandas emocionais dos profissionais; e interferências emocionais em sua atuação profissional.

O primeiro elemento analisado foi a compreensão do conceito de saúde pelos profissionais que atuam no setor de reabilitação. Observou-se que em todas as áreas entrevistadas, foram contemplados os aspectos físicos, psicológicos/emocionais e sociais, como observado nas falas a seguir:

“É o completo bem estar físico, mental e psicossocial.” (Fisioterapeuta)

“...não engloba só o físico, mental, envolve social, contexto de vida... outros fatores como renda, moradia [...]” (Terapeuta Ocupacional)

Com exceção da medicina, todas as áreas citaram o termo “bem estar”, de acordo com o conceito proposto pela Organização Mundial de Saúde em 1947⁷. Verifica-se que a formação histórica biomédica dos cursos de graduação em medicina ainda impacta, de acordo com pesquisas recentes, a atuação dos médicos no país. No entanto, têm aumentado os movimentos em prol da mudança das Diretrizes Curriculares Nacionais para os cursos da saúde, em especial da medicina, inserindo a Educação Interprofissional no processo de formação desses profissionais^{6,18,29}.

Por conseguinte, um participante da área de fisioterapia definiu a saúde como ausência de dor e de doença, atrelando a saúde apenas aos aspectos orgânicos, em concordância com o viés biomédico, sendo retratado a seguir:

“O estado que a gente se encontra na ausência de... de dor, emocional, física.” (Fisioterapeuta)

Embora o aspecto social seja um dos fatores que mais impacta o paciente após o acometimento de saúde, desde questões financeiras, mudança na rede sociofamiliar e o estigma social vivenciado após o adoecimento, foi possível observar que 82% dos participantes citaram os aspectos físicos e psicológicos/emocionais, enquanto apenas 53% citaram os aspectos sociais. Segundo o Estatuto da Pessoa

com Deficiência (Lei nº 13.146)³⁰, os serviços do SUS devem promover ações para garantir acesso dos pacientes e seus familiares às orientações não apenas sobre a saúde, mas também à cultura, esporte, lazer, transporte, assistência social, trabalho e participação social³¹. No entanto, apenas três participantes detalham tal aspecto, mencionando trabalho, moradia, família, rede de apoio e lazer. Isso demonstra um desafio em mobilizar os profissionais sobre os aspectos sociais, especialmente em contextos onde os pacientes frequentemente sofrem estigma social. Nesse sentido, em um contexto marcado por vulnerabilidades e exclusão, a ação profissional voltada para a qualidade de vida e promoção da saúde deve também buscar transformação social.³²

No contexto da reabilitação, os pacientes encontram-se em situações pós-trauma e a perda da independência aparece como maior queixa. Em concordância com a Política Nacional de Humanização¹⁷, que cita a autonomia e o protagonismo do sujeito como um dos seus princípios, um profissional (terapeuta ocupacional) menciona a autonomia como elemento primordial para a saúde dos pacientes, sendo exemplificado na fala a seguir:

"Eu acho que saúde é [...] ter autonomia e independência pra você fazer suas coisas" (Terapeuta Ocupacional)

Embora tenha aparecido em outras perguntas da entrevista como uma variável presente no contexto da reabilitação, o bem-estar espiritual foi citado por apenas um participante, demonstrado na seguinte fala:

"Saúde é o completo bem estar de saúde física, mental, espiritual, psicológica" (Fisioterapeuta)

Segundo pesquisas recentes, a dimensão espiritual tem forte impacto na motivação das pessoas e, diante do adoecimento, influencia aspectos como: enfrentamento da doença, busca de sentido e necessidade de esperança e propósito. Entretanto, observa-se dificuldade dos profissionais em reconhecerem a espiritualidade como integrante do conceito de saúde^{33,34}.

Em comparação com o quantitativo da pesquisa, observa-se que a maioria dos participantes incluíram os aspectos psicológicos/emocionais no conceito de saúde. Esse fator pode ter como influência o fato da pesquisa ter sido realizada por um profissional de psicologia, podendo ter influenciado a resposta dos entrevistados. No entanto, observa-se na prática assistencial no setor de reabilitação a relação direta dos aspectos emocionais e neuropsicológicos com a evolução física do paciente. Uma vez que cabe ao psicólogo a avaliação neuropsicológica, a reabilitação das funções cognitivas e a mediação por meio da psicoeducação ao paciente e familiar, muitos profissionais reconhecem o papel das emoções nesse setor.

Na investigação das perspectivas dos profissionais de saúde sobre as demandas emocionais dos pacientes, caracterizada pela segunda categoria temática, observou-se que embora 88% dos entrevistados tenham citado os aspectos psicológicos/emocionais/mentais, 35%

apresentaram dificuldade ou insegurança em relacionar as demandas emocionais com o processo de reabilitação, referindo tratar-se de um tema difícil, como foi citado pelos dois participantes a seguir:

"E às vezes é meio complicado... A gente não tem uma visão assim, do psicólogo pra falar pro paciente. Às vezes eu fico na dúvida do que é melhor pra falar" (Fisioterapeuta)

"Então, eu tenho muita dificuldade com isso" (Médica)

O impacto do adoecimento no paciente é extremo e é resultante de uma ruptura entre sua vida anterior e a após o acometimento, no qual a pessoa precisa se adaptar por dias, semanas ou para o resto da vida³⁵. Em concordância, o equivalente a 53% dos entrevistados definiram os aspectos emocionais como importantes e impactantes no processo de reabilitação, como citado pelo entrevistado:

"Os aspectos emocionais no processo de reabilitação é de extrema importância [...] Com a ajuda da organização emocional pra ele entender o que ele tá fazendo, pra que ele tá fazendo, é muito importante pra terapia se não a gente não consegue alcançar os objetivos" (Terapeuta Ocupacional)

Quando questionados, de forma mais diretiva, quais eram as demandas emocionais dos pacientes na reabilitação, os profissionais de saúde não apresentaram dificuldades em citar as mais frequentes, como: depressão (5), frustração (5) e tristeza (6). Também foram citadas: apatia (2), negação (2), aceitação (2), fases do luto (2), altas expectativas (2), insegurança (1), revolta (1), medo (1), preocupação (1), angústia (1) e desespero (1). Apenas dois profissionais, das áreas de fonoaudiologia e terapia ocupacional, conseguiram diferenciar as emoções decorrentes do ambiente hospitalar das emoções resultantes de uma lesão encefálica adquirida. Por fim, outros dois profissionais afirmaram nunca terem lidado com pacientes muito emotivos.

Observa-se o predomínio de emoções "negativas" nesse contexto, sendo citada apenas por um profissional uma emoção predominante no contexto hospitalar: a esperança. Pesquisa recente realizada em um hospital de reabilitação em Goiânia com dez pacientes com lesão medular demonstrou que a esperança se manifestou desde a fase aguda até a fase crônica, desde jovens até idosos, estando relacionada à qualidade de vida, ao enfrentamento da doença e à personalidade de cada sujeito. Outras emoções citadas na pesquisa foram: tristeza, irritabilidade, diminuição da volição e ansiedade, corroborando com as citadas pelos entrevistados³⁵.

Além das emoções, alguns profissionais citaram também os motivos que as desencadeiam, como: a perda da independência (5), a dificuldade de compreensão da doença e do prognóstico (6) e a mudança brusca de realidade (4).

Por fim, uma minoria (3) cita as emoções dos familiares, que também se encontram fragilizados junto ao paciente, uma

vez que o processo de cuidar é complexo e, muitas vezes, as pessoas que ocupam esse lugar não estão preparadas para tal³⁶. O adoecimento que acomete o paciente atinge também o familiar que o acompanha que, em muitos casos, precisa realizar mais funções do que fazia antes, desencadeando sentimentos diversos, como citado por um entrevistado:

"[...] quando eu penso na internação e a parte emocional, é isso: os familiares muito preocupados e muito desesperados, com expectativas altíssimas e o paciente rebaixado, triste, desanimado..." (Médica)

Após citarem as demandas emocionais dos pacientes, os profissionais foram questionados sobre quais seriam as suas ações diante dessas demandas. Uma maioria de 82% dos entrevistados relatou orientar o paciente sobre a lesão, o prognóstico e o processo de reabilitação, com o intuito de minimizar as inseguranças e aumentar a compreensão do quadro clínico. Isso demonstra que a comunicação assertiva entre paciente e profissional é um dos fatores que grande parte dos entrevistados acredita ser importante durante a internação. Segundo Arruda e Arruda⁴, a mediação profissional deve ser não apenas objetiva/racional, como também subjetiva/emocional. Para isso, o diálogo aparece como elemento central visando a compreensão do paciente, da equipe de saúde e de todo o processo saúde-doença:

"Eu procuro trazer pra ele a realidade porque quando a gente sabe do que tá acontecendo a gente se sente um pouco mais confortável. Então eu procuro ver se ele tá entendendo qual a lesão dele, qual a gravidade da lesão dele e a partir disso eu falo a realidade, [...] o prognóstico e o que a gente espera e a gente tenta alinhar com o que ele quer né." (Fisioterapeuta)

Uma das ações citadas pelos profissionais envolvia a dificuldade de lidar com as demandas de seus pacientes, gerando o sentimento de impotência e causando sofrimento. De maneira menos expressiva, 29% deles (das áreas de fisioterapia, medicina e enfermagem) informaram que se emocionam junto com o paciente, segurando o choro ou chorando junto. Uma vez que estão em constante contato com a vulnerabilidade dos pacientes, um dos participantes cita a importância do próprio autocuidado em saúde mental, conforme demonstrado na fala a seguir:

"Vou ser sincera... Muitas vezes eu chorei junto. Não tem condição. Tipo assim, eu acho que é necessário trabalhar até o psicológico nosso. [...] Porque eu acho esse ambiente aqui, por mais que seja um ambiente humanizado, bom, ele é muito corrosivo porque não tem como você não levar as emoções dos pacientes pra casa. [...] Sabe, eu sei que não pode envolver religião, mas assim, muitas vezes quem ia dar o prognóstico final era Deus, não era eu. Então assim, não tinha o que eu fazer. Então eu sentava, chorava, abraçava, É isso que eu fazia." (Médica)

Além disso, diante de demandas emocionais, 35% dos participantes citaram ações de humanização. Essa amostra

abarcou profissionais de todas as áreas, com exceção da medicina, que citaram ações como acolher (1), apoiar (1), realizar escuta ativa (2), motivar e mostrar as conquistas (6), ofertar qualidade de vida (2) e voltar para o "campo pessoa" (1), como demonstrado na fala a seguir:

"[...] sair do meu campo de profissional, de enfermeiro, e voltar para o campo de pessoa, de ser humano [...]. Tentar englobar ele o máximo possível no meu projeto, no que eu quero alcançar." (Enfermeira)

Quando questionados sobre suas atuações diante do choro do paciente, frequente no contexto da reabilitação, 35% demonstraram dificuldade ou insegurança sobre suas atuações. No entanto, todos os profissionais citaram ações de humanização, tais como: perguntar o motivo (8), dar um tempo para o paciente chorar (7), conversar (6), ofertar o toque (6), mostrar que está ali (4), escutar (5), tentar acalmar o paciente (2), acolher (3) e validar os sentimentos (1). Além disso, também foi citado por quatro profissionais a importância do trabalho em equipe diante de pacientes muito emotivos. Esses resultados demonstram que todos os profissionais, de acordo com suas falas e no momento do choro do paciente, entram em acordo com as orientações clínicas, éticas e políticas da PNH no que diz respeito ao acolhimento, fornecendo escuta a esses pacientes e construindo relações de confiança, compromisso e vínculo⁹.

Em 2010, o Ministério da Saúde cita ações norteadoras dos profissionais para favorecer a adesão dos pacientes. De maneira geral, os entrevistados citaram duas dessas ações: acolher toda a queixa durante a escuta, mesmo que não tenha relação com o diagnóstico e o tratamento e favorecer o diálogo e a informação. Outras ações citadas pelo Ministério da saúde foram: atentar-se aos processos de transferência e contratransferência, não culpabilizar o paciente e lembrá-lo que a vida engloba outros fatores para além da doença. Nesse sentido, observa-se que as respostas dadas pelos profissionais de saúde demonstram que o cuidado vai além do conhecimento técnico-científico e envolve também um conjunto de inter-relações no qual é preciso compreender o outro para seguir o tratamento^{4,17}, conforme demonstrado a seguir:

"Aquele momento é o singular; é o que o paciente está passando naquele momento. Às vezes a gente chega muito sobrecarregado e vomita muitas informações pro paciente. E por vezes a gente tem que chegar entendendo se aquele é o momento de falar, se é o momento de escutar ou se aquele momento é o momento de ficar calado." (Enfermeira)

Dentre as ações dos profissionais citadas diante das demandas emocionais dos pacientes, 41% dos participantes citaram a procura pela equipe de psicologia. Com exceção da enfermagem, todas as demais áreas profissionais referiram procurar o setor de psicologia, principalmente devido à inexperience para atuar com demandas emocionais. Dentre estes, um profissional da medicina referiu que sua atuação seria voltada ao ajuste medicamentoso:

“Eu costumo chamar a psicologia (risos). Não, eu faço - o que eu posso fazer em relação ao paciente, de ajuste de medicação, eu faço com certeza. Mas é... é claro que medicação não é milagre [...] então é quando eu conto com a equipe de psicologia pra tentar atuar, nesse momento.” (Médica)

Do mesmo modo, diante do choro do paciente, 35% dos profissionais citaram chamar a equipe de psicologia. Por outro lado, três profissionais disseram que realizariam as ações de humanização citadas anteriormente e, logo após, informariam a equipe de psicologia sobre o ocorrido, demonstrando o acolhimento às demandas do paciente e a comunicação assertiva com a equipe, conforme demonstrado a seguir:

“O choro faz parte desse processo de reabilitação e eu deixo ele à vontade com isso sabe, eu não forço ele a fazer algo diferente. E eu também aviso o pessoal da psicologia depois do que tá acontecendo” (Terapeuta Ocupacional)

Quando questionados diretamente em qual situação chamariam o psicólogo, 12 participantes citaram contextos de mudança de humor, como choro com falta de ar (3), crise de ansiedade (1) labilidade emocional (1), surtos (1), persistência de sintomas (3) ou quando o paciente estivesse muito emotivo (2). Além dessa resposta, seis disseram que chamariam em casos que houvesse interferência no processo de reabilitação. De maneira menos expressiva, dois participantes (das áreas de medicina e enfermagem) disseram que chamariam o profissional de psicologia em qualquer situação:

“Enfim, eu acho que a psicologia sempre dá um suporte. E quando? Sempre. Sempre que eu não souber tratar. Porque na realidade eu não tenho... é... eu não tenho... capacitação pra tratar emocional, emoção do paciente, frustração, choro, então eu sempre peço auxílio” (Enfermeira)

Embora caiba à psicologia as intervenções aos aspectos emocionais dos pacientes, vislumbra-se dificuldade dos demais profissionais em gerenciar e atuar diante dessas demandas, o que pode levar a atitudes defensivas cristalizadas e ao distanciamento afetivo entre paciente/família e profissional de saúde. Essa dificuldade é reforçada pela formação, muito voltada aos aspectos técnico-científicos, deixando os profissionais sem saberem como agir diante de situações que envolvam aspectos inter-relacionais, focando nos aspectos biológicos e medicamentosos^{4,18,37}.

Com as mudanças pela tentativa de atuações cada vez mais humanizadas, observa-se dificuldade em distinguir o papel da psicologia hospitalar. Simonetti³⁸ já questionava se caberia à psicologia toda a atuação voltada para a subjetividade ou se caberia a ela redirecionar essa subjetividade para os demais profissionais na tentativa de extinguir os dualismos. No entanto, é preciso ressaltar que embora cada área profissional tenha funções específicas, o acolhimento é citado como diretriz da PNH¹⁵ e, dessa

forma, responsabilidade de todos os profissionais de saúde, não apenas psicólogos.

Compreendendo que as emoções dos profissionais também são elementos do dia-a-dia que podem interferir na relação equipe-paciente-acompanhante, a pesquisa também buscou destacar quais as percepções dos entrevistados sobre suas próprias emoções. Isso porque o trabalhador da área da saúde precisa lidar com aspectos que interferem diretamente na sua própria saúde mental, como: sobrecarga de trabalho, baixa remuneração e altas responsabilidades diante dos casos clínicos³⁹. Ao mudar a perspectiva que antes estava focada nos pacientes, observou-se certo desconforto e dificuldade de reflexão dos entrevistados sobre o tema. Foi necessário repetir as perguntas para sete participantes e, em vários momentos, observou-se demora em respondê-las.

Dentre a amostra da pesquisa, 47% dos participantes apresentaram dificuldade em nomear as emoções que sentiam, demonstrando que quase metade dos entrevistados apresentaram dificuldade de entrar em contato com os sentimentos suscitados em seu ambiente de trabalho. Essa dificuldade de autopercepção pode ser justificada pelo distanciamento dos profissionais a respeito dos próprios sentimentos, uma vez que as emoções não são consideradas elementos que devam fazer parte do exercício profissional^{18,37}. Esses participantes utilizaram de termos como “nó na garganta” ou informaram sentir uma mistura de emoções, como na fala a seguir:

“[...] eu não sei explicar quais os sentimentos que eu tenho, às vezes angústia, felicidade? Uma incógnita ainda pra mim. Eu estou aprendendo ainda a lidar com isso” (Fonoaudióloga)

Por outro lado, 53% dos entrevistados não apresentaram dificuldade em nomear as emoções que sentiam. Para Vygotsky, as emoções se desenvolvem a partir de sistemas inatos e, com a influência social e vivências do sujeito, impactam na percepção dos sintomas emocionais, na sua expressão, frequência e intensidade⁴⁰. Nesse sentido, podem representar para cada sujeito características definidas socialmente como positivas (que geram bem-estar) ou negativas (que geram aversão). Dentre as que foram citadas, 14 eram emoções “negativas”, tais como: angústia (1), aflição (1), insegurança (1), tristeza (5), frustração (2), impotência (1), incômodo (1), medo (1) e dó (1); e oito eram emoções “positivas”, como empatia (5), felicidade (1) e compaixão (2). Na última década tem crescido as pesquisas demonstrando o alto predomínio da Síndrome de Burnout entre os profissionais de saúde, devido aos altos estressores que fazem parte desse setor de trabalho, como conflitos, cansaço/fadiga, exaustão emocional, dificuldades de conciliação entre o trabalho e as atividades do cotidiano, falta de autonomia e controle, insatisfação e falta de capacitação profissional^{41,42,43}. Observa-se, da mesma forma que citaram as emoções dos pacientes, o predomínio de emoções “negativas” nesse contexto, demonstrando como as condições do trabalho

em saúde podem causar sofrimento psíquico aos profissionais.

Dentre os entrevistados, oito afirmaram que se envolviam com a emoção do paciente — seis destes citaram que o seu envolvimento emocional vinha de um viés humanizado, sem carregar a bagagem emocional do paciente; os outros dois referiram que, em alguns casos, acabavam levando as demandas do paciente para casa. As falas a seguir demonstram essas duas perspectivas:

“Então apesar de ficar emotiva e sensibilizada com algumas histórias que a gente encontra nesse caminho, eu tento não mostrar isso pro paciente, entendeu. Eu tento mostrar um lado bom da vida, com mais leveza.” (Terapeuta Ocupacional)

“[...] o que eu penso é que talvez eu tentei fazer demais por ficar muito preocupada, por chegar em casa e ficar pensando nisso, querer resolver todos os problemas e aí... a minha conduta passa a ser talvez até mais do que eu deveria fazer ou mais do que eu deveria não, do que eu poderia fazer. E aí já parte pra uma certa angústia porque eu não posso fazer tudo, não consigo fazer tudo.” (Médica)

Em um estudo recente realizado com 40 profissionais do posto de reabilitação de um hospital de Goiânia, foi analisada a qualidade de vida profissional, definida pelo equilíbrio entre os aspectos positivos e negativos do envolvimento do indivíduo através da compaixão. Dessa forma, a satisfação por compaixão representa os sentimentos positivos resultantes da execução do seu trabalho e proporciona recompensas. Por outro lado, a fadiga por compaixão acontece quando os profissionais apresentam respostas somáticas/defensivas em relação ao seu trabalho, gerando sentimentos negativos e adoecimento decorrentes do sofrimento dos pacientes. Nesse estudo, 47,5% apresentaram alto nível de satisfação por compaixão, enquanto não foram observados altos níveis de fadiga por compaixão⁴⁴. Em concomitância, observa-se, através das falas dos entrevistados, que enquanto alguns profissionais conseguem manter certa imparcialidade em relação às emoções desencadeadas, outros se envolvem muito, gerando sofrimento psíquico.

Entende-se que o distanciamento pode ser importante como defesa para manter a objetividade necessária para aplicação de uma conduta clínica, no entanto, seu excesso pode gerar uma postura mecanizada e distante do paciente e, ao contrário do que é difundido, pode gerar tanto sofrimento psíquico quanto aquele que se envolve demais emocionalmente¹⁸. Essa questão do equilíbrio foi relatada por três participantes (das áreas de medicina, enfermagem e fisioterapia) que disseram que com a experiência fica mais fácil separar o que é seu e o que é do outro, e encontrar esse ponto de equilíbrio:

“A gente não pode também se fechar tanto e eu acho que... que quando a gente é... tem esses aspectos emocionais, sabendo controlar, eu acho que é bom, assim, no sentido da humanização. Mas eu acho que a gente tem que ter um

limite. Porque se não a gente acaba atrapalhando, se a gente deixar levar muito pelo aspecto emocional. Eu acho que tem que ter um equilíbrio.” (Fonoaudióloga)

Quando questionados se alguma questão pessoal já interferiu nas suas condutas quando o paciente estava apresentando uma questão emocional, 47% dos participantes afirmaram que não. Dentre as respostas, afirmavam que tentavam separar o contexto pessoal do profissional ou que não levavam suas demandas pessoais para o trabalho. Foram observadas, no entanto, contradições na resposta de três entrevistados. Enquanto em suas formações são reforçados para manterem um papel de neutralidade que não afete seus atendimentos, deixam de lado o caráter subjetivo presente em qualquer diálogo e atuação.

Como exemplo, um dos entrevistados, embora tenha reforçado que nenhuma questão pessoal tenha interferido na sua atuação, durante a entrevista relatou que sua perspectiva cristã influenciava na sua conduta quando o paciente apresentava uma questão emocional:

“Eu tenho uma perspectiva cristã, então geralmente eu pergunto pro paciente no que ele acredita, se ele acredita em Deus, aí fica mais fácil de eu falar né. [...] Eu falo ‘olha, a realidade é essa, mas com a crença que a gente tem pode ser que mude no futuro né.’” (Fisioterapeuta)

Observa-se que esse participante utiliza de palavras de incentivo à fé e encorajamento a partir de uma religião, que pode ser o mecanismo de enfrentamento utilizado pelo próprio profissional no seu dia-a-dia. Embora a espiritualidade e a religiosidade sejam subjetivas, o entrevistado apresentou dificuldade em reconhecer o seu uso como um fator que pode impactar na assistência prestada, em caráter positivo ou negativo, a depender do paciente.

A outra parte da amostra (53%) afirmou que, em algum aspecto, suas demandas pessoais já interferiram nas suas condutas. Dentre esses, um participante, diferentemente do caso exposto acima, trouxe a questão da religião como um elemento que pode interferir na sua conduta com o paciente, demonstrando como sua subjetividade pode refletir na sua comunicação:

“[...] os conceitos de religião que eu tenho muitas vezes interfere na forma como eu lido, na forma como eu me comunico, na forma como eu converso com o paciente.” (Médica)

Outra perspectiva elencada por dois entrevistados foi em relação a uma forte identificação com o paciente, colocando-se no lugar deles e tendo uma postura mais empática e cuidadosa:

“em alguns pontos eu me identifiquei com ela, como pessoa né, pela idade, por não ter filho, então... por muitas vezes eu tratei ela de uma forma que... eu gostaria de ser tratada porque eu me via nela.” (Enfermeira)

Por fim, outros dois participantes trouxeram a questão de terem passado por experiências prévias em hospitais como um fator que interfere hoje na sua conduta enquanto profissional.

“Eu já fiquei internado em hospital, já passei por processos difíceis na minha vida, eu acho que isso torna de experiência pra aprender o outro lado do paciente. E... mas também algumas coisas que inferem pro mal também, por exemplo, eu já tive muitas feridas devido a minha doença de base, então quando eu vejo um paciente com muitas feridas eu não consigo atender direito, parece que aquilo remete a mim, remete ao meu sofrimento. [...] Mas também essa experiência prévia, também interfere positivamente, que eu tento entender, tento levar e tento chegar, sempre o mais amigável, mais próximo do paciente pra ter um tratamento humanizado, porque... eu não tive em alguns momentos mas eu acho que eu queria ter.” (Terapeuta Ocupacional)

“[...] Meu pai ele já teve um acidente, uma época ele até ficou tetra [...] Falaram ‘ah, o senhor nunca mais vai andar na vida’, só que um mês depois ele tá andando e hoje ele não tem sequela nenhuma [...] eu tenho muito cuidado em relação a falar em relação ao prognóstico pro paciente porque você pode quebrar uma expectativa ali.” (Médica)

Ao investigar as perspectivas dos profissionais da equipe de saúde, verificou-se que as interferências emocionais pessoais desses indivíduos podem influenciar suas práticas profissionais. Isso ocorre tanto através da utilização de mecanismos de defesa ligados à espiritualidade ou religião, quanto pela identificação de suas próprias histórias de vida com o contexto de seus pacientes. O acesso ao sofrimento emocional dos pacientes pode despertar sentimentos de empatia e compaixão como resultado dessa experiência⁴⁴. O desafio primordial reside na habilidade que o profissional de saúde precisa desenvolver, demandando um equilíbrio na partilha da dor alheia, de modo a evitar o adoecimento emocional do profissional. Isso permite que ele ofereça um atendimento humanizado, com foco na qualidade da assistência prestada aos pacientes sob seus cuidados.

CONCLUSÃO

A relação profissional-paciente é discutida em inúmeras pesquisas clínicas atuais^{45,46}. Este estudo buscou investigar esse vínculo sob a ótica das emoções, explorando as perspectivas de uma equipe multiprofissional do setor de reabilitação frente às demandas emocionais dos pacientes. A partir dessa investigação, foi traçado inicialmente um perfil sociodemográfico dos profissionais de saúde, evidenciando predominância de mulheres com idade entre 24 e 30 anos, formação pós-graduada e múltiplos vínculos empregatícios.

Com a pesquisa, foi possível observar um avanço na compreensão dos aspectos psicológicos/emocionais dentro do conceito de saúde. Esse fator pode ter tido como influência o fato de a pesquisa ter sido realizada por um profissional de psicologia, podendo ter influenciado a

resposta dos entrevistados. No entanto, os profissionais conseguiram relacionar o adoecimento com as emoções dos pacientes, demonstrando uma relação direta entre esses fatores, o que torna a psicologia imprescindível nesse contexto. Por outro lado, os profissionais ainda apresentaram dificuldade em integrar demais aspectos no conceito de saúde, como a perspectiva social e espiritual.

Diante das demandas emocionais dos pacientes internados, principalmente diante do choro, grande parte dos profissionais entrou em acordo com as orientações clínicas, éticas e políticas da Política Nacional de Humanização no que diz respeito ao acolhimento, fornecendo escuta a esses pacientes e realizando ações de humanização. Dentre essas ações, foram citadas: o diálogo com o paciente, o acolhimento, a escuta ativa e o fortalecimento da motivação do paciente no processo de reabilitação. Contrastando com a hipótese da pesquisa de que os profissionais possuem dificuldade em desenvolver ações de humanização, apenas uma minoria relatou essa dificuldade devido à falta de capacitação ou por serem demandas para o setor de psicologia.

Em relação à interferência de suas próprias emoções em suas ações profissionais, metade dos entrevistados (47%) demonstrou dificuldade na autopercepção das emoções suscitadas nesse ambiente, predominando uma postura distanciada. Observou-se que uma parte se envolvia com as emoções dos pacientes, tornando essencial o cuidado em saúde mental dos próprios profissionais.

Este estudo, de caráter qualitativo, não permite generalizações devido à quantidade reduzida de participantes. Ainda assim, essa limitação não invalida os achados apresentados, uma vez que são dados significativos na relação profissional-paciente no contexto de equipe de reabilitação. Por meio dos dados coletados, foi possível estabelecer algumas inferências e apontamentos, sendo que o discurso observado corrobora com as discussões teóricas e resultados de outras pesquisas.

Além disso, a pesquisa possui relevância social para a instituição, demonstrando como a atuação dos profissionais está caminhando para uma atuação mais integralizada, em que muitos compreendem o papel da psicologia e sabem a importância das ações de humanização frente ao paciente. Observou-se que a troca interdisciplinar nas reuniões de equipe pode ser um fator que contribui para que esses profissionais compreendam o papel da psicologia e dos aspectos emocionais no campo da reabilitação.

Para futuros estudos, espera-se a continuidade do trabalho com amostras maiores, com maior amplitude de áreas profissionais e em contexto de atuação distintos. Além disso, que sejam realizados estudos longitudinais com estudantes, residentes e recém-formados, considerando também as diferenciações de gênero e de especialidades.

AFILIAÇÃO

1. Graduação em Psicologia. Residente Multiprofissional em Saúde Funcional e Reabilitação. Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: allexdsr@gmail.com
2. Especialista e Mestre em Psicologia. Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: grazielelopesteles@gmail.com
3. Especialista e Mestre em Psicologia. Centro Estadual de Reabilitação e Readaptação Dr. Henrique Santillo, Goiânia, Goiás, Brasil. E-mail: rosadacostaaline@gmail.com

ACESSO ABERTO



Este artigo está licenciado sob Creative Commons Attribution 4.0 International License, que permite o uso, compartilhamento, adaptação, distribuição e reprodução em qualquer meio ou formato, desde que você dê crédito apropriado ao(s) autor(es) original(is) e à fonte, forneça um link para o Creative Commons e indique se foram feitas alterações. Para mais informações, visite o site creativecommons.org/licenses/by/4.0/

REFERÊNCIAS

1. Presidência da República (BR), Casa Civil. Lei n. 8080, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União. 1990 Set 20.
2. Coelho MC. As emoções e o trabalho intelectual. Horiz Antropol [Internet]. 2019 Maio-Ago; 25(54):273-97. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-71832019000200011>.
3. Vygotsky LS. Teoría de las emociones: estudio histórico-psicológico. Madrid: Akal; 2004.
4. Arruda MP, Arruda LP. O profissional da saúde como um mediador de emoções. Rev Eletr Enferm. 2010 Dez 31;12(4):770-4.
5. Pettres AA, Da Ros MAA. A determinação social da saúde e a promoção da saúde. Revista Arq Catarin Med. 2018;47(3):183-196.
6. Schneider DR. Da saúde mental à atenção psicossocial: trajetórias da prevenção e da promoção de saúde. In: Murta SG, Schütz M, Lima B, editores. Prevenção e promoção em saúde mental: fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção. Novo Hamburgo: Sinopsys; 2015. p. 34-53.
7. World Health Organization. Constituição da Organização Mundial de Saúde. Genebra: WHO; 1947.
8. Gomes ET, Bezerra SMM. Espiritualidade, integralidade, humanização e transformação paradigmática no campo da saúde no Brasil. Rev Enferm Digit Cuid Promo Saúde. 2020;5(1).
9. Ministério da Saúde (BR). HumanizaSUS - Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004.
10. Rey FG, Goulart DM, Bezerra MS. Ação profissional e subjetividade: para além do conceito de intervenção profissional na psicologia. Educ. 2016;39(4).
11. Burkitt I. The emotions in cultural-historical activity theory: personality, emotion and motivation in social relations and activity. Integr Psychol Behav Sci. 2021 Abr 29;55(4):797-820.
12. Paula ACSF, Jantara RD, Abreu DPG, Mello MCVA. Reflexões acerca da conceituação de saúde e construção de um conceito de saúde: implicações para os profissionais da saúde. Rev Sustinere. 2021 Out 8;9.
13. Mirza NM. Emotions, development and materiality at school: a cultural-historical approach. Integr Psychol Behav Sci. 2016;50(4):534-654.
14. Messinis L, Kosmidis MH, Nasios G, Dardiotis E, Tsaousides T. Cognitive neurorehabilitation in acquired neurological brain injury. Behav Neurol. 2019;1-4.
15. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. Brasília: Editora MS; 2009.
16. Ferreira JDO, Campos TNC, Dias DEM, Silva IL, Dantas THM, Dantas DS. Estratégias de humanização da assistência no ambiente hospitalar: revisão integrativa. Rev Cienc Plural [Internet]. 2021 Jan 16 [citado 2024 Jan 11];7(1):147-63. Disponível em: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/23011>.
17. Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. Humaniza SUS: clínica ampliada e compartilhada. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
18. Castelhamo LM, Wahba LL. O discurso médico sobre as emoções vivenciadas na interação com o paciente: contribuições para a prática clínica. Interface (Botucatu). 2019;23(140341).
19. Santos SL. O efeito das emoções na interpretação racional. Rev Soletas. 2020;39.
20. Diogo P. Relação terapêutica e emoções: envolvimento versus distanciamento emocional dos enfermeiros. Pensar Enfermagem 2017;21(1):20-30.
21. Faria, SS, Figueiredo JS. Aspectos emocionais do luto e da morte em profissionais da equipe de saúde no contexto hospitalar. Psicol Hosp (São Paulo). 2017 Jan;15(1):44-66.
22. Barbosa DJ, Gomes MP, Souza FBA, Gomes AM. Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID-19: síntese de evidências. Com Ciências Saúde [Internet]. 2020 Maio 5 [citado 2024 Jan 11];31(Supl1):31-47. Disponível em: <https://revistaccs.escs.edu.br/index.php/comunicacaoemcienciasdasaude/article/view/651>
23. Labrague LJ, McEnroe-Petitte DM, Leocadio MC, Van Bogaert P. Stress and ways of coping among nurse managers: a literature review. J Nurs Manag. 2021;29(4):726-735.
24. De Martino MMF, Misko MD. Estados emocionais de enfermeiros no desempenho profissional em unidades críticas. Rev Esc Enferm USP. 2004 Jun;38(2):161-7.
25. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Edições 70; 1977.
26. Silva MVS, Miranda G, Andrade M. Sentidos atribuídos à integralidade: entre o que é preconizado e vivido na equipe multidisciplinar. Interface (Botucatu). 2017;21(62):589-99.
27. United Nations Population Fund. COVID-19: Um olhar para o gênero. Resumo Técnico. Março, 2020. Nova Iorque: UNPF; 2020. Disponível em: www.unfpa.org.
28. Lima F, Azevedo N, Silva S, Ferreira C, Carvalho K, Jurema H. A importância da biossegurança na assistência de enfermagem aos pacientes com cateterismo vesical de demora em unidades de terapia intensiva. In: Silva D, Júnior F, eds. Ciências da saúde: desafios e potencialidades em pesquisa. Uberlândia: Científica Digital; 2023. p. 299-307.
29. Freire Filho J, Silva C, Costa M, Foster A. Educação interprofissional nas políticas de reorientação da formação profissional em saúde no Brasil. Saúde Debate. 2019;43(special 1):86-96.
30. Presidência da República (BR), Secretaria-Geral. Lei nº 13.146, de 6 de julho de 2015. Lei Brasileira de Inclusão da Pessoa com Deficiência (Estatuto da Pessoa com Deficiência). Diário Oficial da União. 2015 Jul 07.
31. Firbina F, Facci M, Barroco S. O desenvolvimento das funções psicológicas superiores na psicologia histórico-cultural: contribuições à psicologia e à educação. In: Barroco SM, Matos NS, Ghirello-Pires CS, editores. Reabilitação de pessoas com

- deficiência: políticas e teorização histórico-cultural. Uberlândia: Navegando Publicações; 2021. p. 81-102.
32. Mendes EV. As redes de atenção à saúde e os determinantes sociais da saúde. *Saúde Debate*. 2020;44(2):115-126.
 33. Toniol R. Atas do espírito: a Organização Mundial de Saúde e suas formas de instituir a espiritualidade. *Anuário Antropol*. 2019;45:113-32.
 34. Silva T, Freire M, Vasconcelos M, Rodrigues L, Matias T, Neto M. Apoio espiritual ao paciente hospitalizado: percepções da equipe multiprofissional de saúde. *Psicol Saúde Doenças*. 2019;20(2):358-66.
 35. Cruz GL, Machado CS, Afiúne FG. Os aspectos emocionais do lesado medular frente ao seu diagnóstico. *Rev Cient Esc Est Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago"*. 2021;7:e7000042. Disponível em: <https://doi.org/10.22491/2447-3405.2021.V7.7000042>
 36. Fagundes AP, Soares VL. Qualidade de vida de cuidadores de pacientes hospitalizados. *Rev Interinstitucional Bras Terapia Ocupacional*. 2018 Nov;2(4):780-92.
 37. Rios I, Schraiber L, eds. *Humanização e humanidades em medicina: a formação médica na cultura contemporânea*. São Paulo: Unesp Digital; 2012.
 38. Simonetti A. *Manual de psicologia hospitalar: o mapa da doença*. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2004.
 39. Esperidião E, Saidel MGB, Rodrigues J. Saúde mental: foco nos profissionais de saúde. *Rev Bras Enferm*. 2020 Jun;73.
 40. Igartua J, Álvarez J, Adrián JA, Páez D. Música, imagen y emoción: una perspectiva vigotskiana. *Psicol Soc [Internet]*. 1994 Dez 31;6(3):347-56. Disponível em: <https://reunido.uniovi.es/index.php/PST/article/view/7221>
 41. Kovaleski D, Bressan A. A síndrome de Burnout em profissionais de saúde. *Saúde Transform Soc*. 2012;2(3):107-13.
 42. Oliveira M, Amorim I, Menezes M, Copinski G, Santos Y, Souza H, Gramelick J, Lemos G, Alvarenga E, Siqueira E. Saúde mental e Síndrome de Burnout nos profissionais de saúde: revisão de literatura. *Rev Eletr Acervo Saúde*. 2022;15(9).
 43. Rodrigues I, Pereira M. Síndrome de Burnout em profissionais da área da saúde: uma revisão. *J Educ Sci Health*. 2022;2(4):1-14.
 44. Silva L, Teles G, Silva F, Machado C. Percepção da qualidade de vida profissional de uma equipe de reabilitação. *Rev Cient Esc Est Saúde Pública Goiás "Cândido Santiago" [Internet]*. 2023;9(9d4):1-4. doi: 10.22491/2447-3405.2023.V9.9d4.
 45. Hirakawa APR, Ogawa VM, Morais TCS. Humanização na reabilitação: a experiência da "trilha da vida" como aproximação entre família, paciente e profissional. *AECC*. 2023 Maio 3;9.
 46. Amorim LO, Abreu CR de C. O vínculo entre profissional e paciente e a sua relação na adesão ao tratamento em Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Outras Drogas (CAPS AD). *Rev JRG*. 2020 Nov 19;3(7):612-21.

Data de Publicação: 16 de setembro de 2024