
DEPRESSÃO, ANSIEDADE E SUPORTE SOCIAL EM PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM

ROSEMEIRE KUCHINISKI GOMES
VERA BARROS DE OLIVEIRA
Universidade Metodista de São Paulo - SP - Brasil

RESUMO

Esta pesquisa investiga a correlação entre depressão e ansiedade e a percepção de suporte social em 39 profissionais de enfermagem. Utilizou-se a Escala Beck de Depressão, (BDI), o Inventário Beck de Ansiedade, (BAI), a Escala de Percepção de Suporte Social, (EPSS) e um questionário sociodemográfico clínico. Os dados revelaram sintomas leves de ansiedade em 15% e depressão em 18% dos participantes e escore médio de percepção de suporte social emocional de 2,61 (DP = 0,78), e suporte prático de 2,28 (DP = 0,69). Constatou-se correlação significativa positiva entre os dados da BAI e do BDI e negativa entre os da EPSS e da BAI, entre a EPSS e o BDI Total e o BDI S1 (e entre a EPSS Prático e o BDI Total e BDI S1. Os resultados sugerem que a percepção de suporte social tenha efeitos mediadores na proteção de saúde, frente às condições adversas de trabalho do profissional de enfermagem.

Palavras-chave: Depressão; ansiedade; suporte social; profissionais de enfermagem.

ABSTRACT

DEPRESSION, ANXIETY AND SOCIAL SUPPORT IN NURSING PROFESSIONALS

This research investigates the correlation between anxiety and depression levels and the perception of social support in 39 nursing professionals. The Beck Depression Inventory (BDI), the Beck Anxiety Inventory (BAI); the Perceived Social Support Scale (EPSS) and a socio-demographic-clinical questionnaire were applied. Data indicated anxiety symptoms in 15% and depression in 18% of the participants, an average score of emotional social support perception 2.61 (DP=0.78), and practical support of 2.28 (DP=0.69). A significant positive relation was verified between the scores BAI and BDI, and negative between EPSS and BAI, between EPSS and the total BDI and BDI S1, and between Practical EPSS and the total BDI and BDI S1. Results indicate that the perception of social support has mediating effects in health protection, against possible adverse working conditions of the nursing professional.

Key words: Depression; anxiety; social support; nursing professionals.

INTRODUÇÃO

Durante o processo de hospitalização, as vivências de adoecimento incidem sobre familiares e a equipe de saúde, podendo interferir em seu imaginário e estado emocional (Neder Filha & Monteiro, 2003; Neder, 2003). Estudos têm verificado aspectos negativos, como ansiedade, estresse e depressão em profissionais de Enfermagem (Franco, Barros & Nogueira-Martins, 2005; Baba, Galperin & Lituchy, 1999).

O hospital e a equipe de saúde são influenciados por fatores culturais, sociais e econômicos (Helman, 2003). A organização hospitalar difere de outras instituições por sua complexidade, necessidade de agilidade emergencial e atendimento personalizado, o que se reflete no viver do trabalhador (Alves, Godoy & Santana, 2006). A Lei 7.498, de 1986 (Conselho Regional de Enfermagem, 2007-2008), regulamenta o exercício da atividade de Enfermagem e respeita os graus de habilitação de Enfermeiro, Técnico e Auxiliar de Enfermagem, devidamente inscritos (Silva, Silva & Viana, 2009).

Os enfermeiros estão entre os profissionais mais suscetíveis aos problemas da saúde mental, uma vez que são os que interagem, na maior parte do tempo, com indivíduos que necessitam de sua ajuda, sendo que as pressões no trabalho contribuem para minar sua saúde mental (Carvalho, 2004; Silva, 2004; Kovács, 2002; Baba et al., 1999). Os profissionais que atuam nos hospitais recebem formação para curar, sendo o convívio com a morte extremamente ameaçador quanto ao ideal de vida e cura (Chiattonne, 2000).

Bare e Smeltzer (2002) assinalam que uma das mais importantes funções da Enfermagem na oferta de atenção à saúde é identificar as necessidades imediatas do paciente e tomar medidas para aliviá-las. O sofrimento psíquico é inerente ao trabalho no ambiente hospitalar e comum a todos os profissionais de saúde, embora com algumas características próprias de cada profissão (Nogueira-Martins, 2003). Entre as clínicas consideradas mais estressantes em ambiente hospitalar estão as de psiquiatria, geriatria, oncologia, terapia intensiva (UTI) e os centros cirúrgicos (Ramos, 2004).

Haddad (2000) postula que a enfermagem é uma das profissões essencialmente femininas, relacionadas ao ato de cuidar do outro. De acordo com Carvalho (2004), todos os cuidadores, profissionais de saúde ou familiares, ao acompanhar um processo de doença evolutiva e a triste realidade da proximidade da morte, sofrem um grande desgaste físico e emocional, inclusive por sua impotência em reverter esse processo, por sentirem culpa por possível omissão, engano no tratamento e tantas outras dificuldades presentes. Pessini e Bertachini (2005), referindo-se a cuidados paliativos, mencionam que pacientes e familiares com muita frequência vivem sob intenso estresse, o que faz com que, não raro, exista pouca comunicação entre as várias partes envolvidas, gerando espaços para desentendimento e ressentimento. Diante das tarefas do dia a dia, os profissionais de enfermagem utilizam seus recursos de enfrentamento, entre eles, seus mecanismos de defesas. Nesse sentido, Ramos (2004) considera que estratégias defensivas, *coping*, contribuem para permitir que esses profissionais de saúde alcancem um razoável equilíbrio na sua saúde mental, em função do seu contato com pacientes e familiares angustiados.

Merlo e Silva (2007) postulam que o sofrimento patogênico vivenciado no trabalho passa a funcionar como um agente de fragilização da saúde. Para Dejours e Abdoucheli (1994), o desafio para a Psicologia do Trabalho na prática é definir ações suscetíveis de modificar o destino do sofri-

mento do trabalhador e favorecer sua transformação. As formações acadêmicas na área da saúde não contribuem para a aquisição do suporte psicológico que esse profissional vai necessitar em seu dia-a-dia, uma vez que privilegiam, em seu currículo e treinamento, a objetividade, o tecnicismo, a racionalidade, o não envolvimento emocional da equipe de saúde (Silva, 2004; Pessini & Bertachini, 2005; Esslinger, 2003; Kovács, 2002).

SINTOMAS DE ANSIEDADE E DEPRESSÃO

A ansiedade provoca uma sensação difusa e desagradável de apreensão, por vezes acompanhada de sintomas autonômicos como cefaleia, perspiração, palpitações, entre outros. Em nível leve, é um sinal de alerta e capacita a pessoa a tomar medidas para lidar com a ameaça interna ou externa e tem função adaptativa. Se ampliada, pode afetar o pensamento, a memória e a percepção, produzir confusão mental e alterações sociais, com comprometimento das relações e de desempenho (Ramos, 2008; Kaplan, Sadock & Sadock, 2007; Rezende et al., 2005).

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-IV, American Psychiatric Association, 1995) expõe os vários transtornos de ansiedade, dentre eles, o misto de ansiedade-depressão, cujos critérios diagnósticos similares aos da CID-10 exigem a presença de sintomas subsindrômicos tanto de ansiedade quanto de depressão e a presença de alguns sintomas autônomos, como tremor, palpitações, boca seca e desconforto abdominal, além de hiperatividade. A combinação de sintomas de ansiedade e depressão é freqüente e resulta em um comprometimento funcional significativo para o indivíduo, que pode se situar dentro dos limites de normalidade, sem se configurar como um transtorno mental (Kaplan, Sadock & Grebb, 1997).

As características sintomatológicas de um episódio depressivo maior, segundo o DSM-IV, podem ser resumidas em humor deprimido, perda de interesse ou prazer, problemas psicomotores, de concentração, sono, apetite, fadiga, sentimento de inutilidade ou culpa (Cunha, 2001). Em relação à epidemiologia, a depressão prevalece em cerca de 15% a 25% das mulheres e 5% a 12% em homens, independente do tipo de etnia, nível de escolaridade, aspectos econômicos ou estado civil. Quanto à etiologia, pesquisas neuroanatômicas e genéticas confirmam a hipótese de envolver uma patologia do sistema límbico, gânglios basais e hipotálamo. Em relação a fatores psicossociais, acontecimentos estressantes precedem freqüentemente os transtornos de humor (Kaplan, et al., 2007).

Na literatura verifica-se a existência de inúmeros estudos relacionados à depressão, mas, em contrapartida, a prevalência de depressão entre os profissionais de Enfermagem tem sido pouco pesquisada (Franco et al., 2005). Fatores desencadeantes da depressão nestes trabalhadores relacionam-se à sua exposição a riscos químicos, radiações, contaminações biológicas, sistema de plantões, excessiva carga horária de trabalho e à convivência diuturna com o sofrimento, dor, doença e morte e problemas emocionais daí decorrentes, com repercussões em sua qualidade de trabalho, entre outras (Camarotti & Teixeira, 1996; Manetti & Marziale, 2007).

Frente a essa problemática, o conceito de suporte social ocupa atualmente um lugar central no campo da Psicologia da Saúde, visto como fator de sua proteção e promoção. Trata-se de um

conceito multidimensional, que se refere aos recursos materiais e psicológicos, aos quais as pessoas têm acesso através de suas redes sociais (Siqueira, 2008; Rodriguez & Cohen, 1998; Ribeiro, 1999).

Considerando o exposto, esta pesquisa tem por objetivo investigar os níveis de depressão e ansiedade em profissionais de enfermagem e a possível correlação entre eles, assim como a percepção de suporte social emocional e prático desses profissionais em ambiente hospitalar, verificando também qual a correlação entre essa percepção e seus níveis de ansiedade e depressão.

MÉTODO

Participantes

Participaram da pesquisa 39 profissionais de enfermagem, técnicos e auxiliares de hospital geral particular, de porte médio, da cidade de São Paulo, trabalhando em diversos setores do hospital: clínica médica, pronto atendimento, unidade de terapia intensiva (UTI) e centro cirúrgico, selecionados por conveniência. Os dados foram coletados no ambiente hospitalar. Os dados sociodemográficos da amostra serão apresentados nos resultados.

Instrumentos

Foram utilizadas as Escalas Beck de Depressão e Ansiedade (Inventário de Depressão – BDI (*Beck Depression Inventory*)), o Inventário de Ansiedade – BAI (*Beck Anxiety Inventory*), ambos traduzidos, adaptados e padronizados por Cunha (2001); e a Escala de Percepção de Suporte Social (EPSS), desenvolvida e validada por Siqueira (2008), que possibilita avaliar a percepção de suporte social prático, S1, e suporte social emocional, S2, e questionário sobre dados sociodemográfico clínicos.

O BDI (Beck, Ward, Mendelson, Mock & Erbaugh, 1961) é uma medida de autoavaliação de depressão amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica, com tradução e validação para diferentes países (Gorenstein & Andrade, 2005; Manetti & Marziale, 2007).

Procedimento

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa– CEP- UMESP, em 24/02/2011, Prot. nº 385077-10, CAEE: 0116.214.000.

O material foi distribuído aos participantes em envelope lacrado contendo: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido; Inventário de Depressão – BDI, Inventário de Ansiedade – BAI, Escala de Percepção de Suporte Social – EPSS e Questionário sociodemográfico clínico e instruções para sua devolução.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os dados do questionário possibilitaram esboçar uma imagem da amostra estudada que indicam uma idade média de 30,81 anos, com predominância do sexo feminino (62%), confirmando os dados de Haddad (2000), que postula que a enfermagem é uma profissão essencialmente feminina,

relacionada ao ato de cuidar do outro. Quanto ao estado civil, 49% são casados ou vivem com companheiro e 67% residem com familiares. A maioria, 54%, não possui filhos e 31%, apenas um. A renda familiar, gira entre 4 a 8 salários mínimos para 38% dos participantes e acima de 8 salários mínimos para 26%, remuneração esta considerada elevada para sua categoria.

Com relação à escolaridade, 51% têm ensino médio / técnico, 39% superior incompleto e 10% superior completo, sendo que 33% possuem até cinco anos de formação, 49% de 6 a 10 anos e 18% mais de 10 anos, sendo a maioria, 62%, técnicos de enfermagem, e 38% auxiliares de enfermagem. Ambos os níveis atuam sob supervisão dos enfermeiros, sendo que os auxiliares desempenham funções de higiene e cuidados básicos, executam tratamentos prescritos ou de rotina, prestação de cuidados pré e pós-operatório de rotina vinculados à alta dos pacientes e procedimentos pós-morte, e os técnicos de enfermagem executam atividades de planejamento, programação, orientação e supervisão de assistência de enfermagem, prestação de cuidados diretos a pacientes em estado grave, ou seja, atuam em um nível intermediário. Ambos possuem um contato diário com o paciente, o que supõe a necessidade de um controle emocional maior, uma vez que lidam com o sofrimento em seu dia-a-dia, inclusive com óbito.

Com relação à distribuição nas clínicas, 25% atuam em U.T.I., a mesma porcentagem no Pronto Atendimento, Clínica Médica, e Centro Cirúrgico, setores que lidam diariamente com estressores emocionais, necessitam de uma prontidão qualificada, além de eventualmente se depararem com a morte. Com referência à carga horária exercida, 44% dos participantes atuam até 6 horas, 33% 12 horas diárias, 13% de 6 a 10 horas e 10%, mais de 12 horas diárias. No que se refere ao período da atividade profissional, 64% dos participantes atuam no período diurno e 87% possuem um emprego, dados que favorecem seu bem estar. Por outro lado, 43% da amostra atuam 12 horas ou mais, e 13% possuem dois empregos. Quanto ao tempo de atuação no hospital, a maioria, 69%, refere-se a período menor, de até cinco anos e em relação ao tempo de atuação profissional em enfermagem, 46% a exerce há menos de cinco anos, dados que indicam uma porcentagem considerável de profissionais com pouco tempo de atuação na profissão e neste hospital, o que sugere uma certa rotatividade.

Quanto aos aspectos gerais de saúde dos participantes, ressalta-se a possibilidade de os mesmos, apesar de cientes do caráter de resguardo ético e sigiloso de seus dados, haverem optado por transmitir um quadro positivo, uma vez que 92% declaram estar com saúde boa ou muito boa, apenas 31% possuir algum tipo de problema de saúde, 72% não usar medicamentos, 69% não ter realizado tratamento de saúde e 59% não ter sido submetido a qualquer procedimento cirúrgico. Da mesma forma, em relação às declarações relativas à problemática psicológica, os participantes optaram por não relatá-la, com índice muito alto de ausência em seu histórico de tratamento psicológico (79%) e psiquiátrico (95%).

Em relação ao nível de ansiedade, avaliado pelas Escalas Beck de Ansiedade – BAI e de acordo com a tabela de classificação, apresentada no Manual (Cunha, 2001, p.15), constam da Tabela 1 as frequências obtidas pela amostra.

Tabela 1. Frequência da classificação do Nível de ansiedade

Faixas de escores	Frequência	%
0 - 10 - mínimo	33	85
11 - 19 - leve	5	13
20 - 30 - moderado	1	2
31 - 63 - grave	0	0
Total	39	100

Constata-se que, apesar do nível leve/moderado registrado, seu montante, 15%, está acima do esperado pela literatura (Kaplan et al., 1997). De acordo com a prevalência relatada no DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995), o transtorno de ansiedade generalizada em uma amostra comunitária, em um ano, foi de aproximadamente de 3% e a taxa de prevalência durante a vida de 5%.

Quanto ao nível de depressão verificado, as frequências obtidas em cada classificação, segundo (Cunha, 2001, p.12), são mostradas Na Tabela 2.

Tabela 2. Frequência da classificação do Nível de Depressão

Faixas de escores	Frequência	%
0 - 11 - mínimo	32	82
12 - 19 - leve	7	18
20 - 35 - moderado	0	0
36 - 63 - grave	0	0
Total	39	100

Esses dados evidenciam uma depressão mínima ou leve em 100% dos participantes, número elevado, uma vez que esta pode acarretar, segundo o DSM-IV, perturbação de humor, prejuízo no funcionamento social ou ocupacional, entre outras áreas importantes para a vida da pessoa.

Tabela 3. Frequência da classificação dos Níveis dos Escores do BDI Total

Faixas de Depressão	Frequência	%
0- 17	36	92
18 ou mais	3	8
Total	39	100

Estes dados indicam 8% de incidência de sintomas depressivos, que se encontram dentro da faixa de prevalência descrita por Kaplan et al. (2007), que ocorrem em 10 a 25% das mulheres e em 5 a 12% dos homens. A investigação constatou também concomitância de níveis mais altos de ansiedade e depressão nos participantes, os quais confirmam os resultados dos estudos de Cunha (2001) e de Kaplan (1984), que indicam que nos pacientes com ansiedade é freqüente a superposição de sintomas de depressão. Segundo Kaplan et al. (1997) a combinação de sintomas de ansiedade e depressão

resulta em um comprometimento funcional significativo para o indivíduo afetado, sendo que esta condição se situa nos limites de normalidade e não é considerada como um transtorno mental.

Os níveis de sintomas apresentados, apesar de a maioria ser de intensidade leve, denotam que os profissionais de saúde são suscetíveis aos problemas de saúde mental, com possível sofrimento psíquico inerente ao trabalho no ambiente, o que corrobora estudos anteriores (Baba et al., 1999; Áries, 1981; Sebastiani, 2002a; Kovács, 2002; Nogueira-Martins, 2003; Carvalho, 2004; Ramos, 2004; Silva, 2004; Pessini & Bertachini, 2005; Alves et al., 2006). As estatísticas descritivas relativas aos resultados dos instrumentos de sintomas mentais de depressão, ansiedade, percepção de suporte social emocional e prático são descritos na Tabela 4.

Tabela 4. Estatísticas descritivas dos instrumentos de Depressão, Ansiedade e Percepção Social

Variáveis	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
BAI – Ansiedade	0	30	6,10	5,83
BDI S1 – Depressão (cognitivo afetivo)	0	13	4,31	3,76
BDI S2 – Depressão (somática e desempenho)	0	0,70	3,03	2,32
BDI TOTAL – Depressão	0	19	7,36	5,16
Percepção de suporte social – emocional	1	4	2,61	0,78
Percepção de suporte social – prático	1	3	2,28	0,69

Verifica-se, portanto, que a média mais elevada se refere-se à percepção de suporte social na área emocional, S1, que está relacionado a poder compartilhar sentimentos e emoções, medos e expectativas e a obter atenção e compreensão. No que concerne ao suporte prático, S2, a média apesar de mais baixa, também indica que os participantes têm encontrado ocasionalmente este tipo de suporte, o qual está relacionado a obter ajuda para problemas práticos, receber sugestões, conselhos e ajuda financeira.

Neste estudo foram obtidas as correlações entre as variáveis deste estudo, apresentadas na Tabela 5, que foram estatisticamente significantes ($p \leq 0,05$), exceto entre o BDI S2 e os dois resultados da EPPS e entre a BAI e a EPPS Prático.

Tabela 5. Correlação entre os escores da BAI, BDI S1, BDI S2, BDI Total, EPPS Emocional e EPPS Prático (n=39)

Variáveis	BAI	BDI S1	BDI S2	BDI TOTAL	EPPS
BAI					
BDI S1	0,452**				
BDI S2	0,451**	0,408**			
BDI TOTAL	0,532**	0,911**	0,748**		
EPPS emocional	-0,365*	-0,375**	-0,270	-0,399*	
EPPS prático	-0,259	-0,392*	-0,213	-0,382*	0,861**

* $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$

Foi verificada uma correlação significativa e positiva (0,532) entre os escores das escalas BAI (ansiedade) e BDI total (depressão), BDI-S1 (0,452) e BDI-S2 (0,451), o que confirma a coexistência de sintomas depressivos e ansiosos, como nos estudos de Kaplan et al. (1997) e Cunha (2001). Por outro lado, a correlação entre a Percepção de Suporte Social (EPPS) Emocional e o nível de ansiedade verificado pela Escala BAI apresentou uma correlação negativa com BAI (ansiedade) e significativa (-0,365), ou seja, enquanto a percepção de suporte emocional aumenta, o escore da escala de ansiedade diminui.

A correlação entre a EPPS Emocional e o nível de depressão verificado pela Escala BDI total apresentou uma correlação negativa e significativa (-0,399), ou seja, enquanto a percepção de suporte emocional aumenta, a depressão diminui. A correlação entre a Percepção de Suporte Social Emocional apresentou também uma correlação negativa e significativa (-0,375) com o BDI S1 (depressão cognitiva e afetiva), uma vez que, enquanto a percepção de suporte emocional aumenta, o escore da escala de depressão, referente a aspectos cognitivos e afetivos, diminui.

Da mesma forma, a correlação entre a EPPS Prático apresenta correlação com BDI Total negativa e significativa (-0,382). O mesmo aconteceu na correlação entre a EPPS Prático e o BDI-S1 (cognitivo e afetivo), que apresentou correlação negativa e significativa (-0,392).

Esses dados indicam que a percepção de suporte social tem efeitos mediadores na proteção da saúde, como sugerido por Thomason, Jones, McClure e Brantley (1996) e Blaney et al. (1997). A correlação negativa significativa entre o nível de percepção de suporte social emocional e os de ansiedade e depressão, corrobora os dados de Siqueira (2008), de Rodriguez e Cohen (1998) e de Cohen e Syme (1985), que afirmam que o suporte social gera efeitos benéficos para a saúde, tanto física como mental, guardando uma estreita relação com o bem-estar.

Os dados apresentados na Tabela 5 confirmam ainda a conclusão de Ribeiro (1999), o qual considera o suporte social como mediador e moderador entre eventos estressores. Siqueira e Padovam (2008) também ressaltam o fato de que pessoas integradas em suas comunidades tendem a viver mais, inclusive com maior capacidade de recuperação, quando adoecem. A importância da psicodinâmica do trabalho em ambiente da saúde, salientada por Dejours (1992) e Dejours e Abdoucheli (1994) é confirmada por pelos dados acima, os quais propiciam refletir sobre o quanto a instituição hospitalar pode favorecer as relações sociais de trabalho.

Quanto à formação profissional dos participantes, estudos (Sebastiani, 2002b; Bare & Smelter 2002; Kovács, 2002; Esslinger, 2003; Silva, 2004) enfatizam também a necessidade de reflexão, uma vez que esta tem privilegiado a objetividade, o tecnicismo e a racionalidade e negligenciado aspectos relacionais e emocionais, assim os dados desse estudo vêm reforçar essa necessidade.

As correlações encontradas nesta pesquisa entre o BDI e a BAI podem ser comparadas com as de amostras não clínicas brasileiras da Tabela 32 do manual das escalas Beck (Cunha, 2001, p.52), que variaram entre 0,45 e 0,76, todas significantes a 0,01. Entre as amostras não clínicas, encontra-se um grupo de 73 funcionários de hospital geral, para a qual foi obtida uma correlação de 0,57, que é semelhante à deste estudo que foi de 0,53.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados das escalas utilizadas, BDI, BAI e EPSS, possibilitaram descrever os níveis de depressão e ansiedade e percepção de suporte social nos profissionais de enfermagem participantes, bem como investigar a correlação entre esses instrumentos.

Verificou-se que 18% da amostra encontram-se no nível leve das Escalas Beck de Depressão – BDI, e 8% acima. Quanto à ansiedade, os dados revelaram que 13% encontram-se no nível leve e 2% no moderado das Escalas Beck de Ansiedade - BAI, dados em parte acima do esperado pela literatura, onde a prevalência do transtorno na população geral é de até 10%. Entre os escores das escalas de ansiedade, BAI e depressão, BDI-S1 e S2 foi encontrada correlação significativa positiva. Já entre os escores da Escala de Percepção de Suporte Social, EPSS e os níveis de ansiedade e de depressão foram encontradas correlações negativas, o que revela que, enquanto a percepção de suporte social emocional e prático aumenta, a ansiedade e a depressão diminuem. Tais resultados indicam que o suporte social, emocional e prático tem efeito positivo sobre a saúde, atuando na prevenção de comprometimentos físicos e psicológicos, podendo ser considerado como um mediador entre eventos estressores e a saúde, atuando na sua proteção.

Esses dados mostram-se relevantes, uma vez que o profissional de saúde tem seu trabalho associado ao ato de cuidar, curar, produzir o bem-estar, porém em sua realidade hospitalar, confronta-se com limitações e desafios diários, os quais, quando mal resolvidos e podem gerar em si ansiedade e / ou depressão. Estas considerações conduzem também à reflexão sobre a formação desse profissional no sentido de vir a abordar mais aspectos relacionais e emocionais associados à dor, sofrimento e morte.

REFERÊNCIAS

- Alves, D.; Godoy, S.C.B. & Santana, D.M. (2006). Motivos de licenças médicas em um hospital de urgência-emergência. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 59 (2), 195-200.
- American Psychiatric Association. (1995). *DSM-IV: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (4ª ed.; D. Batista, trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Áries, P. (1981). *O homem diante da morte*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Baba, V.; Galperin, B.L. & Lituchy, T.R. (1999). Occupational mental health: A study of work-related depression among nurses in the Caribbean. *International Journal of Nursing Studies*, 36, 163-169.
- Bare, B.G. & Smeltzer, S.C. (2002). *Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica*. (9ª ed.). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J. & Erbaugh, G. (1961). An Inventory for Measuring Depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 53-63.
- Blaney, N.; Goodkin, K.; Feaster, D.; Morgan, R.; Millon, C.; Szapocznick, J. & Eisdorfer, C. (1997). A psychosocial model of distress over time in early HIV-1 infection: The role of life stressors, social support and coping. *Psychology and Health*, 12, 633-653.

- Camarotti, H. & Teixeira, H. A. (1996). Saúde mental e trabalho: Estudo da Regional Norte de Saúde do DF. *Revista de Saúde do Distrito Federal*, 7 (1), 29-40.
- Carvalho, M.M.M.J. (2004). A dor no estágio avançado das doenças. In: V.A.A. Camon (Org.), *Atualidades em Psicologia da saúde*. (pp. 85-101). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Chiattonne, H.B.C. (2000). A significação da Psicologia no contexto hospitalar. In: V. A. Angerani-Camon (Org.), *Psicologia da saúde: Um novo significado para a prática clínica*. (pp. 73-165). São Paulo: Pioneira Psicologia.
- Cohen, S. & Syme, S. L. (1985). Issues in the study and application of social support. In: S. Cohen & S. L. Syme, *Social support and health*. (pp. 3-22). San Francisco: Academic Press.
- Conselho Regional de Enfermagem - COREN – SP. (2007-2008). *Principais legislações para o exercício da Enfermagem*. São Paulo: Demais Editoração e Publicações.
- Cunha, J.A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: Estudo de psicopatologia do trabalho*. São Paulo: Cortez-Oboré.
- Dejours, C. & Abdoucheli, E. (1994). Itinerário teórico em psicopatologia do trabalho. In: C. Dejours; E. Abdoucheli & C. Jayet. (1994). *Psicodinâmica do trabalho: Contribuições da escola dejouriana à análise da relação prazer, sofrimento e trabalho*. São Paulo: Atlas.
- Esslinger, I. (2003). O paciente, a equipe de saúde e o cuidador, de quem é a vida afinal? Um estudo acerca do morrer com dignidade. *Revista O Mundo da Saúde*, 27 (3), 373-381.
- Franco, G.P.; Barros, A.L.B.L. & Nogueira-Martins, L.A. (2005). Qualidade de vida e sintomas depressivos em residentes de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13 (2), 139-144.
- Gorenstein, C. & Andrade, L. (2005). Inventário de Depressão de Beck: Propriedades psicométricas da versão em português. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 25 (5), 245-250.
- Haddad, M.C.L. (2000). Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem. *Revista Espaço para a Saúde*, 1 (2), 75-88.
- Helman, C.G. (2003). *Cultura, saúde e doença*. São Paulo: Artmed.
- Kaplan, H. (1984). *Compêndio de Psiquiatria dinâmica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kaplan, H.; Sadock, B.J. & Grebb, J.A. (1997). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria clínica*. (7ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Kaplan, H.; Sadock, B.J. & Sadock, V.A. (2007). *Compêndio de Psiquiatria: Ciências do comportamento e Psiquiatria clínica*. (9ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Kovács, M. J. (2002). *Morte e desenvolvimento humano*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Manetti, M.L. & Marziale, M.H.P. (2007). Fatores associados à depressão relacionada ao trabalho de Enfermagem. *Estudos de Psicologia*, Natal, 12 (1), 79-85.
-

-
- Merlo, A.R.C. & Silva, P.C. (2007). Prazer e sofrimento de psicólogas no trabalho em empresas privadas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27 (1), 132-147.
- Neder, M. (2003). O psicólogo no hospital: O início das atividades psicológicas no HCFMUSP. *Revista o Mundo da Saúde*, 27 (3), 326-336.
- Neder Filha, C.R. & Monteiro, M.R. (2003). O hospital e o processo histórico da hospitalização. *Revista o Mundo da Saúde*, 27 (3), 352-361.
- Nogueira-Martins, L. (2003). A saúde mental dos profissionais de saúde. *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*, 1 (1), 56-68.
- Pessini, L. & Bertachini, L. (2005). Novas perspectivas em cuidados paliativos: Ética, geriatria, gerontologia, comunicação e espiritualidade. *Revista O Mundo da Saúde*, 29 (4), 491-509.
- Ramos, A.M.Q.P. (2004). Preservação da saúde mental do psicólogo hospitalar. In: V. A. A. Camon (Org.), *Atualidades em Psicologia da saúde*. (pp. 29-56). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Ramos, R.T. (2008). Somatização e transtornos de ansiedade. In: M.M.M. Siqueira; S.N. Jesus & U.B. Oliveira (orgs.), *Psicologia da saúde: Teoria e pesquisa*. (pp. 13-24; 2ª ed.). São Bernardo do Campo: UMESP.
- Rezende, V.L.; Derchain, S.F.M.; Botega, N.J.; Sarian, L.O.; Vial, D.L. & Morais, S.S. (2005). Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 27 (12), 737-743.
- Ribeiro, J.L.P. (1999). Escala de Satisfação com o Suporte Social (EPSS). *Análise Psicológica*, 3 (17), 547-558.
- Rodriguez, M.S. & Cohen, S. (1998). Social support. In: H. S. Friedman, *Encyclopedia of Mental Health*. (pp.535-544). San Diego: Academic Press.
- Sebastiani, R.W. (2002a). Aspectos emocionais e psicofisiológicos nas situações de emergência no hospital geral. In: V. A. A. Camon (Org.), *Urgências psicológicas no hospital*. (pp. 9-30). São Paulo: Pioneira.
- Sebastiani, R.W. (2002b). A equipe de saúde frente às situações de crise e emergência no hospital geral: Aspectos psicológicos. In: V. A. A. Camon (Org.), *Urgências psicológicas no hospital*. (pp. 31-39). São Paulo: Pioneira.
- Silva, C.R.L.; Silva, R.C.L. & Viana, D.L. (2009). *Compacto dicionário ilustrado de saúde e principais legislações de Enfermagem*. (4ª ed.). São Caetano do Sul: Yendis.
- Silva, G.S.N. (2004). A racionalidade médica ocidental e a negação da morte, do riso, do demasiadamente humano. In: V. A. A. Camon (Org.), *Atualidades em Psicologia da saúde*. (pp.135-185). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Siqueira, M.M.M. (2008) Construção e validação da Escala de Percepção de Suporte Social. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 381-388.
-

Siqueira, M.M.M. & Padovam, V.A.R. (2008). Suporte social. In: M. M. M. Siqueira; S. N. Jesus & V. B. Oliveira (Orgs.), *Psicologia da saúde: Teoria e pesquisa*. (pp. 65-84; 2ª ed.). São Bernardo do Campo: UMESP.

Thomason, B.; Jones, G.; McClure, J. & Brantley, P. (1996). Psychosocial co-factors in HIV illness: An empirical-based model. *Psychology and Health*, 11, 385-393.

Recebido em 12/04/12

Revisto em 26/02/13

Aceito em 28/02/13