



Dor psíquica e implicações no cuidado: escuta psicanalítica com profissionais da saúde

Psychic pain and implications in the care: psychoanalytic listening with healthcare professionals

Correspondência:

Milena Dórea de Almeida
milena.dorea@ufrb.edu.br

Recebido: 22 abr. 2025

Revisado: 22 jun. 2025

Aprovado: 02 set. 2025

Como citar (APA):

Ferraz, C. F., Nunes, R. F., & Almeida, M. D. (2025). Dor psíquica e implicações no cuidado: escuta psicanalítica com profissionais da saúde. *Revista da SBPH*, 28, e035. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.2025.v28.850>.

Financiamento:

Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, por meio do projeto de pesquisa “Espaço de fala: saúde mental de profissionais da saúde e suas implicações no cuidado” (PVD1235-2023), no âmbito do programa de bolsas de Iniciação Científica (Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação – PROPPG) e de Apoio à Permanência (Pró-Reitoria de Ações Afirmativas – PROAF).

Conflito de interesses:

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

Nota dos autores 1:

Apresentação prévia em evento - No 21º Congresso Nacional da Associação Nacional de Medicina do Trabalho – ANAMT, modalidade e-pôster, título “Profissionais da saúde pública e seus modos de sofrimento psíquico relacionados ao trabalho” (2024).

Carolina Ferreira FERRAZ¹  

Renato Francisco NUNES²  

Milena Dórea de ALMEIDA³  

¹ Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, Centro de Formação em Ciências da Saúde – CFCS, Curso de Psicologia. Teixeira de Freitas, BA, Brasil.

² Universidade Federal do Sul da Bahia – UFSB, Centro de Formação em Ciências da Saúde – CFCS, Curso de Medicina. Teixeira de Freitas, BA, Brasil.

³ Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, Centro de Ciências da Saúde – CCS, Curso de Psicologia. Santo Antônio de Jesus, BA, Brasil.



Resumo

Os profissionais de saúde apresentam diferentes manifestações que denotam sofrimento psíquico, porém, devido à formação cultural, profissional e pessoal, é negado ou escondido através de mecanismos de defesa. A falta de atenção a esse sofrimento pode ter efeitos sobre o fazer profissional, incluindo negligências e violências aos assistidos. Com base na teoria psicanalítica, este artigo tem como objeto de estudo as vivências e sofrimentos psíquicos dos profissionais, trabalhadores do sistema público de saúde brasileiro - Sistema Único de Saúde (SUS) - e busca destacar os significantes que alguns destes profissionais associam às suas práticas profissionais na assistência aos usuários. Mediante metodologia qualitativa, foi realizada uma análise documental em prontuários de atendimentos clínico-individuais e diários de campo provenientes de grupos de conversação realizados com profissionais de saúde do SUS. Através da análise de conteúdo, emergiram três grandes categorias: "Desejo pelo trabalho em saúde", "Ausência de políticas de reconhecimento" e "Dor psíquica". A discussão permite afirmar que o desejo para o trabalho se relaciona a um ideal de Eu marcado pela benevolência e que é através da ausência de políticas de reconhecimento que incorre não o maior fator de sofrimento, mas possivelmente a razão de falhas assistenciais ao usuário. Diante disso, é necessário atentar-se à gravidade do adoecimento desses profissionais, o qual percorre o corpo e circunscreve uma dor psíquica. Também, fomentar a implicação desses profissionais para o aumento do protagonismo sobre suas práticas.

Descritores: Pessoal da saúde; Dor psíquica; Saúde ocupacional; Clínica psicanalítica.

Abstract

Health professionals show different manifestations of psychological distress, but due to their cultural, professional and personal background, it is denied or hidden through defense mechanisms. Lack of attention to this suffering can have an effect on professional practice, including neglect and violence towards those being cared for. Based on psychoanalytic theory, the object of this article is to study the experiences and psychological suffering of professionals working in the Brazilian public health system - the *Sistema Único de Saúde* (SUS) - and to search the significance that some of these professionals associate with their professional practices in assisting users. Using a qualitative methodology, a documentary analysis was carried out on the medical records of individual clinical consultations and field diaries from conversation groups held with health professionals at a municipal public hospital. Content analysis revealed three main categories: "Desire for health work"; 'Lack of recognition policies' and "Psychic pain". The discussion leads to the conclusion that motivation to work is related to an ideal of self marked by benevolence and that it is through the absence of recognition policies that not only the greatest factor of suffering is incurred, but possibly the reason for failures in user care. In view of this, it is necessary to pay attention to the seriousness of the illness of these professionals, which runs through the body and circumscribes a psychic pain. Also, to encourage the involvement of these professionals to increase their protagonism over their practices.

Descriptors: Health personnel; Psychic pain; Occupational health; Psychoanalytic clinic.

INTRODUÇÃO

O ambiente do trabalho em saúde coloca os profissionais diante de uma série de responsabilidades e desafios que tornam a atividade laboral intensa, física e emocionalmente (Oliveira & Rodrigues, 2020). O contexto da pandemia de Covid-19 evidenciou isso ainda mais e desvelou tensões relatadas pelos funcionários desde a baixa até a alta complexidade em saúde (Santos et al., 2023). Dentre as percepções sobre o ambiente de trabalho, tem-se a escassez de material – inclusive para a própria proteção individual –, a insuficiência de profissionais, a alta demanda de atendimento, o trabalho extenuante, as alterações de escalas de plantão, o risco de contaminação, a complexidade das atividades e a gestão descompromissada com a saúde e com a segurança do trabalhador – o que gera o sentimento de desvalorização profissional.

Somado a essas queixas, tem-se o sofrimento emocional decorrente do convívio intenso com o sofrimento dos pacientes, com a morte; a alta intensidade de interações emocionais com pacientes, familiares e colegas; o escasso tempo livre para atividades pessoais. Todos esses fatores vulnerabilizam a saúde psíquica do profissional de saúde e enseja a fadiga por compaixão (Torres et al., 2018; Oliveira & Rodrigues, 2020; Garzin et al., 2024; Oberziner et al., 2024; Tavares et al., 2024). A vulnerabilidade do profissional de saúde pode ser percebida em distúrbios de sono, humor, apetite, peso, sedentarismo, adoecimentos diversos e absenteísmo.

A qualidade de vida profissional pode ser avaliada pelo instrumento “*Professional Quality of Life Scale* (ProQOL-BR)”, criado por Stamm (2010), que compreende a qualidade de vida profissional a partir de dois polos: satisfação por compaixão (SC), de cunho positivo, e fadiga por compaixão (FC), de cunho negativo. A SC se refere ao prazer advindo das atividades quando o trabalhador percebe o seu papel para atenuar o sofrimento do assistido e causa efeitos positivos na equipe profissional, no ambiente de trabalho e na assistência prestada (Stamm, 2010). Já a FC diz respeito aos aspectos negativos dos cuidados prestados, como ambiente de trabalho problemático e contato intenso com o sofrimento dos usuários.

Sobre o polo FR, Stamm (2010) demarca os diagnósticos de estresse pós-traumático secundário e de Síndrome de *Burnout*. O estresse pós-traumático secundário é consequência da exposição ao estresse, ao medo e ao trauma do outro e se caracteriza por sentimentos negativos manifestados por dificuldades de sono, ansiedade, imagens intrusivas e sintomas cognitivo-emocionais semelhantes aos de quem foi traumatizado. Já a Síndrome de *Burnout* é um fenômeno multidimensional compreendido a partir de três aspectos fundamentais: (i) exaustão emocional, caracterizada pelo profundo esgotamento físico e mental pela falta de energia e de entusiasmo; (ii) despersonalização, manifestada pelo distanciamento emocional e pela insensibilidade diante das necessidades dos outros; e (iii) baixa realização profissional (Oliveira & Rodrigues, 2020).

A relação entre sobrecarga de trabalho, exaustão mental, descumprimento aos protocolos de segurança e negligências assistenciais é relatada por Garzin et al. (2024), indicando a relação entre fadiga por compaixão e negligências. Essa relação é melhor vislumbrada quando se observa a delicadeza e ambivalência envolvidas no ato de cuidar. Cuidar envolve tocar no corpo do outro, um espaço significativo, singular e íntimo, em contraposição às intervenções invasivas e dolorosas desse ambiente de adoecimento. Assim, o profissional pode adotar mecanismos defensivos para se distanciar da situação e evitar um envolvimento mais efetivo com os pacientes (Gambatto et al., 2006). Quando esses mecanismos falham e o conflito psíquico é

manifestado, o adoecimento do trabalhador pode acontecer e se associar à insatisfação com o trabalho, o que, sem a devida atenção, pode ter como consequência falhas assistenciais, como expressões agressivas ou negligentes.

Diante desse panorama e percebendo a escassez desse tema na literatura psicanalítica, define-se como objetivos deste artigo: destacar os significantes que profissionais de saúde associam às suas práticas profissionais na assistência a usuários do Sistema Único de Saúde (SUS); compreender como esses significantes se articulam na cadeia associativa e dão sentido às práticas profissionais e outras vivências subjetivas; e investigar como esses sentidos têm efeitos sobre o modo de organizar seu trabalho e a assistência dispensada ao usuário e sua família.

O conceito de significante foi elaborado por Jacques Lacan. O significante não é o que representa alguma coisa para alguém, é o que representa o sujeito para um outro significante, fazendo, assim, a conexão entre o conceito de significante e o conceito de sujeito – do inconsciente (Bueno et al., 2022). Nesse sentido, Lacan utilizou essas ferramentas conceituais linguísticas para desenvolver a conexão entre linguagem, inconsciente e sujeito, e colocou a linguagem como um fator de relevância, porquanto considerou o inconsciente estruturado como uma linguagem.

O significante é um dos conceitos fundamentais da Psicanálise e ponto determinante para a articulação entre a teoria e a prática psicanalítica. Compreender que a rede de significantes é disposta em uma cadeia associativa e acessível por meio da linguagem serve, até os dias atuais, de base para a prática clínica. Os estudos lacanianos sobre a clínica orientam a posição do analista de escuta flutuante da associação livre do analisando e direcionam o tratamento para privilegiar a fala e intervir sobre o significante, pois o “inconsciente é a soma dos efeitos da fala sobre um sujeito, nesse nível em que o sujeito se constitui pelos efeitos do significante” (Lacan, 1964, p. 122). É pela associação livre que o sujeito do inconsciente pode emergir e é pelo realce do significante que este sujeito pode ser afetado pela intervenção analítica.

Sobre os estudos em psicanálise acerca do sofrimento psíquico de profissionais de saúde, Pereira e Sá (2023) referem que o trabalho em ambiente de saúde pode produzir sintomas institucionais, caracterizados por mal-estar, que pode levar ao adoecimento de profissionais. O contato contínuo com situações de dor, perdas e vulnerabilidades, pode tornar a permanência no ambiente difícil e levar uma pessoa à produção de processos inconscientes para suportar os eventos que afetam sua vida no trabalho. Esses processos inconscientes têm como base marcas psíquicas de histórias pregressas. Logo, a aplicação do trabalho analítico se faz por meio da busca por rastros deixados por um evento que, mesmo já finalizado, ainda repercute no ser que sofre. Considerando a noção psicanalítica do *a posteriori* (ressignificação de vivências passadas por meio de vivências posteriores), o encontro com o passado pode permitir uma transformação do presente, por meio da concepção de golpe em dois tempos: diante de uma ideia incidente, emitida por quem fala, o analista a pontua e permite a associação ao recalcado, que, no *a posteriori*, pode proporcionar uma nova significação, um novo sentido de direção para a narrativa, e proporcionar alívio para aquele que a fala, tendo a finalidade terapêutica.

A abordagem psicanalítica do sofrimento psíquico do profissional de saúde pode contribuir com as discussões sobre a saúde do trabalhador e sobre a melhoria das condições de trabalho. A Psicanálise preconiza que reconhecer o sofrimento tem efeitos terapêuticos e contribui para a implicação daquele que sofre na resolução da dinâmica em que ele está envolvido e provoca sofrimento (Moretto, 2019). Portanto, para

melhorar a qualidade e a eficácia dos serviços, é preciso escutar os sujeitos envolvidos no cuidado para promover, principalmente, a noção de corresponsabilidade, pois, a assistência em saúde requer que o trabalhador de saúde esteja implicado com sua técnica e sua singularidade.

METODOLOGIA

A metodologia foi baseada na análise documental de prontuários dos atendimentos clínico-individuais e de diários de campo dos grupos de conversação ofertados à categoria de profissionais de saúde da rede pública. A análise documental é uma investigação em documentos que não passaram por tratamento analítico e tem como objetivo extrair informações para a compreensão de um fenômeno, em um enquadramento qualitativo (Kripka et al., 2015). Os prontuários e diários de campo que foram objetos de estudo desta pesquisa são documentos autênticos, representativos de uma atividade, confiáveis devido à autoria e significativos pelo conteúdo, critérios importantes para uma amostra ser caracterizada para fins de pesquisa (Barletta et al., 2012; Kripka et al., 2015).

Por se tratar de uma metodologia qualitativa proveniente de um ambiente clínico, selecionou-se a análise de conteúdo como método complementar à análise documental, conforme orientação de Kripka et al. (2015). Ademais, seguiu-se a adaptação de análise de conteúdo proposta por Campos e Turato (2009) através dos seguintes passos: (i) leituras flutuantes para impregnação do conteúdo, sem privilegiar quaisquer elementos discursivos e visando apreensão do conteúdo latente em uma leitura uniforme; (ii) consideração dos conteúdos latentes para interpretação, partindo também dos conteúdos manifestos e da consideração dos significados atribuídos pelos sujeitos da pesquisa aliado à intuição do pesquisador para uma interpretação sedimentada na literatura; (iii) inferência na análise de conteúdo do texto e vinculação com a teoria que virá a ser estabelecida, admitindo proposições de outras teorias estabelecidas anteriormente; (iv) categorização sob critério de relevância visando apresentação didático-científica dos resultados e discussões em que cada categoria abarca temas variados, seguindo graus de proximidade e significância para os objetivos do estudo; (v) utilização sequencial de raciocínios dedutivos e indutivos, em uma aposta de processo dialético; e (vi) validação dos resultados de análise por triangulação metodológica, teórica e validação externa entre pares.

Os atendimentos individuais e grupais estavam vinculados a um projeto de extensão de uma universidade pública. O início do trabalho com os estudantes extensionistas envolveu a realização de encontros para apresentação do projeto; organização de formas de divulgação da oferta de atendimentos individuais por formulários, através do perfil do projeto nas redes sociais; contato com instituições de saúde pública regionalizadas ao local da universidade sede do projeto; organização do Termo de Consentimento Informado para a participação nos atendimentos e do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para extensionistas. Reuniões semanais foram realizadas a fim de garantir aos atendimentos o fundamento técnico embasado na Psicanálise e supervisão dos casos pela professora responsável. Além disso, foi realizado levantamento bibliográfico sobre o sofrimento psíquico entre os profissionais da saúde.

De acordo com Coelho e Cunha (2021), a pesquisa em Psicanálise se fundamenta na enunciação do inconsciente e na reflexão metodológica sobre o contexto dessa enunciação que podem ser definidas através de quatro condições: (i) condições de escuta

amparadas na associação livre e na escuta flutuante; (ii) condições de transferência; (iii) condições de interpretação; e (iv) condições de elaboração.

Os atendimentos foram realizados no Serviço-Escola de Psicologia, vinculado à universidade, e aconteceram em formato presencial e remoto, considerando as possibilidades de profissionais que não residiam no município. O Termo de Consentimento Informado incluía um item no qual a pessoa atendida podia autorizar a inclusão do prontuário advindo do seu atendimento entre os documentos a serem analisados na pesquisa e foi apresentado desde o primeiro encontro, como forma de adquirir a permissão prévia aos atendimentos. Esse termo garantia a oferta de atendimento independente da autorização da utilização dos dados para pesquisa e fornecia informações pertinentes sobre o funcionamento do projeto de extensão e aspectos contratuais (sigilo, confidencialidade e arquivamento adequado dos prontuários). Esse termo foi elaborado em acordo com as resoluções 466/2012 e 510/2016, Conselho Nacional de Saúde (Ministério da Saúde [MS], 2012, 2016), e a Resolução do 06/2019 (Conselho Federal de Psicologia [CFP], 2019). O parecer foi consubstanciado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), número 6.556.289.

Desde a abertura dos atendimentos, em agosto de 2023, até abril de 2024, foram solicitados 12 atendimentos. Destes, três das solicitações não partiram do público-alvo do projeto e foram encaminhados para outros serviços de acompanhamento psicológico. Três profissionais não retornaram o contato e houve uma desistência. Foram, então, incorporados ao *corpus* textual os prontuários provenientes dos atendimentos até o mês de maio de 2024 de cinco profissionais de saúde e diários de campo dos grupos de conversação realizados pelo projeto de extensão desde novembro de 2021.

No Quadro 1, apresenta-se as participantes da pesquisa nos atendimentos individuais, cujos nomes originais foram substituídos por nomes fictícios de mulheres que se destacaram na saúde brasileira como forma de homenageá-las e preservar a identidade das participantes. Todas as participantes trabalham em hospitais, nos níveis de atenção secundário e terciário, que englobam serviços de média a alta complexidade.

Quadro 1. Dados sociodemográficos das profissionais de saúde atendidas

Nome fictício	Idade em anos	Estado civil	Raça/etnia	Religião	Setor	Atuação - tempo e unidade atual
Ivone Lara	52	Solteira	Parda	Católica não praticante	Terapia complementar	8 anos - Clínica e enfermagem oncológica em Hospital Geral
Ana Néri	52	Casada	Parda	Assembleia de Deus	Enfermagem	29 anos - Hospital Maternidade
Rita Lobato	17	Solteira	Negra	Não informado	Administrativo	7 meses - Hospital geral
Jaqueline Goes	35	Divorciada	Negra	Batista	Enfermagem e Fisioterapia	10 anos - Hospital Maternidade e Clínica de Especialidades
Maria Odília	36	Casada	Parda	Evangélica	Enfermagem	14 anos - UTI Neonatal em Hospital Geral

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da análise de conteúdo, emergiram três grandes categorias: (i) desejo pelo trabalho em saúde; (ii) ausência de políticas de reconhecimento; (iii) dor psíquica. O Quadro 2 resume o conteúdo das discussões. No início de cada seção, apresenta-se os recortes das anotações de prontuários e diários de campo a fim de demonstrar os significantes trazidos pelos profissionais de saúde. Em seguida, discute-se com base na bibliografia acerca do sofrimento psíquico dos profissionais de saúde e da psicanálise.

Quadro 2. Resumo das discussões realizadas em cada categoria temática

Categoria temática	Resumo das discussões
Desejo pelo trabalho em saúde	O desejo narcísico de cuidar do outro impele para uma repetição de buscar por um lugar de doação ao cuidado, até de servidão ao outro. Através do termo servidão, fazemos um recorte racial e de gênero.
Ausência de políticas de reconhecimento	A ausência de reconhecimento percebida pelas profissionais de saúde é acrescida ao sofrimento psíquico delas. A Psicanálise contribui com a noção de sofrimento e ao indicar as quatro formas de sofrimento.
Dor psíquica	A dor é trazida como marcador do sofrimento psíquico relatado pelas profissionais de saúde. Este afeto é uma demonstração da angústia e entrelaça a história profissional com a história pessoal de cada sujeito.

Fonte: Elaborado pelos autores (2025).

DESEJO PELO TRABALHO EM SAÚDE

“Mostrou ambiguidade sobre o retorno das atividades: relatou pesadelos e dificuldade de dormir ao revisitar o ambiente hospitalar, mesmo como acompanhante, enquanto falava sobre a paixão por sua profissão.” (Ana Néri)

“Traz uma fala acompanhada dessa generosidade, diz que em sua vida toda ela serviu mais do que foi servida.” (Ivone Lara)

“Apesar de ter seguido a orientação do afastamento laboral, o período coincidiu com o adoecimento de um tio a quem prestou assistência e, logo em seguida, antes do falecimento deste, o adoecimento da mãe em decorrência de complicações do diabetes.” (Ana Néri)

“A remuneração baixa surgiu como uma queixa. Mas, mesmo assim, o trabalho é gratificante, as coisas ruins ficam de lado.” (Diários de campo)

Na Psicanálise Freud-lacaniana, o desejo é inconsciente e se refere a um movimento em direção a um objeto que representa a falta, aquilo que o sujeito, em suas experiências primordiais, abdicou para ascender à lógica social. Por estar associado ao funcionamento inconsciente recalcado, o desejo não é manifestado de forma consciente intencional, é latente e representado por substitutos metafóricos não reconhecidos pelo sujeito enquanto íntimo, pois pode provocar angústia (Scotti, 2012). Também, o desejo comporta conflitos que vêm do prazer recalcado. Assim, o desejo pelo trabalho em saúde se revelou por significantes que se relacionaram ao desejo narcísico de cuidar do outro que impele as profissionais para uma repetição de buscar por um lugar de doação ao cuidado, até de servidão ao outro, que parece dialogar com a imagem narcísica de levar o bem e ser uma pessoa boa, virtuosa.

Em acréscimo, outro ponto relevante foi a demonstração de paixão pela profissão e realização no trabalho, que surgiu de forma ambivalente em razão de dificuldades organizacionais como baixos salários, ausência de plano de carreira e falta de estabilidade. Ivone Lara afirmava insatisfação com o vínculo empregatício e desejo de empreender para uma melhor remuneração, porém, tinha dificuldade no planejamento; revelava que não conseguiria se desligar do trabalho por conta própria e só sairia se fosse demitida. Jaqueline Goes e Maria Odília relataram uma rotina extenuante de trabalho, com plantões conjugados, em mais de um local, que chegavam a 36 horas ininterruptas. Maria Odília se queixava de agitação, crises de choro e de angústia, que relacionava à privação de sono e à distância dos filhos, pois quase nunca os via já que ou estava de plantão ou dormindo. Durante as supervisões, comparamos este trabalho exaustivo às compulsões e questionamos o que se busca com isso: punição, reconhecimento ou fuga, já que o acúmulo de empregos nem sempre é por necessidade financeira.

O percurso profissional de sujeitos que se dedicam à medicina e à enfermagem decorre de fenômenos sublimatórios (Cunha, 2017), já que o arranjo psíquico necessário para voltar a atenção à saúde alheia implica em altruísmo, doação de si e do próprio tempo. Além disso, o empenho na recuperação do outro expressa a entrega a uma causa. O ato de se colocar a serviço do outro dialoga também com a formação narcísica representada pelas instâncias Eu Ideal, herdeiro do narcisismo primário, e Ideal de Eu, ideais simbólicos construídos a partir da relação com o aspecto interditor do Superego (Lacan, 1953-1954). O aspecto interditor do Superego é compreendido pelo estabelecimento de uma lei que ordena o impossível: “uma lei insensata de um significante que, ao exigir o impossível, deixa sempre ao sujeito a posição de incapacidade, de impotência e de culpa pelo seu fracasso” (Horne, 2022, p. 73). Assim, o Superego idealiza uma noção de Eu impossível de ser alcançada e impõe ao sujeito exigências para as realizações que se aproximam de uma dívida e castigo por não alcançar as expectativas.

Para ampliar essa discussão, o significante “servir”, utilizado por Ivone Lara, parece retratar a posição dessas mulheres. A palavra servir deriva do latim *servire*, *servitium* e *servitudinem*, servidão, lugar de submissão de um grupo em relação a outro por dependência econômica, social ou cultural, vinculado à opressão e à violência. Ana Néri reproduz essa posição ao relatar, enquanto técnica de enfermagem particular, relações trabalhistas marcadas por ciúmes, agressão e ausência do pagamento do salário e, mesmo sem receber o combinado, retornava ao trabalho e se disponibilizava a tarefas extras.

Ressaltamos a predominância de profissionais mulheres negras (pretas e pardas) entre os atendimentos individuais e grupos de conversação ofertados. Ademais, a maioria delas está ou esteve trabalhando na área da enfermagem. Assim, é importante realizar um recorte de gênero, raça e classe para compreender aspectos do desafio do trabalho de cuidado em saúde. Lombardi e Campos (2018) apontam o marcador de gênero como elemento imprescindível para a compreensão da constituição do campo profissional da enfermagem, já que esta é uma área tradicionalmente feminina em que se associa o cuidado à vocação. Desde o princípio, o cuidado dedicado a idosos, doentes e portadores de deficiências tem sido realizado em ambiente doméstico e de forma não-remunerada e, quando realizado em ambientes públicos, é realizado em caráter de benemerência (Cunha, 2017).

Acrescenta-se a essa discussão o recorte racial que marca a constituição do campo da enfermagem no país. Embora as primeiras escolas profissionalizantes de enfermagem evitassem a entrada de mulheres negras na profissão, esse bloqueio não foi de todo bem-sucedido, já que estas acabaram por compor escalões subalternos dentro da profissão (técnicas e auxiliares), enquanto o nível universitário passou a ser protagonizado por mulheres brancas (Lombardi & Campos, 2018). Esse fenômeno, chamado pelas autoras de “bipolarização”, concretiza-se através da Lei 7.498 de 1986 e do Decreto 94.406/87, que hierarquiza as atividades em Enfermeiro, Técnico em enfermagem e Auxiliar de Enfermagem (Brasil, 1986, 1987). Dentro dessa divisão hierárquica, quanto menor a patente, mais contato tem o profissional com o paciente e seus fluidos, menor o reconhecimento e nível de formação e maior a feminilização e enegrecimento das trabalhadoras.

Associar os dados encontrados nesta pesquisa ao histórico de formação da enfermagem, a partir de um recorte de gênero e raça, leva às reflexões construídas por Lélia Gonzalez, a partir da Psicanálise, sobre o racismo e o sexismo em três figuras: a mulata, a doméstica e a mãe-preta. Interessa, aqui, para discutir os dados encontrados nesta pesquisa, a recuperação dessa última figura, também descrita por Lélia Gonzalez (1984) como preponderante na desarticulação da cultura dominante pelo seu papel na transmissão de categorias culturais africanas ao brasileiro branco, através do que nomeou como “pretuguês”.

É através da função transgressora da mãe-preta, responsável por exercer a função materna, que circunscreve não só o cuidado, mas a internalização de valores, a transmissão da língua materna e, conseqüentemente, a inserção do sujeito em formação na ordem cultural – justamente por ser esta a responsável por nomear o pai –, que Lélia Gonzalez (1984) quebra com a imagem benevolente, permeada de bondade e ternura, sobre a ama negra, a “bá”, a “mãe-preta”. Embora essa relação vincular seja marcada pelo cuidado e pelo amor, é também fundada em uma violência pregressa que fende a alma da escravizada e faz com que o filho do senhor a invada (Segato, 2006). Aí está circunscrita não somente a ambivalência, mas também um custo vital que advém da escravidão e uma relação de propriedade que diz respeito não só ao senhor, mas que também é própria do sentimento de toda criança para com o corpo materno-infantil. Assim, a relação de apropriação se duplica junto às conseqüências psíquicas, em um entrelaçamento psíquico de racismo e misoginia.

Em acréscimo à histórica imposição violenta do lugar de servir às mulheres negras e à histórica responsabilização feminina sobre o cuidado de doentes, idosos e crianças, ressalta-se que entre as profissionais de saúde atendidas foi comum a extensão da função, em que eram a referência para os cuidados em saúde de parentes e amigos, o que

significava mais um espaço de trabalho em saúde no ambiente doméstico. Nessa mesma direção, Ana Néri traz uma repetição temática nos sonhos ao narrar alguma situação desafiante e, por vezes, humilhante, de cuidar de algo ou de alguém.

Essa intensa relação com o cuidado se alinha ainda com outros fatores de vulnerabilidade (Silva & Lemos, 2024). De acordo com as autoras, as mulheres negras, além de terem sido as maiores impactadas pela pandemia de Covid-19, apresentam vulnerabilidades psíquicas, como constante necessidade de se provarem boas, persistente sentimento de avaliação e cobrança e maior necessidade de se protegerem do julgamento ou desvalorização através, por exemplo, de ideais de vestimentas. Assim, o significante da servidão aponta para a marca de um destino que acompanha as mulheres negras, de modo que essa relação trabalho-servidão se impõe de uma forma mais naturalizada sobre as ocupações mais desvalorizadas e relacionadas ao cuidado.

Conforme discutido, se, por um lado, esse trabalho é motivado pela expressão narcísica que se relaciona ao Ideal de Eu impositivo, por outro, as dificuldades organizacionais (baixa remuneração, ausência de plano de carreira, instabilidade, alta frequência de contato com o sofrimento alheio, prejuízo de horas de sono, lazer, baixo convívio com familiares, carga horária expressiva e alto nível de responsabilidade) trazem à tona a ambivalência. A ambivalência também aparece na relação de cuidado que retoma a ideia de servidão própria da constituição histórica e subjetiva que atravessa o corpo dessas mulheres (Segato, 2006).

A ambivalência é a presença simultânea de tendências, atitudes e sentimentos opostos que expressam um conflito defensivo de motivações que, embora incompatíveis, são simultâneas e indissociáveis (Laplanche & Pontalis, 2016). É possível inferir, a partir disso, a relevância desse fator nesse tipo de atividade profissional. Assim, o trabalho clínico perpassa por um espaço de reconhecimento do sofrimento relatado e de intervenções que apontam a ambivalência dos afetos e a compulsão à repetição, como a manutenção de atitudes no trabalho que expõem as profissionais à vulnerabilização, os sonhos repetitivos relacionados à imposição ao cuidado e a ausência de perspectiva de mudança da situação atual. O espaço de fala sobre esse sofrimento possibilita a construção de projetos de vida e a aposta em desejo criativo das profissionais.

AUSÊNCIA DE POLÍTICAS DE RECONHECIMENTO

“Relatou que acompanhou o pai em um procedimento de saúde e visitou uma amiga internada que suspeita estar com câncer, mas que se sentiu profundamente incomodada ao encontrar antigos colegas e não ser cumprimentada. Visitou o hospital que está em construção e se sentiu frustrada por não ser buscada por antigos colegas para uma inscrição conjunta para o trabalho. Falou ainda que essa sequência de acontecimentos provocou angústia, teve dificuldade para dormir, episódios de choro e ‘excesso de pensamentos’, à despeito do uso da medicação ansiolítica e antidepressiva.” (Ana Néri)

“Falou sobre os lutos recorrentes que enfrentou: do tio, em seguida da mãe e ainda, anteriormente, das perdas gestacionais de três filhos. O último deles ocorreu por falta de atenção médica. Trouxe

a frustração em relação ao ambiente de trabalho, por não ofertar o cuidado aos profissionais na mesma medida em que o cuidado é cobrado por parte desses mesmos profissionais.” (Ana Néri)

“Traz sobre a demissão, disse que não foi comunicada, que estava no serviço quando alguém comentou que havia saído no diário oficial. Não foi comunicado pela coordenação sobre a demissão, e até hoje não entraram em contato com ela. Ela quem contactou o RH e não recebeu o salário atrasado. Falou que se sentiu mais uma vez desrespeitada.” (Ivone Lara)

Essa categoria de análise se refere à demanda por reconhecimento expressa pelas profissionais de saúde e que é colocada como fator imprescindível na manutenção do sentido do trabalho. A falta de reconhecimento do serviço prestado, seja pela instituição de saúde, seja pela equipe de trabalho e/ou pelos usuários, relaciona-se com o aumento do sofrimento. O sofrimento advindo da ausência de reconhecimento se acentua ainda mais quando, em razão de demandas de saúde, essas profissionais se frustram diante da assistência recebida, avaliada como ausente ou precária.

Em outros estudos, o papel do reconhecimento profissional surge como determinante na relação de prazer ou de sofrimento nas atividades laborais, o que impacta na motivação para o trabalho (Glanzner et al., 2017). O reconhecimento profissional extrapola a questão da boa remuneração: engloba fatores como relacionamento confiável com a equipe, promoções, educação continuada, benefícios, segurança e boas condições de estrutura física e instrumentais nos locais de trabalho. Tais fatores podem ser alcançados através de gestão participativa, programas de sugestões, programas de benefícios opcionais e programas de carreira (Gomes, 2019). Essa discussão se alinha às noções de qualidade de vida e pode ser articulada com a satisfação e fadiga por compaixão vivenciadas por profissionais da saúde, mencionadas na introdução deste artigo (Stamm, 2010; Garzin et al., 2024).

A falta de reconhecimento se relaciona, ainda, com a sobrecarga de trabalho, outra característica do trabalho em saúde. A sobrecarga ocorre por excesso de carga horária, de atividades desempenhadas e por dispêndio emocional, que frustra o trabalhador ao abdicar do convívio familiar, do descanso e de horas de lazer e por não receber uma valorização compatível. Essa distância entre a doação ao trabalho e o reconhecimento pode ser um componente que impele esses mesmos trabalhadores a desempenhar uma dupla jornada em instituições de saúde distintas ou, ainda, em outros cargos profissionais, materializada na necessidade financeira.

Trazendo essa discussão para o campo psicanalítico, Dunker (2016) relembra que o sofrimento está presente em todas as nuances da hospitalização e que sempre responde ao *déficit* de reconhecimento, do ponto de vista de atores imaginários, do Outro simbólico ou de atos reais. Há patologias gerais do reconhecimento, desrespeito, ressentimento, solidão, apatia e experiência de vacuidade. Além de o sofrimento ser um paradigma do adoecimento, trata-se de uma experiência ligada ao narcisismo e exprime a articulação entre fantasias do sujeito, sentimentos sociais que regulam trocas simbólicas e a dialética do reconhecimento do desejo (demanda de ser reconhecido, trabalho de se fazer reconhecer e reconhecimento do desejo). O sofrimento possui uma função narrativa e pode assumir as formas de:

- 1) Alienação como perda ou extravio da alma, esvaziamento, solidão e apatia; 2) Ruptura de contrato e sentimento social de desrespeito ou indignação; 3) Objeto intrusivo, estrangeiro ou deficitariamente reconhecido; 4) Perda da unidade do espírito, anomia ou fracasso ou excesso de individualização da experiência (Dunker, 2016, p. 78).

O sofrimento das profissionais de saúde atendidas perpassa essas formas, porém, destaca-se a segunda que remonta à ruptura de contrato e sentimento social de desrespeito ou indignação em relação à instituição, ilustrada nos atendimentos pelos significantes “injustiça”, “desrespeito” e “frustração”. Esses sentimentos, associados à falha na expectativa, ferem o profissional de saúde que, algumas vezes, adota uma assistência defensiva, como proteger-se de vínculos, temer a transparência das ações e reagir impulsivamente a qualquer possibilidade de destrato. Muitas vezes, nessa assistência defensiva, o usuário e seu familiar são vistos como o objeto intrusivo que atrapalha seu trabalho.

Moretto (2019) corrobora isso no trabalho realizado junto aos profissionais de saúde sobre a falta de adesão ao cumprimento de protocolos de segurança ligados às práticas de Infecção Relacionadas à Assistência à Saúde (IRAS). As IRAS são preveníveis e têm práticas de prevenção altamente difundidas entre os profissionais. Apesar disso, é observado que medidas simples, como lavar as mãos, possuem baixa adesão por parte desses profissionais. Estes relacionam os motivos da dissociação entre conhecer a importância das medidas, saber fazê-las e, realmente, cumpri-las a problemas institucionais (alta demanda de trabalho, ausência de materiais adequados, inadequada distribuição das pias), dificuldades de ordem pessoal que são deslocadas para o trabalho (preguiça, indisciplina, descuido, desatenção, falta de agilidade nos procedimentos, falta de consciência sobre o próprio papel, arrogância, falta de empatia) e sentimentos pessoais pela instituição, como ressentimento e rancor. É nesse sentido que a autora aposta na construção do protagonismo dos profissionais e no aumento do valor qualitativo da relação destes com a instituição e com os pacientes como forma de disponibilização ao cuidado, atenção e acolhimento à singularidade por meio da construção de espaços de fala para esses profissionais.

Entre as profissionais atendidas, o sofrimento impacta na assistência quando se associa a problemas na comunicação. Elas referem dificuldades em dizer um não assertivo para as demandas de trabalho que ultrapassam as atribuições ou o horário de serviço e em estabelecer limites claros nas atividades laborais exercidas. Os mal-entendidos de comunicação abalam a relação entre profissional-profissional e profissional-usuários e podem repercutir em interpretações por parte dos usuários assistidos que contrastam com a imagem narcísica benevolente daquelas que ofertam a assistência. Assim, as insatisfações e reclamações de usuários sobre a assistência, conforme relatado nos grupos de conversação, são vistas como injustiça, descrevendo uma responsabilização fragilizada por parte desses profissionais. A responsabilização fragilizada também é percebida nos relatos sobre problemas na distribuição das atribuições, falta de disponibilidade dos colegas em atuar em harmonia com a assistência implicada no bem cuidar do paciente, disputa entre hierarquias profissionais e conflitos entre colegas, o que revela um clima organizacional de transferência de responsabilidades.

Interessante exemplificar que uma profissional, no decorrer dos atendimentos, precisou dos serviços do hospital em que trabalhava e, indignada, queixou-se do

ambiente da internação e com a assistência prestada pela instituição, parecendo conviver diariamente com o problema, sem se dar conta de sua existência. E não associa o problema à sua participação na equipe. As profissionais atendidas parecem sofrer de uma certa ambivalência entre a assistência que acreditam prestar e aquela que realmente chega ao paciente.

Como forma de compreender melhor o mecanismo envolvido nessas discussões apresentadas, traz-se o conceito de realidade psíquica que possui valor comparável à realidade material, mas é uma forma especial de existência da realidade, construída por fantasias apresentadas coerentemente e ligadas a processos inconscientes que se distinguem de acontecimentos reais (Freud, 1900/1996). Assim, é possível compreender que não só a sobrecarga, a exaustão e a possível fadiga por compaixão estão envolvidas nas negligências, absenteísmos e ocorrência de eventos adversos (Garzin et al., 2024), mas, também, o contraste entre a imagem narcísica dos profissionais, bastante ligada à benevolência, e a percepção dos usuários sobre a assistência prestada.

Essa divergência entre a imagem de si e a que o outro devolve é fonte de sofrimento, pois manifesta os conflitos psíquicos entre o ideal narcísico constituído desde a primeira infância e a culpa por não corresponder a esse ideal. Esse conflito desestabiliza o sujeito que, sem espaço para elaboração, para construção de outras imagens de si, pode vislumbrar o outro como intrusivo, inimigo, pois lhe devolve uma imagem estranha de si. A literatura de Machado de Assis (1896/1994) exemplifica esse conflito e o desfecho trágico ao retratar o personagem Procópio, tido como um homem calmo, discreto e paciente, contratado para ser enfermeiro de um idoso coronel chamado Felisberto, conhecido por ser ríspido. O coronel trata mal o profissional de saúde, com palavras e golpes, e este, um dia, esgana-o até a morte. O enfermeiro passa a conviver com o conflito entre a culpa pela morte, a desestabilização de sua imagem sóbria e o ganho secundário pela morte do coronel, já que foi considerado herdeiro da herança dele. A obra lança nossa reflexão sobre os conflitos subjetivos que pertencem ao íntimo de cada sujeito e determinam suas ações, que embora possam ser tomadas como algo imperativo trazido pelo outro intrusivo, correspondem a escolhas inconscientes (Freud, 1919/2019; Lacan 1950/2003).

Compreender essa responsabilidade tira o sujeito da culpabilização – sua e do outro – e pode promover saídas criativas para seus conflitos. Nesse sentido, concorda-se, aqui, com a importância de profissionais de saúde elaborarem seus próprios sentimentos para, assim, poderem colocá-los de lado, no momento da assistência, para melhor compreenderem seus pacientes e tornarem possível a construção de um vínculo em que se considere a singularidade e a autonomia do usuário, sem ferir a subjetividade deste (Souza et. al., 2020). A técnica será melhor exercida se houver afetividade e humanização no vínculo. Sem isto, o profissional atuará de maneira mecânica e protocolar.

DOR PSÍQUICA

“Após a sua histerectomia, ela continuou sentindo fortes dores, e foi orientado que ela fizesse alguns exames para investigação.”
(Ivone Lara)

“Sintomas físicos (dores na coluna e dificuldade de movimentação) e sintomas psicológicos (esquecimentos, depressão, ansiedade,

síndrome do pânico, insônia) por causas ocupacionais. Encaminhamento para acompanhamento psicológico feito por neurologista e psiquiatra.” (Ana Néri)

“A paciente relatou estar muito estressada e com queda excessiva de cabelo. Mencionou dores frequentes, especialmente no último final de semana, sem saber se estão relacionadas à endometriose. Realizará exames e que, semanalmente, enfrenta diferentes dores (garganta, pé, endometriose).” (Jaqueline Goes)

Essa categoria denominada como dor psíquica aglomera, como marcador, o sofrimento psíquico relatado pelas profissionais de saúde através de dores corporais de origem orgânica e do adoecimento psíquico que as lançam em uma demanda por cuidado em saúde mental e acompanhamento médico, que as colocam não mais em lugar de cuidadoras, mas como demandantes de cuidado. A dor surge como primeiro afeto trazido pelo sofrimento, em uma demonstração de angústia que entrelaça a história profissional com a história pessoal marcada, em cada caso, pelo abandono, opressão, violência e assédio.

Dessa forma, as vivências no trabalho parecem atualizar uma dor preexistente e, não raro, essa dor se cronifica. Entre as trabalhadoras hospitalares mais antigas, o trabalho costuma repercutir no corpo e até mesmo em distúrbios osteomusculares (Andrade et al., 2022). É nesse sentido que o atendimento realizado com a profissional Ana Néri, que possui a carreira mais longa entre as profissionais atendidas individualmente, torna-se exemplar de como a dor surge de forma marcada e cronificada no corpo em seus componentes orgânicos e psíquicos. A profissional relata dores e dormência pelo corpo e perdas de consciência, descritas como “apagões” que começaram a interferir na segurança de seu trabalho, o que gerou o afastamento laboral.

Para compreender a relação entre a dor corporal e a dor psíquica, recorre-se à noção de dor total elaborada por Nasio (2008) para explicar que, mesmo em uma dor de origem orgânica, é através da representação mental da lesão, que comove e transtorna o eu, que a dor é experienciada, o que impossibilita a cisão entre dor psíquica e dor orgânica/corporal. Seja a dor proveniente de uma perda de integridade corporal, perda de objeto amado ou de uma lesão corporal localizada no exterior, ela é sempre vivida psiquicamente como um sofrimento em que amor e dor estão relacionados. Um exemplo claro da falha nessa lógica binária da dor pode ser vista na fibromialgia, uma síndrome reumatológica caracterizada por dores musculoesqueléticas difusas e sem causa orgânica definida que envolve, entre suas manifestações clínicas, dores generalizantes, fadiga, insônia, rigidez muscular, rigidez matinal, ansiedade e depressão. Tais manifestações desafiam a lógica biomédica em termos de cura e tratamento e, ainda, apresenta como ponto determinante a prevalência sobre os corpos femininos (Dal Santo et al., 2024).

Ao recorrer à noção de adoecimento como paradigma do sofrimento e deste enquanto experiência ligada ao narcisismo que atravessa horizontalmente a clínica através de grandes estruturas defensivas, é possível compreender porque entre a maioria das profissionais ouvidas houve uma demora no reconhecimento do próprio sofrimento/dor/adoecimento. Este representa um abalo narcísico que evidencia a debilidade corporal e coloca o sujeito em contato com signos de mal-estar (Dunker, 2016). O adoecimento causa a perda de unidade de vida, satisfaz mais fortemente o

superego, marca o sujeito nas suas unidades simbólicas (familiar, laboral, conjugal e discursiva) e pode ser interpretado como punição ou maldição incontornável. Diante disso, retornamos ao caso de Ana Néri, os sofrimentos ocupacionais passam a remeter a situações traumáticas da sua história de vida e o trabalho clínico com ela exigiu revisitar essas situações e a resignificação de suas identificações.

Cabe, ainda, inspirando-se na investigação de Dal Santo et al. (2024), recuperar a dimensão cultural dos sintomas e a importância de se compreender os inúmeros marcadores sociais que transpassam os corpos (gênero, raça, sexualidade, deficiência) e associar a intensificação da dor e do sofrimento nas mulheres negras aos fatores como o impacto do desgaste emocional, a sensação de perda de controle, a necessidade de se buscar um ideal sobre o próprio corpo e alta capacidade de produtividade, do ideal de ser mulher, da cobrança exercida pelo outro e por elas mesmas, além da intensa disponibilização ao outro. Nesse sentido, avaliamos a dificuldade enfrentada por essas mulheres para solicitar suporte emocional para suas dores. Sair da posição de cuidar e da imposição de servir para serem cuidadas exigiu um movimento subjetivo de resignificar seu lugar na relação com o outro.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise dos diários de campo dos grupos de conversação e dos prontuários de atendimentos clínicos realizados com profissionais da saúde permitiu resgatar as concepções da categoria sobre a assistência realizada, sobre os fatores de sofrimento narrados por essas profissionais e compreender a implicação delas em um contexto em que falhas institucionais se manifestam, por vezes, de forma violenta. O entrelaçamento das histórias pessoais e atividades laborais intensifica a mobilização de desejos e sofrimentos. As vicissitudes aqui discutidas não são exclusivas do profissional de saúde, porém, neste profissional, ganham contornos diferentes, já que, conforme apontou-se, reverberam na assistência ao usuário e sua família, que também se encontram em situação vulnerabilizada. É preciso pensar em políticas públicas exclusivas para o trabalhador da saúde, que envolvam atenção às condições de trabalho e à saúde mental.

Houve baixa adesão dos profissionais à oferta dos espaços de escuta, além das resistências clínicas para se implicar em um dispositivo de fala. Diante disso, é possível que a insegurança trabalhista dentro dos serviços de saúde possa ter coagido os trabalhadores, já que alguns dos seus sofrimentos estão relacionados à gestão e ao ambiente laboral. Outra dificuldade se refere à literatura encontrada para fundamentar a discussão dos resultados obtidos. Embora exista literatura sobre o sofrimento psíquico dos profissionais de saúde, esta relaciona-se, geralmente, a categorias profissionais específicas e em serviços de saúde também especializados ou localizados. Essa constatação levou à reflexão sobre a abrangência proposta pelo estudo e também o seu diferencial: analisar os significantes trazidos pelos profissionais sobre suas práticas a partir da perspectiva psicanalítica e ressaltar que, para além do impacto das dificuldades organizacionais, é necessário se deter sobre o protagonismo desses profissionais através da sua responsabilização e implicação.

Lançar mão da Psicanálise se mostrou importante. Como instrumento de escuta nos atendimentos, propiciou às profissionais escutadas a liberdade associativa necessária para que pudessem usufruir de um espaço acolhedor a suas narrativas singulares de existência. Como instrumento teórico para análise dessas mesmas narrativas privilegiou o protagonismo dos profissionais enquanto sujeitos. Defende-se esses dispositivos

clínicos – individual e grupal – como forma de cuidado, porém, acredita-se que o dispositivo de grupo terá maior adesão se for construído pelos próprios profissionais, convocando-os para a construção coletiva de possíveis soluções para alguns dos sofrimentos partilhados.

CONTRIBUIÇÃO AUTORAL

Concepção do estudo: MDA; **coleta de dados:** CFF, RFN, MDA; **análise dos dados:** CFF, MDA; **redação do manuscrito:** CFF, RFN; **revisão crítica para conteúdo intelectual importante:** MDA.

AGRADECIMENTOS

Contribuições nas supervisões e nos dados para a pesquisa: Edilson de Jesus Santos, Ilma Edivane do Lavrador Freitas, Luiz Magno Campos, Matheus Felipe Camargo Alves, Mayara Dias Resende, Zaine Nisa Vieira.

REFERÊNCIAS

- Andrade, C. B., Monteiro, I., & Rodrigues, N. R. (2022). Trabalho de cuidado, gênero e violências: estudo com técnicos/as de enfermagem. *Cadernos Saúde Coletiva*, 30(1), 77–84. <https://doi.org/10.1590/1414-462x202230010247>.
- Assis, M. (1994). *O enfermeiro* (Obra completa, Vol. 2). Nova Aguilar. (Trabalho original publicado em 1896).
- Barletta, J. B., Paixão, A. L. R., Feitosa, E. P. S., Oliveira, K. S., & Santos, L. A. (2012). O prontuário psicológico como recurso para pesquisa e atuação: repensando a formação da competência profissional. *Revista Psicologia e Saúde*, 4(2), 135–142. Recuperado em 29 de setembro de 2025, de https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S2177-093X2012000200006&script=sci_arttext.
- Brasil. (1986). *Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências*. Recuperado em 02 de outubro de 2025, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm.
- Brasil. (1987). *Decreto n. 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem, e dá outras providências*. Recuperado em 02 de outubro de 2025, de http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1980-1989/d94406.htm.
- Bueno, M. L. S., Kessler, C. H., & Wiczorek, R. (2022). Psicanálise e linguística: intersecções e cortes. *Fractal: Revista de Psicologia*, 34, e6068. <https://doi.org/10.22409/1984-0292/2022/v34/6068>.
- Campos, C. J. G., & Turato, E. R. (2009). Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 17(2), 259–264. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692009000200019>.
- Coelho, D., & Cunha, E. L. (2021). Quatro condições para a pesquisa em psicanálise. *Psicologia USP*, 32, e190162. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190162>.
- Conselho Federal de Psicologia (BR). (2019). *Resolução n. 6, de 29 de março de 2019. Institui regras para a elaboração de documentos escritos produzidos pela(o) psicóloga(o) no exercício profissional e revoga a Resolução CFP n. 15/1996, a Resolução CFP n. 07/2003 e a Resolução CFP n. 04/2019*. Recuperado em 29 de setembro de 2025, de <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-6-2019-institui-regras-para-a-elaboracao-de-documentos-escritos-produzidos-pela-o-psicologa-o-no-exercicio-profissional-e-revoga-a-resolucao-cfp-no-15-1996-a-resolucao-cfp-no-07-2003-e-a-resolucao-cfp-no-04-2019?q=006/2019>.

- Cunha, L. H. C. S. (2017). Reconfigurações do narcisismo entre profissionais de saúde contemporâneos: o que o estudo psicanalítico sobre o Burnout tem a nos dizer sobre isso?. *Revista aSEPHallus de Orientação Lacaniana*, 12(24), 17–30. Recuperado em 29 de setembro de 2025, de http://www.isepol.com/asephallus/numero_24/pdf/3-reconfiguracoes_do_narcisismo_e_burnout.pdf.
- Dal Santo, A., Silva, R. R., & Santos, K. A. (2024). Dor e psicanálise: o que enuncia a fibromialgia sobre ser mulher?. *Revista Subjetividades*, 24(1), e13302. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v24i1.e13302>.
- Dunker, C. I. L. (2016). Para introduzir o conceito de sofrimento em psicanálise. In M. L. T. Moretto, M. Kamers, & H. H. Marcon (Orgs). *Desafios atuais das práticas em hospitais e nas instituições de saúde* (pp. 65-88). Escuta.
- Freud, S. (1996). *A interpretação dos sonhos II* (Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud, Vol. 5). Imago. (Trabalho original publicado em 1900).
- Freud, S. (2019). *O infamiliar* (Obras incompletas, Edição comemorativa bilíngue: 1919-2019, E. Chaves & P. Tavares, Trads., pp. 51-89). Autêntica. (Trabalho original publicado em 1919).
- Gambatto, R., Carli, F. C., Guarienti, R. F., Silva, A. L. P., & Prado, A. B. (2006). Mecanismos de defesa utilizados por profissionais de saúde no tratamento de câncer de mama. *Psicologia para América Latina*, (6). Recuperado em 29 de setembro de 2025, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200005&lng=pt&lng=pt.
- Garzin, A. C. A., Ferrari, C. M. M., Pereira, G. C., Duarte, K. O. R., Rodrigues, S. G., & Kowalski, I. S. G. (2024). Burnout, satisfação e fadiga por compaixão: relação com a qualidade assistencial e segurança do paciente. *O Mundo da Saúde*, 48, e15802023. <https://doi.org/10.15343/0104-7809.202448e15802023P>.
- Glanzner, C. H., Olschowsky, A., Pai, D. D., Tavares, J. P., & Hoffman, D. A. (2017). Avaliação de indicadores e vivências de prazer/sofrimento em equipes de saúde da família com o referencial da psicodinâmica do trabalho. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4), e2017–0098. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2017-0098>.
- Gomes, A. K. (2019). A importância do reconhecimento profissional para a motivação dos colaboradores. *Revista Hum@nae*, 13(1). Recuperado em 29 de setembro de 2025, de <https://revistas.esuda.edu.br/index.php/humanae/article/view/628>.
- Gonzalez, L. (1984). Racismo e sexismo na cultura brasileira. *Revista Ciências Sociais Hoje*, 2(1), 223–244.
- Horne, B. (2022). Encarnação. In B. Horne, & G. Jordan (Orgs.), *O campo uniano: o último ensino de Lacan e suas consequências* (pp. 53-74). Ares.
- Kripka, R., Scheller, M., & Bonotto, L. (2015). Pesquisa Documental: considerações sobre conceitos e características na Pesquisa Qualitativa. *Atas/IV CIAIQ 2015*, 243-247. Recuperado em 29 de setembro de 2025, de https://www.researchgate.net/publication/280924900_Pesquisa_Documental_consideracoes_sobre_conceitos_e_caracteristicas_na_Pesquisa_Qualitativa_Documentary_Research_consideration_of_concepts_and_features_on_Qualitative_Research.
- Lacan, J. (1953-1954) O Seminário: os escritos técnicos de Freud. (B. Milan, Trad., Lv. 1). Jorge Zahar.
- Lacan, J. (2003). *Outros escritos* (V. Ribeiro, Trad., Premissas a todo desenvolvimento possível da criminologia, pp. 127-131). Zahar Editora. (Trabalho original publicado em 1950).
- Lacan, L. (1964). O Seminário: os quatro conceitos fundamentais da psicanálise. (M. D. Magno, Trad., Lv. 11). Jorge Zahar.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. (2016). *Vocabulário de Psicanálise* (P. Tamen, Trad., 4a ed.). Martins Fontes.
- Lombardi, M. R., & Campos, V. P. (2018). A enfermagem no Brasil e os contornos de gênero, raça/cor e classe social na formação do campo profissional. *Revista da ABET*, 17(1), 28-46. <https://doi.org/10.22478/ufpb.1676-4439.2018v17n1.41162>.
- Ministério da Saúde (BR). (2012). *Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012*. Recuperado em 29 de setembro de 2025, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html.

- Ministério da Saúde (BR). (2016). *Resolução n. 510, de 7 de abril de 2016*. Recuperado em 29 de setembro de 2025, de https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2016/res0510_07_04_2016.html.
- Moretto, M. L. T. (2019). *Abordagem psicanalítica do sofrimento nas instituições de saúde*. Zagodoni.
- Nasio, J.-D. (2008). *A dor física: uma teoria psicanalítica da dor corporal*. Zahar.
- Oberziner, A. P. B., Nasato, A. M., Beck, V. C. B., Petters, G. F., & Gomes, L. B. (2024). Qualidade de vida profissional: compaixão em profissionais de uma unidade de terapia intensiva. *Revista da SBPH*, 27, e003. <https://doi.org/10.57167/rev-sbph.v27.534>.
- Oliveira, W. L., & Rodrigues, A. L. (2020). Sofrimento psíquico de profissionais de saúde do hospital. In E. M. P., Campos, A. P. O. Vilaça, B. S. P. Magalhães, & W. L. Oliveira (Coords.). *Psicologia da saúde hospitalar: abordagem psicossomática* (pp. 406-422). Manole.
- Pereira, D. R., & Sá, M. C. (2023). Abordagem de narrativas como método de pesquisa em saúde pública: aproximações conceituais e contribuições da psicanálise. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 43, e250670. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003250670>.
- Santos, R. P. O., Nunes, J. A., Dias, N. G., Lisboa, A. S., Antunes, V. H., Pereira, E. J., & Barbosa, S. N. (2023). Condições de trabalho na atenção primária à saúde na pandemia de covid-19: um panorama sobre Brasil e Portugal. *Ciência & Saúde Coletiva*, 28(10), 2979-2992. <https://doi.org/10.1590/1413-812320232810.10002023>.
- Scotti, S. (2012). Psicanálise: uma ética do desejo. *Revista de Psicologia*, 3(2), 56-60. Recuperado em 29 de setembro de 2025, de <http://www.periodicos.ufc.br/psicologiaufc/article/view/121>.
- Segato, R. L. (2006). *O Édipo brasileiro: a dupla negação de gênero e raça* (Vol. 400). Universidade de Brasília. Recuperado em 29 de setembro de 2025, de <http://www.dan2.unb.br/images/doc/Serie400empdf.pdf>.
- Silva, A. C. R., & Lemos, A. C. S. (2024). "Raça e saúde": mulheres negras profissionais de saúde no contexto da pandemia da Covid-19. *Saúde e Sociedade*, 33(3), e240356pt. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902024240356pt>.
- Souza, L., Hokama, P., & Hokama, N. (2020). A empatia como instrumento para a humanização na saúde: lições de um curso de especialização para a prática profissional. *Revista de Educação da Universidade Federal do Vale do São Francisco*, 10(21), 148-167. Recuperado em 29 de setembro de 2025, de <https://www.periodicos.univasf.edu.br/index.php/revasf/article/view/1064>.
- Stamm, B. (2010). The concise manual for the professional quality of life scale. Recuperado em 02 de outubro de 2025, <https://www.illinoisworknet.com/WIOA/Resources/Documents/The-Concise-ProQOL-Manual.pdf>.
- Tavares, B. R. M., Ramos, M. S., & Almeida, M. D. (2024). Os Lutos diários na oncologia: narrativa dos profissionais sobre suas elaborações. *Revista Subjetividades*, 24(2), e14380. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v24i2.e14380>.
- Torres, J. D. R. V., Cunha, F. O., Gonçalves, J. T. T., Torres, S. A. S., Barbosa, H. A., & Silva, C. S. O. (2018). Fatores associados à fadiga por compaixão em profissionais de saúde, no contexto hospitalar: uma revisão na literatura. *Temas em Saúde*, 18(3), 178-194. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10333879/>.

FICHA TÉCNICA

Editor-chefe: Marcus Vinícius Rezende Fagundes Netto

Editora assistente: Layla Raquel Silva Gomes

Editor associado: Angelo Márcio Valle da Costa

Secretaria editorial: Monica Marchese Swinerd

Coordenação editorial: Andrea Hespanha

Consultoria e assessoria: Oficina de Ideias