



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

**LAISLORRAYNE RODRIGUES FERREIRA DO
NASCIMENTO**

**CUIDANDO DE QUEM CUIDA: A SAÚDE PSÍQUICA
DOS TRABALHADORES DO PROGRAMA DE
INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

ARIQUEMES – RO

2017

**LAISLORRAYNE RODRIGUES FERREIRA DO
NASCIMENTO**

**CUIDANDO DE QUEM CUIDA: A SAÚDE PSÍQUICA
DOS TRABALHADORES DO PROGRAMA DE
INTERNAÇÃO DOMICILIAR**

Monografia apresentada ao curso de Graduação em Psicologia da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, como requisito parcial a obtenção do título de bacharelado em Psicologia.

Prof. Orientador: Dr. Roberson G. Casarin

ARIQUEMES- RO

2017

Laislorryne Rodrigues Ferreira do Nascimento

**CUIDANDO DE QUEM CUIDA: A SAÚDE PSÍQUICA DOS
TRABALHADORES DO PROGRAMA DE INTERNAÇÃO
DOMICILIAR**

Monografia apresentada ao curso de
graduação em Psicologia da Faculdade de
Educação e Meio Ambiente como requisito
parcial à obtenção do título de Bacharel.

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof. Orientador Dr. Roberson Geovani Casarin
Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA)

Prof^a. Luana Patrícia C. Cunha
Faculdade de Educação e Meio Ambiente (FAEMA)

Psicólogo Esp. Aleksandro Silva Nogueira.

Ariquemes, 16 de novembro de 2017.

A Deus, por ser minha fortaleza.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, pois nada seria sem a fé que possuo nele, agradeço por todas as bênçãos derramadas e sua bondade infinita para comigo, o seu sustento em todos os momentos desta caminhada, sem Ti ao meu lado a realização deste sonho não seria possível. Enfim, posso dizer: *Consagre ao Senhor tudo o que você faz, e os seus planos serão bem-sucedidos.* (Provérbios 16:3).

Quero aqui externar a minha eterna gratidão a minha mãe Sirley Rodrigues, que se fez presente em minha vida em todos os momentos, tanto no meu crescimento pessoal, quanto no profissional. Com toda certeza, você é meu exemplo de vida. Obrigada por abrir mão de tantas coisas nestes cinco anos, para que enfim chegasse este momento que tanto esperamos, hoje mãezinha nós podemos declarar: CONSEGUIMOS! Este diploma também é SEU. Obrigada por nunca me deixar fraquejar e por vibrar comigo a cada pequeno passo alcançado.

Ao meu pai, pelo apoio e paciência neste tempo de crescimento que ambos vivenciamos. Através da Ciência Psicológica, pude compreender aquilo que nos feriu por alguns anos. E hoje, posso declarar: Pai, obrigada por mesmo sem entender sobre esta profissão que escolhi seguir, você me apoiou e fez o possível para que este sonho torna-se realidade. A ti, a minha eterna admiração pelo homem e pai que és.

Aos meus irmãos, Tacyo, Laila e Eduardo por alegrarem os meus dias, principalmente aqueles mais difíceis e conseguirem arrancar de mim de forma inocente um sorriso que tanto precisava. O desejo do meu coração é que a história de vocês seja melhor que a minha. Contem sempre com a Lais de vocês.

A minha família, pela confiança e motivação desde o momento que decidir trilhar este caminho, hoje posso dizer que valeu à pena todos os aniversários, feriados, natais e outras datas comemorativas que passei longe de vocês em busca deste sonho profissional.

Ao meu esposo Guilherme F. do Nascimento, por todo amor, apoio, paciência, companheirismo dedicado a mim, neste tempo em que estamos juntos. Sem você ao meu lado, o significado deste sonho acadêmico não seria o mesmo. Agradeço por entender e suportar a minha ausência diária nestes cinco anos, e o seu incentivo incondicional para realização deste sonho que ao longo dos anos tornou-se *nosso*.

Obrigada por confiar em mim como pessoa e como profissional que estou me tornando, pelo crescimento que você enquanto pessoa me proporciona todos os dias. Você é um homem e um marido admirável, eu te amo.

Ao meu querido Professor Orientador. Dr. Roberson Geovani Casarin pela dedicação, apoio, motivação em todas as etapas deste trabalho, o qual percorreu diversos caminhos até chegar a este ponto. A minha gratidão a você por me proporcionar ao longo da carreira acadêmica um conhecimento científico e humanizado do âmbito Hospitalar. O seu amor por este local me ensinou a ama-lo também, além de admirar os profissionais que atuam diariamente para fornecer um serviço de qualidade para os usuários. Aqui, a explicação para a escolha deste tema. Obrigada pelo auxílio na realização do meu sonho profissional, você sempre será lembrado com muito carinho. A ti a minha grande admiração.

A minha gratidão a todos os professores que fizeram parte da minha história acadêmica, por me fazerem amar todos os dias esta ciência chamada Psicologia. Um agradecimento especial ao Profº Esp. Hanns-Muller M. Lopes e a Profª Luana Patrícia C. Cunha, por me proporcionarem vivenciar a Psicologia de uma maneira diferente daquela que estávamos acostumados a ver, conseqüentemente fazendo toda a diferença na minha graduação. Vocês me mostraram o melhor que a Psicologia pode oferecer a nossa sociedade, a Ênfase II que se tornou para nós mais que uma abordagem.

A minha amiga Mariana S. Correia de Toledo, que esteve junto a mim desde o primeiro dia de aula. Vivenciamos vários sufocos e situações, porém, nada nos fraquejou durante a busca do nosso sonho. Obrigada pela sua amizade e companheirismo dentro e fora da faculdade, pois nós sim formamos uma DUPLA. Você será para sempre a minha DUPLA. Desejo-te todo sucesso na sua vida profissional e pessoal. E que a nossa amizade, atravesse toda a distância que enfrentaremos ao findar o dia 06 de dezembro. A minha colega de Ênfase 2, Manu por fazer parte desta caminhada. Você é muito especial.

Aos locais de estágio por qual passei, que contribuíram imensamente para o meu crescimento profissional.

A minha banca examinadora por aceitar o meu convite. Obrigada!

A todos vocês a minha eterna admiração e gratidão. Enfim, consegui!

“A dor do outro não é minha dor, mas ela me dói”.

COPPE

RESUMO

O estudo teve como objetivo, avaliar a qualidade da saúde psíquica dos colaboradores que atuam na atenção domiciliar. Trata-se de uma produção bibliográfica. A partir desta análise, pretendeu-se conceituar a saúde do trabalhador em contexto domiciliar e suas implicações. Este estudo possibilitará o despertar dos colaboradores da saúde em geral, sobre o cuidado que devemos ter com a saúde mental do trabalhador de saúde, bem como que prejuízos isto pode acarretar na vida do sujeito. Conclui-se propondo a criação de plantões psicológicos, roda de conversa e um tempo de relaxamento mesmo que curto durante o período de trabalho para auxiliar este cuidador com as diferentes situações do exercício domiciliar.

Palavras Chaves: Saúde; Saúde Psíquica; Trabalhador da Saúde.

ABSTRACT

This study has the objective to evaluate the mental health quality of the collaborators that act on home care. It focus on bibliographic research. It sets off henceforth this analysis, pretends to conceptualize the workers health in homecare and its implications. This study will enable the health collaborators awakening in general, about the car that we must have with mental health of the health worker, also the injuries that it can entail to the subjects life. It has been concluded with the proposal of creation of psychological shifts, talk circles, and a relaxation time even if short during working time to help this caregiver with different situations of the homecare exercise.

Keywords: health, mental health, health worker

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária a Saúde
AD	Atenção Domiciliar
OMS	Organização Mundial de Saúde
PMC	Programa Melhor em Casa
SUS	Sistema Único de Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	13
3 METODOLOGIA.....	14
4 REVISÃO DE LITERATURA.....	15
4.1 CUIDADOR INFORMAL.....	15
4.2 CUIDADOR FORMAL.....	16
4.3 O QUE É SAÚDE.....	17
4.4 SAÚDE DO TRABALHADOR.....	19
4.5 ATENÇÃO DOMICILIAR.....	21
4.6 O TRABALHADOR NO CONTEXTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR.....	23
CONSIDERAÇÕES FINAIS	26
REFERÊNCIAS	28
ANEXOS.....	34

INTRODUÇÃO

Durante muito tempo voltou-se os olhares e medidas curativas em relação às doenças, quando o problema já estava inserido, pouco se falava em prevenção e promoção da saúde, ainda mais quando o contexto era sobre a saúde do profissional da saúde. Sendo muito corriqueiro formas de internações e hospitalizações, de tal modo que este profissional da saúde só estaria inserido neste contexto como mediador do processo saúde-doença. No decorrer dos anos, novas medidas de cuidado foram criando formas, e isso abrange não somente cuidados com o paciente, mas a necessidade de cuidado com a equipe (os profissionais da saúde).

E um grande ganho neste processo histórico da saúde aconteceu o Programa Melhor em Casa, instituído no ano de 2011, o qual se integra ao Programa SOS Emergências na Rede de Atenção e Urgências no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), através da Portaria ministerial nº 1.208 de 18 de junho de 2013.

O âmbito da atenção domiciliar é interpretado como uma nova modalidade de atenção nos serviços de saúde caracteriza-se pelos conjuntos de ações na promoção de saúde, tratamento e prevenção de doenças. O Programa Melhor em Casa tem por objetivo levar o atendimento médico ao domicílio para aqueles que possuem ou se encontram e estados que possuem tais necessidades: idosos, paciente crônicos sem agravamento, estados pós-cirúrgicos e na reabilitação motora do indivíduo. O serviço além de diminuir as filas nos serviços de emergência e urgência evita, longo e desnecessárias internações hospitalares.

As equipes que atuam neste serviço prioritariamente são formadas por: enfermeiros, técnicos em enfermagem, médicos, nutricionistas e fisioterapeutas. Em alguns casos são oferecidos serviços de outros profissionais como, terapeuta ocupacional, psicólogo, odontologia, fonoaudiólogo, psiquiatra, assistente social e farmacêutico compõe esta equipe. O funcionamento percorre durante a semana, sendo 60 horas semanais. Em alguns locais ocorrem os plantões durante os feriados e finais de semana. Na maioria dos casos de internação, a visita dos profissionais é realizada semanalmente, entretanto, as restrições são definidas

conforme o estado clínico de cada paciente.

O cuidador do sujeito ou/e familiar é um componente importante no processo de recuperação ou adaptação do paciente, este é quem facilita a interação entre quem está sendo cuidado e profissional de saúde. O profissional atuante neste serviço deve buscar desenvolver ações que amenizem o estresse tanto do paciente quanto do familiar, que acaba por fazer parte deste contexto, mesmo não estando acamado. O Programa Melhor em casa representa um avanço no serviço de atenção domiciliar fornecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Desta forma, este trabalho se justifica por tecer sobre um problema presente, mas com poucos olhares voltados para o mesmo. Assim, possui grande relevância por corroborar com mais um material e com apontamentos de possíveis medidas preventivas de saúde, e ainda contribuir de forma significativa para o meio acadêmico e social.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Avaliar a qualidade de saúde psíquica dos colaboradores que atuam no Programa de Internação Domiciliar.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

-Averiguar quais os fatores de satisfação dos profissionais de saúde em ser um colaborador que atua no Programa Melhor em Casa;

-Verificar os principais fatores de insatisfação ligada ao trabalho no âmbito de atenção domiciliar;

-Identificar como é composta a equipe que atua na atenção domiciliar.

3 METODOLOGIA

Foi realizada uma revisão da literatura nas principais bases virtuais de periódicos científicos relacionados ao tema - Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), SciELO e Pubmed até o ano de 2017, disponíveis nessas bases.

Na perspectiva de Gil (2010) a revisão bibliográfica é caracterizada pelos materiais já publicados, como revistas, artigos, dissertação, teses e outros.

Os termos de busca utilizados foram; Saúde; Saúde Psíquica e Trabalhador da saúde. Buscando-se o refinamento da busca, foi pesquisado ainda descritor como; Atenção Domiciliar e Programa de Internação Domiciliar associados aos termos de busca. O operador booleano "AND" foi utilizado para a interseção dos descritores e palavras-chave. Os resumos dos artigos identificados foram lidos e selecionados os que atendiam o objeto da pesquisa para análise.

Os critérios de inclusão considerados foram: artigos de revisão, dissertações e teses, nos idiomas português, inglês e espanhol, que abordassem a saúde psíquica do trabalhador de saúde e suas implicações no âmbito de atenção domiciliar.

Ao todo 33 materiais, entre artigo, dissertação e tese foram 23, 5 livros, e 5 materiais on-line, por se tratar de site como o da Organização Mundial da Saúde, Ministério da Saúde e Portarias.

Não foram delimitados os anos de publicação dos trabalhos, mas utilizou-se materiais dos últimos cinco anos para ter mais relevância à pesquisa, não que os materiais mais antigos não fossem necessários, tanto que foram mencionados. No entanto a busca procedeu entre o mês de abril ao mês de outubro de 2017.

E como critério de exclusão os materiais que não abordavam de forma significativa à temática.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1. CUIDADOR INFORMAL

Podemos considerar cuidador informal todo elemento da rede social do indivíduo como familiares, vizinhos ou amigos, que prestam cuidados regulares a uma pessoa de forma voluntária, sem formação (Pires, Teixeira, Ribeiro, Oliveira, 2016). Este nasce a partir da necessidade em auxiliar um doente que se encontra em situação domiciliar, exigindo do cuidador informal ajuda nas atividades do dia-a-dia, desde a alimentação até a própria higiene.

Rocha e Pacheco (2013) ainda definem dois tipos de cuidadores informais: cuidadores primários e os cuidadores secundários. O primeiro se destaca por ter maior responsabilidade no cuidado diário e o segundo são aqueles que não realizam as tarefas com regularidade, ou seja, somente quando é necessário. Alguns cuidadores informais, não recebem ou não possui apoio nenhum, o que pode originar uma sobrecarga mental, financeira e física.

Os principais motivos que levam um indivíduo a assumir este papel se relaciona com o dever, obrigação, compromisso conjugal, a reciprocidade e gratidão pela vida conjugal duradora (Ribeiro, 2016). A maioria dos cuidadores reside no mesmo lar que o doente, devido à facilidade para realizar o cuidado e principalmente pelo contexto de vulnerabilidade social em que grande parte se encontra. Souza et al.(2015, p.141) enfatiza:

“Os cuidadores queixam-se, muitas vezes, de sobrecarga e, frequentemente, de depressão, estresse e ansiedade. Deixam de lado, na maioria das vezes, a profissão, as atividades de lazer e o autocuidado, podendo levar a prejuízos na qualidade de vida e no cuidado prestado ao idoso”.

Visto o contexto em que este cuidador está inserido é preciso à inserção de profissionais, com o objetivo de passar informações ou/e conselhos, sobre a melhor maneira de lidar com certos comportamentos ou atitudes por parte do doente. Rocha e Pacheco (2013) ressalta que para ter sucesso nestas situações de *stress*,

dependerá das estratégias criadas pelo próprio cuidador em lidar com estas situações de forma saudável.

Assim, torna-se imprescindível, o apoio emocional com este tipo de cuidadores, criando programas específicos de apoio aos cuidadores informais. O cuidador informal é peça fundamental na promoção de qualidade de vida da pessoa que se encontra no quadro de internação domiciliar.

4.2. CUIDADOR FORMAL

A família do indivíduo na maioria das vezes não possui as condições necessárias para o cuidado e nem disponibilidade para prestar cuidados específicos ao sujeito. Assim recorre-se a instituição, que possui profissionais que fornece os serviços de atenção domiciliar. Ribeiro (2016) demonstra em seu estudo como surge o cuidador formal:

É neste contexto que surgem os cuidadores formais, aqueles que têm formação específica para tal, recebendo compensação financeira pelos serviços prestados ao doente ou idoso, podem ser cuidadores formais numa instituição ou mesmo no domicílio. Estes prestam ajuda na realização das atividades básicas diárias, tais como alimentação, higiene, mobilização, auxílio na medicação, acompanhamento nas consultas e não menos importante o acompanhamento diário, para que estes não passem o dia sozinho (p.05).

Este tipo de cuidado é integrado em grupo de profissionais qualificados, como: médicos, enfermeiros e auxiliares, os quais são designados por cuidadores formais, devido a sua preparação específica para desempenhar o seu papel. Pereira e Marques (2014) citado por Ribeiro (2016), ressaltam que para desempenhar este tipo de serviço com responsabilidade é necessário ter: ética, paciência, respeito, tolerância e a honestidade. Estas características são imprescindíveis para ser um bom profissional e conseqüentemente um bom cuidador formal.

Segundo Ribeiro (2016), o clima afetivo e o gosto em cuidar são características positivas deste profissional, por outro lado, pode-se destacar o descontentamento com os utentes, falta de preparação para desempenhar a função

e sobrecarga como pontos negativos. Assim é indispensável que se realizem programas de formação direcionados aos cuidadores formais, para que adquiram as competências, nas áreas com mais dificuldades, bem como estratégias para diminuir os níveis de cansaço psicológico e de ansiedade, contribuindo assim na melhoria para quem desempenha e quem recebe o serviço.

4.3. O QUE É SAÚDE

A saúde é uma das mais importantes dimensões a serem discutidas na sociedade, chegando a ser difícil concluir a sua conceituação, pelo fato de ser vasta esta modalidade de conceito. Na biografia da humanidade, conceituar saúde sempre constituiu em um objeto de estudo dos cientistas, dos governantes e dos filósofos, associados de alguma maneira às crenças, simbolismos e preceitos morais (ARAÚJO; BRITO; NOVAES; 2008, apud, MAIA 1999).

Somente a partir do século XIX, devido às descobertas científicas nos campos da Biologia e da Química - e repercussão da Medicina, que os fenômenos sociais, a industrialização e a percepção de que a saúde de uma população relaciona-se sim com as suas condições de vida. Pioneiramente o conceito formal de saúde foi estabelecido após a Segunda Guerra Mundial pela Organização Mundial de Saúde (OMS), órgão pertencente à Organização das Nações Unidas (ONU), postulando que: é “completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doença, é um direito humano. (BRASIL, 1946. p.2)”.

Assim entende-se que viver sem ou com saúde não é reduzido através de uma evidência orgânica, natural e objetiva, muito menos como uma condição de equilíbrio, mas se liga intimamente às características do contexto social em que está inserido este sujeito, e os significados que este confere ao seu processo de viver. Diferentemente do que muitos creem, pensam ou defendem o termo, não deve ser compreendido como um fenômeno abstrato e tão pouco como algo concreto. Este deve ser analisado como um fenômeno amplo, pois, envolve relações entre o modo de produzir, ser ou/e recriar a vida em sua multidimensionalidade. De acordo com Dalmolin et al. (2011)

É preciso questionar os discursos que privilegiam o conceito de saúde somente pela sua dimensão biológica, assegurando uma concepção fragmentada do ser humano, bem como o caráter impositivo e normativo dos modos de se intervir na realidade dos indivíduos e comunidades (p.390).

Estas discussões em torno do processo saúde-doença têm gerado uma percepção reducionista, em se pensar que a saúde significa apenas ausência de doença, ou seja, a saúde como sinônimo de evidências objetivas onde que temos a ideia de que o corpo/físico está ou não funcionando adequadamente.

Portanto a partir do exposto, é preciso além das análises objetivas, articulações com as diferentes categorias de saúde, a fim de analisar tanto aquilo que é estrutural, ou seja, fatores externos do entorno social, quanto as condições de vida, trabalho, questões ambientais, culturais e outras.

Assim sendo, acredita-se que os fundamentos mencionados acima, associados às transformações sociais ocorridas nos últimos anos, são aportes inegáveis para a elaboração de um novo conceito de saúde que abarque toda a complexidade da condição humana. Por isso, Araújo; Brito; Novaes, (2008, p.119), apud, Maia (1999, p. 15) enfatizam:

É cada vez mais evidente a necessidade de considerar o indivíduo não apenas como ser biológico complexo, mas também um ser essencialmente social, cujos valores são diversos, requerendo, na maioria das vezes, relações diferenciadas, sob a justa proteção do Estado e da sociedade. Dentre essas relações, cita-se a relação médico-paciente, sustentada nos três consagrados princípios bioéticos: autonomia, beneficência e justiça. Nesse contexto, sendo a saúde um direito universal do homem, não se deve consolidar nenhum conceito de saúde que não expresse os princípios retro mencionados.

Considerar-se o indivíduo como um todo, um ser psicossocial, cuja funcionalidade de forma positiva precisa e está correlacionado com o meio que em vive, ou seja, com o mundo externo, mas também com interno.

E conceituar saúde vai além, significando não só ausência de doença, mas o bem estar físico, psicológico e social. Pensando por este prisma vale fazer uma ressalva quanto a saúde do trabalhador, deste modo o próximo tópico tem o intuito de tecer sobre.

4.4. SAÚDE DO TRABALHADOR

Historicamente o processo de trabalho tem sido visto a partir das unidades de produção, não considerando assim os fatores determinantes para as condições de desgaste e adoecimento destes trabalhadores, os quais incluem os aspectos culturais e psicossociais. Patrício (1996. p.22) aponta que:

(...) os baixos salários, com as atuais condições de trabalho leva o trabalhador a multiplicar suas horas de trabalho em jornadas maiores ou/e trabalhos noturnos, conseqüentemente o trabalho no qual se busca permitir um viver saudável, proporcionando prazer e felicidade, consome diariamente as forças dos trabalhadores e causa ou apressa sua morte, através de doenças ocupacionais, através do estresse diário.

Os problemas ligados à profissão fazem parte do nosso cotidiano. Trazendo-nos preocupações pelos vários fenômenos, sejam nas suas características, evoluções, perspectivas, relação homem-sociedade e indivíduo enquanto objeto de trabalho. Quando exerce a sua atividade profissional o sujeito se envolve com muitas preocupações, como por exemplo, os riscos, as responsabilidades, condições de trabalho e os conflitos. O trabalhar envolve analogias, as quais resultam em satisfação ou/e sofrimento. O trabalho no âmbito da saúde merece uma atenção, pois, é um trabalho com o cuidado humano, trabalhar neste espaço implica relações entre profissionais e os usuários dos serviços. (OLIVEIRA, 2002).

De acordo com Damas; Munari; Siqueira (2004), O verbo cuidar está relacionado à atenção, cautela, vigilância, prevenção e zelo. O que representa uma atitude de preocupação e responsabilização devido ao envolvimento afetivo com o ser cuidado. No estudo de Boff (2005) trás um arranjo entre as relações e pessoas, no qual ele elucida: cuidar caracteriza ter intimidade, senti-las dentro, acolhê-las, respeita-las e dar-lhe sossego e repouso.

Os problemas ligados à profissão constituem atualmente uma preocupação dos trabalhadores em geral. De maneira que os agentes de *stress* no trabalho se tornou objeto cada vez maior de estudo. Tais agentes são os responsáveis pela satisfação dos trabalhadores. Podemos ver a necessidade de uma nova prática de cuidados, onde que se priorizam mudanças na maneira de ser e atuar, que proporcione aos profissionais de saúde caminhos que os possibilitem um conviver mais benéfico. Fortuna (2003), afirma:

Trabalhar na área da saúde afirma nosso modo de ser e de viver, nos reinaugura no instante em que nos coloca em contato com o modo de ser e de viver do outro: é que eles (os usuários) nos mostram pelas suas, as nossas dores (p. 19).

A relação entre trabalho, condições de trabalho e saúde tem sido estudada recentemente, destacando a avaliação de saúde do trabalhador de saúde e sua importância em todo o mundo. É crescente o reconhecimento de que as lesões, incapacidades e condições de trabalho precárias entre trabalhadores da saúde comprometem a qualidade de vida (TOMASI et al. , 2008).

Autores como, Dejours (1987), Patrício (1996) ; Ramos (1997) afirmam que o trabalho pode ser um desencadeador de saúde e doença, de bem estar e prazer, e até mesmo de desestruturação mental e loucura. Assim, destaca-se a necessidade de investimento e ações que busquem o cuidado com a saúde mental do trabalhador de saúde, objetivando uma política voltada para este contexto.

Da mesma forma que o trabalho pode ser fonte de prazer, também pode ser de sofrimento e isso Dejours (1987) explana de forma delineada em seus estudos. No entanto, quando este trabalho torna ponto gatilho de doença se faz necessário um olhar mais criterioso.

Para corroborar com esta colocação, Aguiar (2015) menciona a transformação de doenças do trabalhador para doenças do trabalho, representou um divisor de águas, onde passou a reconhecer o meio laboral como um fator de adoecimento, amenizando o encargo do trabalhador e responsabilizando o trabalho. Porém, se seguirmos somente esta linha de raciocínio pode tornar o processo de adoecimento impessoal, afastando o sujeito de sua particularidade e o inserindo em categorias e dados epidemiológicos.

Na concepção de Facchini et al., (2006) podemos perceber uma relativa escassez de investigações epidemiológicas abordando essa temática na força do trabalho em saúde, mas apesar dos poucos estudos, pode-se afirmar que os transtornos mentais que surgiram ao longo do tempo de serviço ou condições de trabalho em que estão inseridos, podem acarretar prejuízos na funcionalidade e qualidade de vida do sujeito.

Existe uma complexidade na inserção ocupacional dos trabalhadores de saúde, em seus diferentes contextos e modelos, de acordo com a atividade desempenhada por este sujeito que está exposto a diversas e diferentes cargas de

trabalhos que pode refletir diretamente aos padrões de adoecimento, bem como agravos de saúde. (FERRAZ et al., 2009).

Neste momento, é necessário um conhecimento técnico-científico, para a formulação das intervenções em saúde e segurança deste indivíduo. No processo de ação, há questões éticas fundamentais, uma vez que a ética no campo da saúde remete à ética de cuidar da vida, ou seja, do outro e de nós mesmos. O agir ético deve acompanhar o sujeito desde a sua formação acadêmica-profissional, demonstrando a importância de se ter um compromisso com a profissão e com o grupo que solicita os seus serviços. (BARRETO, 2004).

Em síntese, observa-se que a satisfação no trabalho não se refere apenas as circunstâncias como salário ou/e trabalho, mas, aos fatores como: o estado psicológico do sujeito, ambições de cada um, bem como os seus desejos. Assim o comportamento do sujeito no seu loco de trabalho, não se explica apenas por fatores pecuniários, envolve diferentes fatores, como: autoestima, realizações pessoais e profissionais, saúde psíquica e física, bem como sua segurança.

4.5. ATENÇÃO DOMICILIAR

Rezende (2017) em seus estudos a cerca da Saúde do Trabalhador concebe a Atenção Domiciliar (AD), como:

Um modelo de assistência à saúde, que se encontra disponível em alguns países e tem relação com a mudança demográfica e epidemiológica, devido aos custos crescentes da hospitalização, ao desenvolvimento tecnológico e aos processos de humanização da saúde e desospitalização. (p.20).

Em 2002, o Sistema Único de Saúde (SUS) regulamentou a implantação da AD, em todo país dentre eles destacamos o Programa Melhor em Casa (PMC), foco da pesquisa. No PMC é ofertado o ofício de AD e o trabalho é desempenhado por equipes multiprofissionais, com o foco na desospitalização. (PORTARIA Nº 145, 2001).

O PMC foi instituído em 2011, mas só saiu à portaria Nº 1.208, em 18 de junho, integrado ao programa SOS emergências na Rede de atenção as urgências no âmbito do SUS. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Esta modalidade caracteriza-se na atenção primária. Segundo Duarte e Diogo (2005, p.62), “a economia no custo com a assistência domiciliar pode chegar a um terço comparado ao custo da assistência hospitalar”.

Este subsídio ainda está em crescimento no Brasil, ele reduz os custos e atende a quesitos econômicos, diminuindo assim a possibilidade e o tempo de internações hospitalares, de exposição aos riscos de contaminação hospitalar, além de proporcionar o conforto junto aos seus familiares, sempre visando melhoria na qualidade de vida. Este é um impacto significativo para o PMC, pois além de reduzir custos e demanda nas internações o paciente tem uma melhor adesão ao tratamento e mantém os laços afetivos com seus familiares. A atenção domiciliar revela uma dinâmica em recorrente movimento, exigindo destes trabalhadores flexibilidade, criatividade e adaptações em diversas circunstâncias, Rezende (2017).

Segundo Dal Ben et al., neste exemplo de auxílio, o paciente é tratado como um “todo” considera-se todos os aspectos: físicos, emocionais, culturais, sociais bem como sua percepção diante da própria enfermidade. Além disso, o PMC oferta serviços com diversidade de ações e atitudes como: reabilitação, orientações diversas, humanização e outros. Esta modalidade tem por objetivo reabilitar o paciente físico e emocionalmente bem como tornar mínimo o sofrimento do paciente.

A assistência à saúde se dá pela internação domiciliária, em um modelo baseado no suporte de cuidados a um paciente transferido do serviço de internação hospitalar para a casa. O atendimento está voltado aos pacientes na maioria idosos, portadores de doenças crônicas, pré e pós cirúrgicos, que necessitam de cuidados paliativos e como extensão do tratamento hospitalar. Nesta proposta de assistência, os pacientes e suas famílias necessitam de acompanhamento contínuo, ou seja, diário e, às vezes, ininterrupto de 24, 12, 8 ou 6 horas de assistência de enfermagem (Dal Ben et al.,2004, 75).

O PMC permite a proximidade do paciente com o profissional que é seu cuidador, esta aproximação é vista de forma diferenciada e comparada com o vínculo familiar, devido ao cuidado e atenção diferenciada que este serviço fornece isto contribui significativamente para a adesão ao tratamento.

Brunello (2010) citado por Rezende (2017), afirma que o vínculo deve ser sempre extensivo aos cuidadores e familiares que são constituintes de parte do processo. A humanização no atendimento a este paciente reflete no íntimo do sujeito e o coloca frente aos seus sentimentos mais profundos e verdadeiros.

Rezende (2017) aponta que a dor e o sofrimento necessitam de prioridade na hierarquia do SUS, pois o cuidar significa afirmar o interesse e apoio pela condição

do outro e seu bem-estar. Assim o cuidado deve ser sempre prioridade. Normalmente os pacientes são visitados, no mínimo, uma vez por semana pelos profissionais da equipe do PMC.

Para Pesseni (2003) citado por Rezende (2017, p.58):

Quem cuida e se deixa tocar pelo sofrimento humano torna se um radar de alta sensibilidade se humaniza no processo e para além do conhecimento científico, tem a preciosa chance e o privilégio de crescer em sabedoria. Essa sabedoria nos coloca na rota da valorização e descoberta de que a vida não é um bem a ser privatizado, muito menos um problema a ser resolvido nos circuitos digitais e eletrônicos da informática, mas um dom, a ser vivido e partilhado solidariamente com os outros.

4.6. O TRABALHADOR NO CONTEXTO DE ATENÇÃO DOMICILIAR

Garla (2010) aponta, tem um conjunto de valores pelos quais vale lutar, para os colaboradores de AD trabalhar nesta área e exercer o seu serviço com diversidade, auxiliar nas necessidades individuais de cada paciente e família, isso ressignifica o sentido da palavra cuidado.

De acordo com o Ministério da Saúde (2004. p.1) “assistir no domicílio é cuidar da saúde da família com integralidade e dinamicidade, reconstruindo relações e significados”. Portanto, as interações e a vivência em diversos contextos domiciliares possibilitam ao profissional de saúde aprendizado, que na grande maioria dos casos só se encontra no atendimento domiciliar.

Ainda nos estudos de Rezende (2017), mesmo com o aprendizado fornecido pelo campo da AD, a inserção dos trabalhadores neste âmbito revela uma sobrecarga. Além, das condições precarizadas de trabalho, dividida em muitas vezes em jornadas duplas ou triplas de trabalho e salários insuficientes, chama atenção para o discurso dos trabalhadores ao se referirem ao impacto de trabalharem no PMC, em relação a sua própria saúde, expressões como: esgotamento, cobrança, desgaste, além de uma representação negativa da população sobre o próprio trabalhador aparecem no discurso dos mesmos.

Diante deste apontamento, vale pensar sobre as expectativas em relação à redução da jornada de trabalho, melhor retorno financeiro e o cuidado de si mesmo. O serviço em saúde demanda às vezes uma rotina sobrecarregada de tensão,

extensas jornadas, queixas constantes, ansiedade, morte de pacientes, entre outros, que podem ser consideradas como possíveis causas determinantes que levando o profissional a oferecer um mau atendimento ao usuário.

Ainda de acordo com autor citado no mesmo pensamento, o contexto do trabalhador de AD é apresentado de forma precarizada o que acaba por dificultar e causar transtornos no trabalho com o paciente, pois, existe a falta de materiais essenciais para a realização de procedimentos. (REZENDE, 2017).

A lacuna que há de materiais e recursos, em que o SUS não dá suporte, traz frustrações para este trabalhador o que reflete no seu desempenho profissional. Sem os materiais necessários, amplia-se a dificuldade em fornecer a prevenção e promoção na qualidade de vida do paciente atendido. A situação não gera transtornos apenas para os pacientes, mas para equipe da saúde também. (REZENDE, 2017).

O sofrimento está envolvido com o trabalho desde sua origem e o sofrimento apresentado pelos profissionais enquadra-se inerente à organização do trabalho. Estas condições de trabalho, ainda não são das piores, visto a situação do contexto de saúde pública no nosso país, porém, pode-se melhorar para favorecer as condições de prestação de serviço e qualidade de vida do receptor. (REZENDE, 2017).

(...) um diferencial dos trabalhadores a respeito do serviço prestado em atenção domiciliar é que, segundo os participantes do estudo, não é qualquer pessoa que tem perfil para encarar as demandas da equipe, dos pacientes e das famílias. Dito de outro modo: o profissional pode chegar ao PMC por diversos caminhos, mas sua continuidade depende do desenvolvimento desse perfil. Os trabalhadores citaram esse processo como uma “seleção natural” (REZENDE, 2017, p.94).

São várias as dimensões em que o profissional de saúde compromete-se: prevenir, cuidar, proteger, tratar, recuperar, promover, e o principal produzir saúde. Os desafios são vários para quem aceita enfrentar e lidar com a defesa da vida e com a garantia do direito à saúde. (BENEVIDES, PASSOS 2005; BRASIL 2006).

Na cartilha do Ministério da Saúde define o trabalhador em saúde como a pessoa que mais diretamente prestam cuidados, de maneira contínua e regular. Suas atribuições devem abranger o indivíduo, família, equipe e cuidador, democratizando saberes, poderes e responsabilidades. (BRASIL, 2004; LACERDA, 2010).

Partindo dessa concepção, nos faz pensar na sobrecarga advinda pelas inúmeras funções realizadas por este profissional. Nos profissionais que atuam na atenção primária da saúde (APS) é apresentando um alto nível de *stress* e exaustão, quando se encontram expostos a situações de risco físico, psicológico e social no trabalho. Estudos realizados internacionalmente constataam acontecimentos de enfermidades - entre 10% a 30% - como ansiedade, depressão, distúrbios cardiovasculares, imunológicos, psicossomáticos, uso abusivo de drogas, entre outros nestes profissionais. (FELIX; MACHADO; SOUSA, 2017; LEONELLI, 2013).

Há, claramente, uma carência de uma política nacional que se atente em considerar efetivamente a saúde dos trabalhadores em saúde, destacando que a citada exclusão afeta a qualidade do trabalho oferecido pelos profissionais, que pode passar de agente a doente, esta situação inclui perdas pessoais e ao próprio sistema de saúde brasileiro. (FELIX; MACHADO; SOUSA, 2017).

Os agentes estressores do âmbito de trabalho podem ocasionar reações de caráter físico, emocional e/ou mental no sujeito que resultam em demandas sobre o corpo do indivíduo. (SILVA, 2010; HOPPE, 2012).

Nos profissionais de saúde, quando se apresenta um nível elevado de estresse percebido, devido aos fatores organizacionais aumenta-se o risco para contração da síndrome de Burnout. (SILVA, 2010).

O cenário atual aponta que para um funcionamento de um bom atendimento em saúde, é imprescindível um equilíbrio para quem fornece o cuidado, ou seja, o cuidador precisa ser e sentir-se valorizado enquanto pessoa, bem como profissional. (MARTINS, 2002).

A desvalorização do profissional de saúde é uma problemática que demanda nossa atenção. Quanto à saúde do trabalhador não humanização possível, no entanto, foi criado em 2004 a Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão no Sistema Único de Saúde- Humaniza SUS. (BENEVIDES; PASSOS 2005; BRASIL, 2006).

A humanização nesta política é tida como um pilar inicial, visto que a valorização implica na tarefa de produzir e promover saúde, para usuários, trabalhadores e gestores, garantindo o acesso aos serviços de saúde, articulado aos avanços tecnológicos com o acolhimento, melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais. (BENEVIDES, PASSOS, 2005; BRASIL,

2006). É perceptível que as ações implantadas pelo governo, voltaram-se em torno do usuário, assim, todo o cuidado citado acima se volta para o cuidado do ser doente e esquecendo-se do cuidador, ficando em segundo plano a saúde do profissional de saúde.

Na perspectiva de Silveira (2009) os transtornos que acomete os trabalhadores de saúde, só tornam-se perceptíveis quando se encontram em um estágio avançado, geralmente em momentos críticos em que exige do profissional tomar decisões emergenciais. Acredita-se que os transtornos podem se manifestar através da alteração frequente de humor, alto nível de estresse, alcoolismo e desmotivação ao chegar para a jornada de trabalho. Visto o exposto, surge preocupação: até que ponto as condições e qualidade de trabalho oferecida ao profissional de saúde interferem no desempenho das atividades laborais?

Observa-se que o SUS é uma modalidade de valorização e humanização, mas, que necessita ser mais acolhedor ágil e resolutivo.

Benevides; Passos (2005); Brasil (2006) menciona sobre a necessidade de promover atividades de valorização e de cuidados aos trabalhadores da saúde; contemplando ações voltadas para a promoção da saúde e qualidade de vida; atenção à saúde no trabalho; dos profissionais na área de saúde.

Ao humanizar o cuidado voltado para a saúde deste trabalhador, é necessário: escuta atenta, reorganização dos processos de trabalho, criação de ouvidorias, melhoria das estruturas de serviço e “balcões de acolhimento”. (SILVA, 2010).

O cuidado é uma característica do ser humano. Sem este cuidado, o homem deixa de ser humano, se fragmenta, enfraquece, perde o sentido e falece. Ao longo da vida, se não houver isso, o sujeito acabará prejudicando a si mesmo e aquilo que está a sua volta. Para Boff (1999), o cuidado brota quando a existência de alguém adquire sentido para nós. Zelar por alguém só é possível, quando é sentido, experimentado e vivido, isto envolve respeitar o outro e a si mesmo, como ser humano e profissional.

O verdadeiro cuidado só ocorre de forma acolhedora e válida quando o cuidador evidencia, por ações e palavras. O cuidador sente-se envolvido afetivamente e ligado ao outro, e para este envolvimento acontecer é primordial um

preparo emocional do profissional, que conseqüentemente irá se expor e se colocar como ferramenta de trabalho. (BOFF, 1999).

Sugere-se que uma das ferramentas importantes para uma prática educativa em saúde é estimular princípios que oriente um olhar com mais precisão em busca de um viver saudável.

Promover saúde ao trabalhador implica em estabelecer relações acolhedoras e de cuidado entre os trabalhadores e usuários deste serviço, garantir os direitos de cidadão, diminuir os riscos à saúde e a vulnerabilidade às doenças e agravos, implica em uma organização e gestão do trabalho que respeite a singularidade destes produtores de saúde, reduzindo assim desigualdades no que tange ao direito a saúde.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao resumir os pontos cruciais do presente estudo, é considerável apresentar um novo olhar sobre o cuidado em que se deve ter com quem cuida, ou seja, o trabalhador inserido no contexto de atenção domiciliar. O trabalho prestado por estes profissionais é definido como integral e humanizado, visto que se observa o paciente como um todo.

O vínculo construído entre os usuários dos serviços e atuantes, além da gratidão pelo serviço ofertado são características do trabalho na atenção domiciliar, no qual compreendemos a magnificência do cuidador. O Programa Melhor em Casa e a Atenção domiciliar é apontado como símbolo de humanização na desospitalização do paciente, o qual é item positivo para os usuários dentro desta perspectiva de humanização e integralidade na atenção domiciliar.

As condições de trabalho sejam elas ligadas aos materiais para desempenhar o seu serviço ou remuneração se fazem presente nos impactos causados na saúde psíquica e física do trabalhador, no qual se percebeu necessidade de melhores condições de trabalho, pois, tais influenciam diretamente no exercício das atividades, gerando desprazer ao trabalhador de saúde.

À frente do exposto, percebeu-se a necessidade de voltar o nosso olhar aos trabalhadores a cerca da sua própria saúde, visto que a atividade desempenhada traz impacto na sua saúde e embora tenha pouca visibilidade à dor cotidiana é demonstrada, especialmente pela carência de espaços que dê chance a este cuidador dialogar sobre suas experiências. Aquele que se colocar no lugar do outro, desencadeia um olhar para si, mesmo que para isso ele tenha que confrontar o seus medos e inquietações.

Há precisão em criar um espaço voltado para este servidor, onde ele tenha a liberdade de reflexão sobre suas experiências, perdas e frustrações diárias. Estes são desafiados a situações insonháveis a todo instante e precisam estar preparados a criarem formas de cuidado com sua própria saúde. Este espaço possibilitará a ressignificação deste cuidado psíquico, além de táticas que visem à prevenção

e promoção de saúde dos trabalhadores no âmbito domiciliar, isto é essencial para o melhor desempenho profissional e pessoal do sujeito.

Dentro do contexto da ciência Psicológica, propõe-se a criação de plantões psicológicos, roda de conversa e um tempo de relaxamento mesmo que curto durante o período de trabalho para auxiliar este cuidador com as diferentes situações do exercício domiciliar. Já no campo Governamental, requeresse melhores condições de trabalho como: remuneração e garantia de insumos fundamentais para a prestação de serviço.

Conclui-se apontando a necessidade de mais estudos sobre o tema, no combate pelas melhores condições de trabalho e saúde destes servidores que se dispõem a cuidar do outro.

REFERÊNCIAS

AGUIAR, André Luiz Souza. O assédio moral e a precarização das relações de trabalho / André Luiz Souza Aguiar.- 2015. 296f. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/19001/1/Tese%20%20Andre%20Aguiar.pdf>. Acesso 3 jun, 2017.

BARRETO, Maurício L. O conhecimento científico e tecnológico como evidência para políticas e atividades regulatórias em saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 329-338, June 2004. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232004000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso 11 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232004000200010>.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na saúde: Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, v.9, n.17, p.389-406, mar/ago 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14>. Acesso 2 out, 2017.

BOFF, Leonardo. O cuidado essencial: princípio de um novo ethos. *Revista Inclusão Social*, p. 28-35. (2005). Disponível em: <http://revista.ibict.br/inclusao/article/view/1503/1689>. Acesso 3 abr, 2017.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano: compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes (1999).

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS. **Diário Oficial da União**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: documento base para gestores e trabalhadores do SUS*. 3ª edição. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 1.208, DE 18 DE JUNHO DE 2013. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1208_18_06_2013.html. Acesso 10set, 2017.

BRASIL. Organização Mundial da Saúde. Constituição: adotada pela Conferência Internacional de Saúde; 19 julho. 1946. Disponível em: <http://sinus.org.br/2014/wp-content/uploads/2013/11/OMS-Guia-Online.pdf>. Acesso 15 abri, 2017.

BRASIL. Portaria nº 145, de 31 de janeiro de 2001. Disponível em: http://www.anvisa.gov.br/anvisa/legis/portarias/145_01.htm. Acesso 5 ago, 2017.

DAL BEN, Luiza Watanabe. A PERCEPÇÃO DA RELAÇÃO SOFRIMENTO/PRAZER NO TRABALHO DE AUXILIARES ETÉCNICOS DE ENFERMAGEM EM INTERNAÇÃO DOMICILIÁRIA*.Cogitare Enfermagem. Disponível em: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/1718>. Acesso 3 set, 2017.

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al., SIGNIFICADOS DO CONCEITO DE SAÚDE NA PERSPECTIVA DE DOCENTES DA ÁREA DA SAÚDE. Esc Anna Nery (impr.)2011 abr -jun; 15 (2):389-394. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n2/v15n2a23>. Acesso 9 set, 2017.

DAMAS, Keyti Cristine Alves ; MURANI, Denize Bouttelet; SIQUEIRA, Karina Machado. CUIDANDO DO CUIDADOR: REFLEXÕES SOBRE O APRENDIZADO DESSA HABILIDADE. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em : https://www.fen.ufg.br/fen_revista/revista6_2/cuidador.html#meira. Acesso 5 mai, 2017.

DEJOURS, Christophe. **A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho**. 2ª. ed. São Paulo: Cortez (1987).

DUARTE, Yeda Aparecida de Oliveira; DIOGO, Maria José D'Elboux. **Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico**. São Paulo: Atheneu, 2005. 630p.

FACCHINI, Luiz Augusto et al. Desempenho do PSF no Sul e no Nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica da Atenção Básica à Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 669-681, Set. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S14138123200600030015&lng=en&nrm=iso. Acesso 11 Nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232006000300015>.

FELIX, Debora Brasileiro; MACHADO, Diego de Queiroz; SOUSA, Elaine Freitas de. Análise dos níveis de estresse no ambiente hospitalar: Um estudo com profissionais da área de enfermagem. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/ReCaPe/article/view/32749>. Acesso 3 mai, 2017.

FERRAZ, Eva Bessa da Silva et al. A SAÚDE DO TRABALHADOR DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA: revisão na literatura dos fatores de risco relacionados a doenças ocupacionais. Disponível em: <http://srvwebbib.univale.br/pergamum/tcc/Asaudedotrabalhadordaestrategiasaudedafamiliarevisaonaliteraturadosfatoresderiscorelacionadosadoencasocupacionais.pdf>. Acesso 3 mai, 2017.

FORTUNA, Cinira Magali. Cuidando de quem cuida: notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca-mutante para produção da vida. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, p. 197, 2003. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/icse/v9n17/v9n17a22.pdf>. Acesso 5 mai, 2017.

GIL, Antonio Carlos. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GARLA, Caroline Clapis. Perfil dos profissionais de ambulatório de saúde mental, suas práticas e opiniões sobre as políticas. Ribeirão Preto, 2010. Disponível em: <file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/Carolineclapisgarla.pdf>. Acesso 3 jun, 2017.

HOPPE, Tamiris Nervis. Estresse Ocupacional: Percepções de Colaboradores de Uma Instituição de Ensino Superior. Lajeado, 2012. Disponível em: <https://www.univates.br/bdu/bitstream/10737/407/1/Tamiris%20Hoppe.pdf>. Acesso 3 ago, 2017.

LACERDA, Maria Ribeiro. Cuidado domiciliar: em busca da autonomia do indivíduo e da família - na perspectiva da área pública. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 15, n. 5, p. 2621-2626, Aug. 2010 . Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232010000500036&lng=en&nrm=iso. Acesso ago, 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000500036>.

LEONELLI, Luiz Bernado. Estresse percebido em profissionais da atenção primária a saúde. São Paulo, 2013. Disponível em <http://repositorio.unifesp.br/bitstream/handle/11600/22623/Tese13805.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso 9 ago, 2017.

MAIA, Paulo Renato Duarte. A QUALIDADE DE VIDA DE UMA EQUIPE DE SAÚDE * NO ATENDIMENTO A PESSOAS COM AIDS Resignificando a Subjetividade nas Interações. Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, Mai. 1999. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/80690/143427.pdf?sequence=1&isAllowed>. Acesso 22 ago, 2017.

MARTINS, Soraya Rodrigues. A Histeria e os DORTs: expressões do sofrimento psíquico de uma época. Dissertação [Mestrado] Programa de Pós-

graduação em Psicologia Universidade Federal de Santa Catarina, UFSC, Florianópolis, 2002.184p.

OLIVEIRA, Ana Maria Soares de. **RELAÇÃO HOMEM/NATUREZA NO MODO DE PRODUÇÃO CAPITALISTA.** Disponível em: file:///C:/Users/Usu%C3%A1rio/Downloads/793-2225-1-PB.pdf. Acesso 11 ago, 2017.

PATRÍCIO, Zuleica Maria. **Ser saudável na felicidade-prazer: uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico.** Florianópolis: Universitária, (1996). 153 páginas.

PIRES, Cátia L; TEIXEIRA, Laetitia; RIBEIRO, Oscar; OLIVEIRA, Susana. **Custo dos Cuidados Informais a Pessoas Idosas da região Norte de Portugal: aplicação do Método do Bem Substituto.** Portugal, 2016. Disponível em <<http://actasdegerontologia.pt/index.php/Gerontologia/article/view/60/57>> Acesso 26nov, 2017.

RAMOS, Flávia Regina. Souza. **Obra e manifesto: o desafio estético do trabalhador de saúde.** Revista Brasileira Enfermagem. Brasília, (1997). Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/76370>. Acesso 8 ago, 2017.

RIBEIRO, Paula Alexandra Teixeira. **Estudo sobre a Qualidade de Vida em cuidadores formais e informais de idosos e o efeito da estimulação cognitiva em idosos com demência.** Vila Real, 2016. Disponível em <<http://repositorio.utad.pt/handle/10348/7243>> Acesso 1dez, 2017.

REZENDE, Laura Cristina Silva, 1988- **Saúde do Trabalhador: um estudo com profissionais que lidam com o sofrimento do outro na atenção domiciliar / Laura Cristina Silva Rezende.-2017. 177 f. Disponível em:**

<https://repositorio.ufu.br/bitstream/123456789/18789/1/SaudeTrabalhadorEstudo.pdf>. Acesso 3 ago, 2017.

ROCHA, Bruno Miguel Parrinha; PACHECO, José Eusébio Palma. **Idoso em situação de dependência: estresse e coping do cuidador informal**. Portugal, 2013. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002013000100009&script=sci_abstract&tlng=pt> Acesso 3dez, 2017.

SILVA, Juliana Fernandes da Costa. Estresse Ocupacional e suas Principais Causas e Consequências. Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: http://www.avm.edu.br/docpdf/monografias_publicadas/k213171.pdf. Acesso 2 jun, 2017.

SILVEIRA, Andréa Maria. Saúde do Trabalhador. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina. Belo Horizonte: (Nescon /UFMG), 2009. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1771.pdf>. Acesso 5 jun, 2017.

SOUZA, Lidiane Ribeiro. **Sobrecarga no cuidado, estresse e impacto na qualidade de vida de cuidadores domiciliares assistidos na atenção básica**. Rio de Janeiro, 2015. Disponível em <www.researchgate.net/publication/281350278_Sobrecarga_no_cuidado_estresse_e_impacto_na_qualidade_de_vida_de_cuidadores_domiciliares_assistidos_na_atencao_basica> Acesso 26nov, 2017.

TOMASI, Elaine et al. Perfil sócio-demográfico e epidemiológico dos trabalhadores da atenção básica à saúde nas regiões Sul e Nordeste do Brasil. Cad. Saúde Pública [online]. 2008, vol.24, suppl.1, pp.s193-s201. ISSN 1678-4464. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001300023>. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2008001300023&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso 5 jun, 2017.

ANEXOS

16/ 11/ 2017

Currículo Lattes

[Imprimir currículo](#)**Laislorrayne Rodrigues Ferreira**

Endereço para acessar este
CV:<http://lattes.cnpq.br/6858970703822289>

Última atualização do currículo em 16/11/2017

Resumo informado pelo
autor

(Texto gerado automaticamente pelo Sistema
Lattes)

Dados pessoais

Nome Laislorrayne Rodrigues Ferreira
Nascimento 10/11/1995 - Brasil
CPF 025.690.332-86

Formação acadêmica/titulação

- 2013** Graduação em Psicologia.
Faculdade de Educação e Meio Ambiente, FAEMA, Ariquemes, Brasil
- 2010 - 2012** Ensino Médio (2o grau) .
E.E.E.F.M. Bartolomeu Lourenço de Gusmão , B.L.G, Brasil, Ano de obtenção: 2012

Página gerada pelo sistema Currículo Lattes em 16/11/2017 às 11:02:14.