



Universidade Federal do Rio de Janeiro
Centro de Filosofia e Ciências Humanas
Instituto de Psicologia
Programa de Pós-Graduação em Psicologia

Profissionais de saúde da assistência domiciliar:
Stress, estressores e estratégias de coping

Tama Souza Santos

Rio de Janeiro
2007

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

TAMA SOUZA SANTOS

Profissionais de saúde da assistência domiciliar:
Stress, estressores e estratégias de coping

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Prof.^a Lucia Emmanoel Novaes Malagris

Rio de Janeiro
2007

FICHA CATALOGRÁFICA

S237

Santos, Tama Souza

Profissionais de saúde da assistência domiciliar: Stress, estressores e estratégias de coping / Tama Souza Santos – Rio de Janeiro: UFRJ / IP, 2007.
xii, 112 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2007.

Orientadora: Lucia Emmanoel Novaes Malagris

1. Estresse. 2. Estressores. 3. Estratégias de enfrentamento. 4. Assistência domiciliar. I. Malagris, Lucia Emmanoel Novaes (Orient.). II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia. Programa de Pós-graduação em Psicologia. IV. Título.

CDD 158.72

TAMA SOUZA SANTOS

Profissionais de saúde da assistência domiciliar:
Stress, estressores e estratégias de coping

BANCA EXAMINADORA

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lucia Emmanoel Novaes Malagris
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Neide Aparecida Micelli Domingos
Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

Prof. Dr. Bernard Pimentel Rangé
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Suplentes:

Prof.^a Dr.^a Paula Rui Ventura
Universidade Federal do Rio de Janeiro

Prof.^a Dr.^a Eliane Mary de Oliveira Falcone
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro, 21 de dezembro de 2007.

DEDICATÓRIA

“Para que o domicílio seja espaço de produção de um lugar do novo e do acontecer em aberto e experimental, é preciso construir um campo de proteção para quem tem que inventar coisas não pensadas e não resolvidas; para quem tem que construir suas caixas de ferramentas, muitas vezes em ato; para quem, sendo cuidador, deve ser cuidado”.

(Merhy e Feuerwerker, 2007)

Dedico este estudo a todos os profissionais de saúde da assistência domiciliar que se doam no dia-a-dia do seu trabalho.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da Vida.

Ao Rodrigo, meu marido, pelo seu companheirismo e sua dedicação comigo.

À professora Lucia Novaes, pela atenção, pelo acompanhamento dedicado e pela sabedoria colocada em comum.

À Liliane de Carvalho, minha companheira de jornada, pela cumplicidade.

Aos profissionais de saúde da assistência domiciliar pela disponibilidade e oportunidade de crescimento.

Ao Walter Mendes pela acolhida.

Aos professores Neide Domingos, Bernard Rangé, Marilda Lipp e Mauricio Tamayo pela preciosa partilha dos seus saberes.

Aos meus pais pelo apoio e incentivo.

Aos meus familiares e amigos pelo interesse.

RESUMO

A assistência domiciliar consiste no conjunto de atividades prestadas no domicílio a pessoas clinicamente estáveis que exijam intensidade de cuidados acima das modalidades ambulatoriais, mas que possam ser mantidas em casa, por equipe interprofissional. Esta política de saúde visa otimizar o uso dos leitos hospitalares e os custos da atenção, além de focar o atendimento humanizado. Portanto, ela tem se destacado porque supre necessidades vigentes no sistema de saúde. Um dos pilares para o êxito do trabalho em assistência domiciliar é a saúde, física e emocional, dos profissionais envolvidos. Sendo assim, este estudo teve como objetivo investigar a presença de *stress*, estressores ocupacionais e estratégias de *coping* no trabalho de profissionais de saúde que atuam em assistência domiciliar, na rede pública, na cidade do Rio de Janeiro. Para tanto, foi solicitado a uma amostra de 89 profissionais (79% da população) o preenchimento de um Questionário Informativo, do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, do Questionário de Estressores Ocupacionais, elaborado pela pesquisadora, e da Escala de *Coping* Ocupacional. Os resultados revelaram que 71% dos participantes estavam estressados. Dentre eles, 89% encontravam-se na fase de resistência e 11% estavam na fase de quase exaustão. Dezenove por cento manifestavam o *stress* através de sintomas físicos e psicológicos nas mesmas proporções, enquanto que 24% tinham a prevalência de sintomas físicos, e 57% sentiam mais os sintomas psicológicos. Os estressores ocupacionais mais presentes foram atuar em áreas de alto risco de violência urbana (98%), não adesão do cuidador às orientações dadas pela equipe (80%) e ter inconveniências quanto ao deslocamento (77%). No que se refere ao estressor ocupacional considerado como o mais intenso por cada participante, encontrou-se atuar em áreas de alto risco de violência urbana como o mais frequentemente apontado (45%). Quanto às estratégias de *coping* , aquelas do tipo controle mostraram-se como as predominantemente usadas (94%) pelos profissionais de saúde do estudo em sua atuação profissional, em detrimento das estratégias do tipo esquiva (5%) e do tipo manejo (1%). Por terem de se locomover até o domicílio do paciente para o atendimento, compreende-se que as inconveniências no deslocamento constituem um estressor ocupacional perturbador para esta categoria, especialmente por se tratar de uma cidade com problemas de trânsito diários. A isso se soma o fato de terem que transitar em áreas de risco de violência, experimentando, muitas vezes, a sensação de ameaça à sua integridade física. Tais fatos geram um constante estado de alerta que pode estar contribuindo para o *stress* crônico que a maioria dos profissionais está apresentando. Importante também para o *stress* desses profissionais, é o fato do êxito da assistência depender, grande parte do tempo, da atuação dos cuidadores que nem sempre aderem às orientações dadas pela equipe de saúde. No entanto, os prejuízos desses profissionais poderiam ser ainda mais intensos, se não utilizassem estratégias de *coping* do tipo controle. Esse tipo de estratégia ajuda os profissionais a enfrentar os problemas do trabalho, no entanto, sugere-se o desenvolvimento também de um repertório de estratégias de *coping* do tipo manejo. Estas últimas podem incluir no dia-a-dia deles atividades para melhorar a qualidade de vida, reduzindo sua vulnerabilidade ao *stress* . Sugere-se que seja feito um trabalho de orientação com esses profissionais sobre o *stress* e suas conseqüências, de modo que eles sejam ajudados a lidar com os eventos estressantes de forma mais efetiva. Importante também se mostra o investimento por parte das instituições envolvidas para amenizar os estressores ocupacionais específicos desse tipo de trabalho.

Palavras-chave: assistência domiciliar, *stress* , estressores, estratégias de *coping*

ABSTRACT

Home care consists in the conjunct of activities done at home to clinically stable persons that demand intensive care beyond ambulatory modalities, but that can be kept home, with an inter-professional team. This health policy aim to optimize the use of hospital's beds and the attention costs, besides to focus in a humanity care. So, it has been distinguished because it supplies the actual needs of health system. One of the pillars to the success of home care is the physical and emotional health of the professionals involved. Thus, the objective of this study is to investigate the presence of stress, occupational stressors and coping strategies in professionals who work in home care of the public health system in the city of Rio de Janeiro. For this, it was requested to eighty-nine professionals (79% of the population) to fill out an Informative Questionnaire, the Lipp Stress Symptom Inventory for Adults, the Questionnaire for Occupational Stressors, drawn up by the researcher, and the Occupational Coping Scale. The results show that 71% of the participants were stressed. Among them, 89% were in the resistance phase and 11% were in the almost-exhaustion phase. Nineteen percent expressed their stress through physical and psychological symptoms in the same proportion, while 24% had prevalence of physical symptoms and 57% of psychological symptoms. The most prevalent occupational stressors were acting on high risk of urban violence areas (98%), caretaker non-adherence to the team instructions (80%) and having problems with dislocation (77%). In regard to occupational stressors considered the most intense for each participant, it was found acting on high risk of urban violence areas as the most frequently mentioned (45%). As for the coping strategies, those of control type revealed to be the most used (94%) by health professionals in their professional acting, in detriment of escape type of strategies (5%) and the symptom management type (1%). Due the need to go to the patient's house to attend, it's comprehensible that dislocation inconveniences may constitute a disturbing occupational stressor for this professional class, especially in a city with daily traffic problems. In addition to this, there's the need to pass through high risk of violence areas, experiencing, many times, the feeling of threatening to its own physical integrity. Such facts produce a persistent state of alert that may contribute to the chronic stress that most professionals are presenting. It's also an important factor to these professionals' stress that most of their assistance's outcomes depend, most of the time, to the caretaker acting, who not always stick to the orientations given by health team. However, the damage to these professionals could be worse if they didn't use control type coping strategies. This kind of strategy helps the professionals to deal with work problems, however, it suggest the development of symptom management coping strategies, as well. These may include in their everyday life, activities to improve their life's quality, reducing their vulnerability to stress. It's also suggested the need of orientation work about stress and its consequences with these professionals, so that they are helped to deal with stressful events in a most effective way. It's also very important the investment by the institutions involved to ease the specifics occupational stressors for this type of job.

Key words: home care, stress, stressors, coping strategies

LISTA DE FIGURAS

| | |
|---|----|
| Figura 1: A relação entre as fases do <i>stress</i> e os níveis de produtividade (Lipp, 2004a, p.22)..... | 32 |
| Figura 2: Distribuição de profissionais por faixa de renda..... | 52 |
| Figura 3: Distribuição dos profissionais por tempo de exercício da profissão..... | 53 |
| Figura 4: Distribuição dos profissionais por tempo de atuação em saúde pública..... | 53 |
| Figura 5: <i>Stress</i> nos profissionais segundo o gênero ($p < 0.05$)..... | 63 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1: Objetivos e benefícios da assistência domiciliar..... | 3 |
| Tabela 2: Programas de Assistência Domiciliar do SUS – Rio de Janeiro - participantes da pesquisa..... | 43 |
| Tabela 3: Profissionais por Programa de Assistência Domiciliar..... | 44 |
| Tabela 4: Dados do Questionário Informativo..... | 50 |
| Tabela 5: Apuração da votação dos estressores ocupacionais em ordem decrescente..... | 57 |
| Tabela 6: Frequência de votos dos estressores apontados como “mais intenso”..... | 58 |
| Tabela 7: Estressores dos estressados em ordem decrescente..... | 59 |
| Tabela 8: Estressores dos não estressados em ordem decrescente..... | 60 |
| Tabela 9: Estressores dos estressados e dos não estressados de acordo com a intensidade..... | 61 |
| Tabela 10: <i>Stress</i> nos profissionais segundo o gênero..... | 62 |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1. APRESENTAÇÃO..... | 1 |
| 2. INTRODUÇÃO | 3 |
| 2.1. Objetivos | 6 |
| 2.2. Hipóteses | 6 |
| 3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE | 7 |
| 4. A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR..... | 12 |
| 4.1. Aspectos conceituais | 12 |
| 4.2. Histórico | 14 |
| 4.2.1. A assistência domiciliar nos Estados Unidos: os pioneiros | 14 |
| 4.2.2. Trajetória da assistência domiciliar brasileira | 15 |
| 4.3. Fatores determinantes no desenvolvimento da assistência domiciliar | 18 |
| 5. STRESS | 21 |
| 6. ESTRESSORES | 25 |
| 7. ESTRATÉGIAS DE COPING..... | 27 |
| 8. RELAÇÕES ENTRE STRESS, ESTRESSORES E ESTRATÉGIAS DE COPING NO TRABALHO | 30 |
| 8.1. <i>Stress</i> e trabalho | 30 |
| 8.2. Estressores ocupacionais | 33 |
| 8.3. <i>Stress</i> em profissionais de saúde | 34 |
| 8.4. Estressores ocupacionais na Assistência Domiciliar | 38 |
| 8.5. Estratégias de <i>coping</i> no trabalho | 39 |
| 9. METODOLOGIA | 43 |
| 9.1. Participantes | 43 |
| 9.2. Locais | 44 |
| 9.3. Instrumentos | 45 |
| 9.4. Procedimentos | 47 |
| 9.5. Análise dos dados | 48 |
| 10. RESULTADOS..... | 49 |
| 10.1. Questionário Informativo – QI | 49 |
| 10.2. Inventário de Sintomas de <i>Stress</i> para Adultos de Lipp – ISSL | 54 |
| 10.3. Questionário de Estressores Ocupacionais – QUESTO | 55 |
| 10.4. Escala de <i>Coping</i> Ocupacional – ECO | 61 |
| 10.5. Relações entre as variáveis dos instrumentos | 62 |
| 11. DISCUSSÃO | 64 |

| | |
|---|-----------|
| 12. LIMITAÇÕES DO ESTUDO | 74 |
| 13. CONCLUSÃO | 76 |
| REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 77 |
| ANEXOS | 88 |

1. APRESENTAÇÃO

No primeiro período letivo de 2005 da Universidade Federal do Rio de Janeiro, freqüentei como aluna ouvinte a disciplina de graduação, ministrada pela professora Lucia Novaes, e intitulada Tópicos Especiais em Psicologia da Personalidade E, cujo tema era a Psicologia da Saúde, com enfoque na abordagem Cognitivo-Comportamental. Esta oportunidade fez crescer um interesse que existia em mim em relação à Psicologia da Saúde. Em virtude disso, acompanhei como voluntária durante um ano (maio de 2005 a maio de 2006) o recente estágio na área, promovido pela professora Lucia Novaes, inicialmente no Centro Municipal de Saúde João Barros Barreto, em Copacabana - RJ, e posteriormente na Divisão de Psicologia Aplicada da UFRJ.

Assim, com um interesse cada vez mais aguçado pela inserção da Psicologia na saúde, soube do I Curso de Aperfeiçoamento em Assistência Domiciliar Interdisciplinar, oferecido pelo Instituto Fernandes Figueira, e me interessei por fazê-lo. Nesta ocasião, houve uma aula sobre modelos de assistência domiciliar existentes nas áreas pública e privada. Quatro instituições partilharam suas experiências: o Hospital Municipal Paulino Werneck, o Hospital Estadual Getúlio Vargas, o Instituto Nacional de Câncer e a MedLar. Nessa troca de experiências, uma questão em particular chamou a minha atenção. Os profissionais ali presentes relataram que o tipo de serviço que prestavam – domiciliar – os levava a ter uma maior aproximação e vínculo com o paciente em relação ao trabalho realizado no hospital. Afinal, o contato é maior com a família do paciente e com a sua realidade social, por exemplo. Ao mesmo tempo em que este é um caminho para a humanização, tão incentivada a ser buscada hoje, tinha-se um custo: por estar mais íntimo do paciente o profissional de saúde sentia profundamente os eventos implicados nessa relação.

O discurso dos profissionais de saúde que trabalham na assistência domiciliar do Sistema Único de Saúde (SUS) revela que além de eles estarem expostos a dificuldades gerais da saúde pública no Brasil (como o sucateamento da mesma), enfrentam situações estressantes específicas do seu tipo de trabalho, conforme mencionado anteriormente. A partir deste cenário, fiquei instigada a pesquisar cientificamente que estressores ocupacionais estão envolvidos no trabalho de assistência domiciliar na rede pública de saúde. Além disso, é importante conhecer também quão estressados estão esses profissionais e quais recursos de enfrentamento do *stress*, aqui chamados de estratégias de *coping*, eles desenvolveram ou não.

2. INTRODUÇÃO

A assistência domiciliar revela-se como uma modalidade de atenção à saúde que supre necessidades atualíssimas da saúde pública. Pode-se verificar isso observando as metas e benefícios aos quais se propõe esse tipo de serviço, conforme citam Floriani e Schramm (2004) (Tabela 1):

Tabela 1: Objetivos e benefícios da assistência domiciliar

| Assistência domiciliar | |
|---|---|
| Objetivos | Benefícios |
| <ul style="list-style-type: none">• Contribuir para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, visando à redução de custos.• Reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio.• Proporcionar assistência humanizada e integral, por meio de uma maior aproximação da equipe de saúde com a família.• Estimular uma maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto.• Reinsere o paciente na sociedade, preservando ao máximo sua autonomia, buscando a sua independência funcional, para que seja um cidadão ativo, participativo, produtivo e afetivo.• Promover educação em saúde.• Ser um campo de ensino e pesquisa. | <ul style="list-style-type: none">• Diminuição das reinternações e dos custos hospitalares.• Redução do risco de infecção hospitalar.• Manutenção do paciente no núcleo familiar e o aumento da qualidade de vida deste e de seus familiares.• Desospitalização. |

As razões apresentadas acima ressaltam a utilidade e modernidade desta política de saúde. Assim, aprofundar os conhecimentos a respeito da assistência domiciliar, especialmente no SUS, traduz-se em importante contribuição social.

O desenvolvimento de programas de assistência domiciliar ainda é uma iniciativa recente no Brasil (Floriani e Schramm, 2004). Por exemplo, somente em abril

de 2002 o Ministério da Saúde sancionou a Lei nº 10.424 que estabelece o atendimento domiciliar no âmbito do SUS (Silva, Sena, Leite, Seixas & Gonçalves, 2005).

Existe então, um modelo favorável de assistência à saúde, porém, ao mesmo tempo, incipiente de aprofundamento em pesquisa, porque novo. Mas, é o aprofundamento em pesquisa que abre caminhos para uma implementação cada vez mais adequada e eficaz, o que representou um incentivo para a realização deste estudo.

Além disso, o perfil epidemiológico da população brasileira sofreu modificações, passando de doenças infecto-contagiosas para crônico-degenerativas; desenvolvendo tecnologias médicas e condições sanitárias que prolongam a expectativa de vida. Esse panorama também apóia a vigência da assistência domiciliar, uma vez que esta se adequa com propriedade ao atendimento de pacientes crônicos, terminais e idosos (Fabrício, Wehbe, Nassur & Andrade, 2004).

Voltando-se agora para os profissionais de saúde, nota-se que a literatura tem produções acerca do *stress* que os acomete e das pesarasas conseqüências disso. Em primeiro lugar, o *stress* ocupacional de um modo geral tem crescido consideravelmente no mundo contemporâneo devido à rapidez de mudanças tecnológicas, crescimento do desemprego, aumento das diferenças salariais, surgimento de novas profissões e extinção de outras, altas cobranças quanto à produtividade (Alves, 1999), entre outras transformações, inclusive aquelas referentes a dificuldades específicas de cada área de atuação. No que diz respeito a esse último item, os profissionais de saúde da rede pública encontram-se expostos a estressores específicos relacionados a vários problemas estruturais, como a forte demanda dos órgãos competentes, a falta de infra-estrutura e a carência de material básico para o trabalho (Carvalho, 2005). Além disso, também precisam estar sempre atentos a seus papéis e ao papel da instituição pública perante o usuário para tentar corresponder aos desafios da implementação do Sistema Único de

Saúde, como universalidade, equidade, integralidade, regionalização, hierarquização, descentralização, racionalidade, resolutividade, participação do cidadão e complementariedade do setor privado (Borges, Argolo, Pereira, Machado & Silva, 2002).

Certamente, ao considerar os profissionais de saúde da rede pública que trabalham na assistência domiciliar, serão encontrados ainda outros fatores próprios à sua realidade, que funcionam como fontes de *stress*. Assim, Floriani e Schramm (2004) mencionam algumas situações com potencial estressante neste âmbito, como ações limitadas pelo fato de trabalhar no domicílio, local onde o poder estabelecido pertence ao usuário e sua família; inconveniência quanto ao deslocamento e tempo demandado; aspectos legais relativos a certos procedimentos no domicílio. Além dessas circunstâncias, provavelmente existem outras com capacidade estressante que ainda podem ser encontradas.

Cabe ressaltar a existência de relatos na literatura (Parkes, 1986, 1990, 1994) que verificam relações interativas entre *estressores* ocupacionais, estratégias de *coping* e conseqüências sobre a saúde e o desempenho no trabalho. Assim, estudos em busca de investigar a presença e o nível de *stress* nos profissionais em questão, bem como os estressores ativos nas situações de trabalho e as estratégias de *coping* que usam, se mostram de relevância, pois a humanização em saúde é meta a ser alcançada, e tendo-se um profissional desgastado e exaurido, pouco ou quase nada poderá ele fazer em termos de assistência humanizada e dedicada. É possível prever, inclusive, atos até mesmo iatrogênicos, provenientes dessa conjuntura. Além disso, segundo Handy (1978), o absenteísmo e o desemprego também se configuram como conseqüências possíveis e importantes.

2.1. Objetivos

- Avaliar o nível de *stress* dos profissionais de saúde que atuam em assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde, na cidade do Rio de Janeiro.
- Investigar a presença e a quantidade de seus estressores ocupacionais.
- Identificar os tipos de estratégias de *coping* predominantemente usadas por eles no trabalho.
- Identificar aspectos sociais e ocupacionais destes profissionais de saúde.
- Investigar as possíveis relações existentes entre variáveis: aspectos sociais e profissionais, *stress*, estressores ocupacionais e estratégias de *coping* no trabalho.

2.2. Hipóteses

Este estudo procurou testar as seguintes hipóteses:

- Os profissionais de saúde que atuam em assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde, na cidade do Rio de Janeiro, estão estressados.
- Existem relações de dependência entre aspectos sociais, profissionais, *stress*, quantidade de estressores ocupacionais e tipos de estratégias de *coping* predominantemente usadas por esses profissionais no trabalho.

Como se pretende fazer um levantamento exploratório de aspectos sociais e ocupacionais dos profissionais, dos estressores ocupacionais presentes e dos tipos de estratégias de *coping* predominantemente usadas neste trabalho específico, não é possível desenvolver hipóteses acerca do que será encontrado a esse respeito. Inclusive, a própria literatura é escassa quanto ao tema, conforme será mostrado mais adiante. Ao conhecer os aspectos sociais e ocupacionais dos profissionais, os estressores ocupacionais presentes e os tipos estratégias de *coping* predominantes no trabalho, o que será possível é a observância de relações entre as variáveis do estudo.

3. O SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O sistema de saúde do Brasil passa por um processo de mudança deflagrado pelo Movimento Sanitário desde a década de 1980. Depois de sucessos incontestáveis no âmbito jurídico legal, existe atualmente a necessidade de transformar o dia-a-dia das organizações e do trabalho em saúde. Estes precisam deixar a forma tradicional com que funcionavam e procurar permanentemente gerar condições para que o sistema de saúde se identifique mais com as pessoas, fique mais solidário, humano e, principalmente, mais resolutivo (Campos, 2003).

Polignano (2005) afirma que o sistema de saúde brasileiro nasceu em um contexto onde a população tinha acabado de passar por uma ditadura militar que não havia considerado a cidadania. A vivência das Diretas Já impulsionou a sociedade a reivindicar a democracia e a cidadania, de modo que a nova Constituição era uma grande oportunidade para isso. Havia uma sede de bem-estar social, principalmente no que diz respeito à saúde coletiva.

Neste cenário político, em 1988, a Constituição Federal Brasileira instituiu a Seguridade Social, formada pela tríade Saúde, Previdência e Assistência Social. Na área da saúde, surgiu o Sistema Único de Saúde (SUS), através do qual foram estabelecidas as bases legais para a garantia da saúde como um direito universal à cidadania e um dever do Estado. Por este motivo, o SUS é considerado um marco histórico na política do Brasil.

O SUS é imbuído de mudanças profundas que o destacam como um sistema inovador na área da saúde. Ele postula que haja articulação entre todas as esferas de governo – união, estados e municípios – com princípios norteadores compartilhados: “As ações e serviços de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único” (Brasil, 1988, Art. 198). Anteriormente, cada esfera de

governo procurava desenvolver a sua política de saúde, e até dentro de um mesmo nível havia instituições que construía políticas desarticuladas.

Outra contribuição legal e marcante do SUS é a garantia de acesso universal à saúde, ou seja, todos devem ser atendidos nas suas necessidades, sem distinções nem restrições, gratuitamente. Assim, houve o rompimento radical com a política excludente, vigente até então, que dava o direito à saúde apenas aos trabalhadores contribuintes da Previdência. Esse progresso foi determinado pelo princípio da universalidade, um dos conceitos que orientam o SUS. Além deste, outros princípios também foram decretados (Brasil, 1988; 1990a):

O princípio de integralidade versa sobre a promoção de ações contínuas de prevenção e tratamento, de modo individual e coletivo, abrangendo quaisquer níveis de complexidade do sistema. Antes do SUS, estava em vigor uma assistência prevalentemente individual e curativa. A equidade é o princípio segundo o qual devem ser disponibilizados recursos e serviços conforme as necessidades de cada um, buscando justiça ao dar maior atenção aos que mais precisam. Cabe ao princípio da participação social garantir a gestão comunitária do SUS, sendo dever do Poder Público assegurar as condições de participação da sociedade nas gestões públicas em geral e principalmente na saúde pública. Essa participação é direito e dever da população. Existe ainda o princípio da descentralização que defende um processo de transferência de responsabilidades de gestão para os municípios, obedecendo às deliberações constitucionais e legais nas quais o SUS se baseia e que estabelecem atribuições comuns e competências específicas às esferas de governo. Como competências federais predominam a normatização e o planejamento. A execução dos serviços fica a cargo dos estados e, sobretudo, dos municípios.

Uma vez promulgada a Constituição Federal de 1988, o Movimento Sanitário se ateve em buscar a regulação do SUS junto à União (Neto, 1991). Em virtude disto, surgiu a Lei Orgânica da Saúde, n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, bem como a Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990. Ambas chamadas de Leis Infraconstitucionais, pois disciplinam de modo legal a execução do que está previsto na Constituição: a defesa da saúde (Andrade, 2002).

A Lei n.º 8.080/1990 dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Ela enfatiza a descentralização político-administrativa, através da municipalização das ações e dos serviços de saúde, com redistribuição de poder, recursos e competências, priorizando os municípios (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

A Lei n.º 8.142/1990 dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. Ela estabelece as instâncias colegiadas e as ferramentas de participação social em cada esfera governamental (Brasil, Ministério da Saúde, 2004).

Uma significativa inovação da Lei Orgânica da Saúde (Brasil, 1990a) foi a adoção de uma concepção ampla de saúde. Deste modo, as estruturas econômica e social do país são preditoras do nível de saúde da população. São considerados como fatores determinantes e condicionantes da saúde: a alimentação, a moradia, o trabalho, a educação, o meio ambiente, o transporte, a renda, o saneamento básico, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais. Legalmente, é disposta a necessidade de assegurar aos indivíduos e às comunidades condições de bem-estar físico, mental e social.

Após a publicação das leis citadas anteriormente, o Ministério da Saúde avaliou que os municípios, os estados e os próprios órgãos de seu ministério se encontravam em distintos níveis de aprendizagem no que se refere à descentralização do SUS. Diante

desta situação, o Ministério da Saúde passou a editar Normas Operacionais Básicas (NOBs) como instrumentos reguladores dos processos de estadualização e municipalização das ações e dos serviços de saúde. As NOBs estão gerando condições excepcionais de negociação política nos processos de descentralização e construção do SUS (Andrade, 2002).

Campos (2003) relata que a principal motivação para gerar o Sistema Único de Saúde foi satisfazer às necessidades e às aspirações da população. Afirma também que diversas conquistas têm sido alcançadas, porém, de modo geral, ainda há expectativas a corresponder e mudanças substanciais a atingir.

O SUS recebeu como herança histórica acumulada em décadas de conformação do setor saúde, a cultura organizacional, a atuação médica compartimentalizada e descontextualizada da vida dos cidadãos, os variados interesses comerciais e financeiros antagônicos com o interesse público. Esse conjunto de fatores constitui um bloco de árdua e vagarosa transformação, apesar da maioria dos atores sociais comprometidos com a saúde apresentarem objetivos políticos de mudança. Por isso, considera-se que o SUS ainda está em processo de construção e consolidação. No entanto, uma vez que é a saúde que está em jogo, é compreensível a inquietude observada em resposta à lentidão com que ocorrem as transformações diante da urgência da população por melhores condições de saúde (Campos, 2003).

Por ter nascido há pouco tempo, o SUS tem o seu desenvolvimento vulnerável ao rumo de acomodações políticas no processo histórico. Logo, ele pode se dirigir para caminhos opostos aos seus princípios originais ou tornar os seus preceitos cada vez mais realizados (Elias, 2004; Hochman & Fonseca, 1999). Eis um momento crucial.

Gerschman e Santos (2006) afirmam que segundo a Organização Mundial de Saúde, o Brasil é “um dos países com menores índices de investimento público no setor

saúde no continente americano” (p.186), uma evidente incoerência para um sistema público de natureza universal.

Contudo, Elias (2004) nota a ousadia do SUS ao manter-se como um plano que procura progredir na edificação de um sistema de saúde universal apesar do capitalismo, em uma nação grande e populosa, portadora de grande desigualdade social. Trata-se de um caso incomum ou até mesmo singular no mundo. Porém, não obstante todos os paradoxos e colisões, parece existir um expressivo consenso no tocante à preservação do SUS.

Campos (2003) destaca ainda:

Nada do que se discute no âmbito da saúde brasileira continua mais atual do que o desafio que se coloca para a presente e as futuras gerações: tornar concreto, no cotidiano da vida dos cidadãos, os princípios que motivaram a Reforma Sanitária e o Sistema Único de Saúde (p. 583).

Portanto, cabe ressaltar a importância de estudar formas de uma realização cada vez mais sólida e eficaz do sistema, como já começou a ocorrer em algumas experiências espalhadas pelo Brasil. O presente estudo visa tornar-se mais uma contribuição efetiva em prol da gestão do SUS.

4. A ASSISTÊNCIA DOMICILIAR

4.1. Aspectos conceituais

O termo “assistência domiciliar” vem do inglês *home care* e significa cuidado do lar (Fabrício, Wehbe, Nassur & Andrade, 2004). Carletti e Rejani (2002) definem esta atenção à saúde em domicílio como sendo:

um serviço em que as ações de saúde são desenvolvidas no domicílio do paciente por equipe multi- e interprofissional, a partir do diagnóstico da realidade em que o mesmo está inserido, assim como de seus potenciais e limitações. Visa à promoção, manutenção e/ou restauração da saúde e o desenvolvimento e adaptação de funções, favorecendo maior autonomia e independência (p.419).

Dieckmann (1997) acrescenta que a assistência domiciliar cuida da saúde de pessoas de qualquer idade em casa ou em outro ambiente não institucional.

Os atendimentos domiciliares são programados e neles os profissionais da equipe realizam certos procedimentos. A periodicidade dos atendimentos varia de acordo com a complexidade assistencial demandada. Além disso, a continuidade da assistência em domicílio é garantida pela atuação do cuidador (familiar, leigo ou profissional externo à equipe) (Duarte & Diogo, 2000).

As instituições que atuam em atenção domiciliar à saúde devem prover aos familiares e/ou cuidadores orientações sobre a assistência a ser prestada. Precisam fornecer equipamentos, materiais e medicamentos necessários. Devem garantir atendimento a possíveis intercorrências clínicas através de hospitais e transporte equipado a tempo. Precisam ainda assegurar vagas de retorno do paciente à internação hospitalar, quando necessária (Brasil, ANVISA, 2006).

Quanto à composição das equipes interdisciplinares de atendimento domiciliar, esta varia de acordo com a finalidade específica de cada programa assistencial. Deste modo, podem ser encontrados nestas equipes médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, terapeutas ocupacionais, psicólogos, nutricionistas e farmacêuticos (Mendes, 2006). Além dos profissionais de saúde de escolaridade superior, há também cuidadores formais de escolaridade média e cuidadores informais treinados que atuam neste serviço (Hirschfeld & Oguisso, 2002).

Os objetivos aos quais se propõe este tipo de serviço são: contribuir para a otimização dos leitos hospitalares e do atendimento ambulatorial, reduzir os custos da internação hospitalar; diminuir os riscos de infecção hospitalar; reintegrar o paciente em seu núcleo familiar e de apoio; proporcionar assistência humanizada e integral; melhorar a qualidade de vida do paciente (Albuquerque, 2003); evitar reinternações (Dal Ben, 2000; Monteiro & Monteiro, 2000); reinserir o paciente na sociedade, preservando ao máximo sua autonomia, buscando a sua independência funcional, para que seja um cidadão ativo, participativo, produtivo e afetivo (Gordilho *et al.*, 2000); promover desinstitucionalização (Collopy, Dubler, Zuckerman, 1990); estimular maior participação do paciente e de sua família no tratamento proposto; promover educação em saúde; ser um campo de ensino e pesquisa (Osimo & Castellanos, 2000 citado por Floriani & Schramm, 2004).

Para que os pacientes possam ser atendidos pela assistência domiciliar é necessário que correspondam a critérios de elegibilidade que definem as características dos eleitos a ingressarem no serviço. Tais critérios envolvem:

estabilidade clínica do paciente, dificuldade de locomoção deste por sofrimento físico ou mental, elevado nível de dependência por ser portador de agravo de longa duração ou agudo incapacitante. (...) a condição de ser residente no

município do prestador deste atendimento, bem como possuir rede de suporte social constituída por familiares, amigos, voluntários, vizinhos, ou seja, ter um cuidador responsável para suprir suas necessidades diárias relativas à higiene, à alimentação, entre outras. (Paz & Santos, 2003, p. 540)

4.2. Histórico

4.2.1. A assistência domiciliar nos Estados Unidos: os pioneiros

Os Estados Unidos destacam-se como pioneiros nesta modalidade de atenção à saúde. De acordo com a história deste país, até o século XX a assistência domiciliar era exercida por médicos, individualmente e através de pagamento direto pelo usuário (Dieckmann, 1997). A partir do século XVIII, com a fundação dos primeiros hospitais, a assistência no domicílio passou a conviver com o atendimento no hospital (Mendes, 2001).

Por outro lado, as mulheres sempre tiveram o papel cultural de cuidar de seus familiares ou vizinhos. Assim, no século XIX, surgiu a primeira atuação sistematizada de assistência domiciliar através de mulheres da Sociedade Beneficente de Charleston, no Estado da Carolina do Sul, que prestavam atendimento a doentes pobres (Dieckmann, 1997). Iniciativas como essa se multiplicaram e deram origem a empresas de *home care* constituídas basicamente por mulheres enfermeiras até que, em 1885, surge a primeira Associação de Enfermeiras Visitadoras (*Visiting Nurses Association – VNA*) (Duarte & Diogo, 2000; Mendes, 2001).

Em 1947, o Hospital de Montefiore, em Nova York, lançou a idéia da assistência domiciliar como extensão do hospital. De forma inédita, o atendimento em casa não era prestado pelas tradicionais empresas citadas. Os pacientes tinham as suas altas hospitalares antecipadas, passando a receber tratamento em domicílio por equipes

especializadas (Cherkasky, 1949, citado por Baigs & Williams, 1997). Esse é um fato histórico importante, pois a alta precoce tornou-se, atualmente, uma das ações mais relevantes desta modalidade (Mendes, 2001). Hoje, funcionam nos Estados Unidos mais de 20 mil agências de *home care* (Mendes, 2006) e tantos outros países do mundo adotaram a atenção domiciliar uma como política de saúde (Hirschfeld & Oguisso, 2002).

4.2.2. Trajetória da assistência domiciliar brasileira

A atenção domiciliar no Brasil teve início em 1919, quando surgiu o Serviço de Enfermeiras Visitadoras no Rio de Janeiro, dedicado às áreas materno-infantil e de tisiologia. Neste período, o país estava devastado por diversas epidemias (como peste e febre amarela) que prejudicavam a economia, impediam a imigração e afetavam a exportação de produtos. Este cenário obrigava as autoridades a tomarem providências apropriadas. Deste modo, Carlos Chagas trouxe para o Brasil enfermeiras norte-americanas a fim de capacitar os profissionais brasileiros para trabalharem na erradicação das epidemias. O desenvolvimento desse trabalho levou à criação do primeiro curso de formação de enfermeiras visitadoras em 1920, o que se transformou mais tarde na Escola de Enfermagem Ana Néri. As formandas foram empregadas pelo então Departamento Nacional de Saúde Pública para trabalharem diretamente nos domicílios, dando orientação às famílias (Duarte & Diogo, 2000).

Ao comparar a trajetória do surgimento da atenção domiciliar entre os Estados Unidos e o Brasil, notam-se certas distinções. O Estado brasileiro esteve presente na origem das práticas de atenção à saúde, o que difere da origem comunitária americana. Além disso, nos Estados Unidos, as enfermeiras visitadoras visavam o indivíduo, enquanto que no Brasil, elas objetivavam o controle da cadeia de transmissão das

doenças infecto-contagiosas, sob administração do serviço público de saúde (Mendes, 2001).

Em 1949, é criado o Serviço de Assistência Médica Domiciliar e de Urgência (SAMDU), primeiramente vinculado ao Ministério do Trabalho e presente em vários estados como Rio de Janeiro, São Paulo, Rio Grande do Sul, Pará, Pernambuco, Piauí, Ceará, entre outros. Este foi o primeiro serviço planejado de assistência domiciliar do país e atendia tanto emergências quanto doenças crônicas (Mendes, 2001).

Mas a assistência domiciliar brasileira teve mesmo o seu marco pioneiro em 1968, quando o Hospital do Servidor Público Estadual de São Paulo (HSPE), criou o Serviço de Assistência Domiciliar (SAD), inspirado pelo *home care* da Inglaterra. Foi desenvolvido para atender principalmente pacientes com doenças crônicas e composto de modo interdisciplinar por médicos (basicamente clínicos), enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, terapeutas ocupacionais e auxiliares de enfermagem. Este serviço funciona até hoje, acumulando uma experiência de quase 40 anos (IAMSPE, 2006; Mendes, 2001).

A assistência domiciliar brasileira começou a sua efetiva expansão a partir da década de 1990 através de hospitais públicos e privados, prefeituras, cooperativas médicas, seguradoras de saúde, medicina de grupo, entre outros. Contudo, este crescimento ocorreu de forma tímida e com a prevalência do setor privado (Fabrício, Wehbe, Nassur & Andrade, 2004; Floriani & Schramm, 2004; Mendes, 2006).

No entanto, a Política Nacional de Saúde do Idoso, criada em 1999 pelo Ministério da Saúde através da Portaria n.º 1.395, representou um grande incentivo para o desenvolvimento da atenção domiciliar no âmbito do SUS. Deste modo, em 2002 o Ministério da Saúde sancionou a Lei n.º 10.424 que estabeleceu a assistência domiciliar no SUS. Posteriormente, vieram outras contribuições marcantes: em 2006, a Agência

Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) regulamentou o funcionamento dos Serviços de Atenção Domiciliar, públicos e privados, através da Resolução da Diretoria Colegiada n.º 11. No mesmo ano, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) publicou a Política Nacional de Internação Domiciliar. Além disso, o Ministério da Saúde divulgou o Pacto pela Vida, integrante do Pacto pela Saúde 2006, que tem no elenco de suas prioridades a saúde do idoso, elegendo como uma de suas diretrizes a implantação de serviços de atenção domiciliar.

Mais recentemente, em outubro de 2006, o Ministério da Saúde lançou a Portaria n.º 2.529 que instituiu a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Em abril de 2007, na ocasião do I Seminário Internacional de Atenção Domiciliar, realizado na cidade do Rio de Janeiro, essa portaria foi discutida pelos profissionais de saúde que trabalhavam na atenção domiciliar. Dessa discussão, surgiram várias sugestões de modificação da portaria, uma vez que, em vários aspectos, ela foi julgada inadequada pelos profissionais de saúde. Por outro lado, cabe ressaltar que houve um ponto forte da portaria, muito valorizado pelos profissionais de saúde, que diz respeito à regulamentação de financiamento para os serviços de atenção domiciliar. Em suma, até hoje o debate está colocado, o que representa mais um fato de que a atenção domiciliar encontra-se em processo de desenvolvimento.

Hoje, a atenção domiciliar no Brasil conta também com a existência de duas associações: a ABEMID (Associação Brasileira das Empresas de Medicina Domiciliar), fundada em 1995; e a ABRASAD (Associação Brasileira dos Serviços de Atenção Domiciliar), fundada em 2006.

Ao observar a trajetória da assistência domiciliar brasileira, é possível notar que existe um conjunto de iniciativas se sucedendo em prol do crescimento e da

consolidação da assistência domiciliar que, por sua vez, representa uma modalidade de atenção à saúde consoante com exigências da atualidade.

4.3. Fatores determinantes no desenvolvimento da assistência domiciliar

Certas circunstâncias se fazem presentes e atuantes na geração e crescimento da atenção domiciliar como uma política de saúde oportuna aos dias de hoje. Duarte e Diogo (2000) afirmam que tais circunstâncias dizem respeito a mudanças demográficas e epidemiológicas, planejamento de custos, aumento da demanda, desenvolvimento tecnológico, além de interesse e aceitação dos profissionais.

Existe uma tendência mundial de envelhecimento da população. No Brasil, este fenômeno é observado desde a década de 1960, a partir de uma série de mudanças. Os avanços tecnológicos da medicina moderna, tais como assepsia, vacinas, antibióticos, quimioterápicos e exames complementares de diagnóstico, foram capazes de proporcionar medidas de prevenção e cura de várias doenças antes consideradas fatais. Por conseguinte, houve uma queda da mortalidade infantil e um aumento da expectativa de vida ao nascer. Além disso, observa-se também um declínio acentuado da taxa de fecundidade. Deste modo, as estimativas indicam que entre 2000 e 2025 o grupo etário a partir de 60 anos aumentará em 130% (Gordilho, Sérgio, Silvestre, Ramos, Freire, Espindola, Maia, Veras & Karsch, 2000).

Esta transformação demográfica é vinculada a uma transição epidemiológica. O aumento na proporção de idosos favoreceu a proliferação das doenças crônico-degenerativas (doenças cardiovasculares, respiratórias, câncer, diabetes) (Duarte & Diogo, 2000). No Brasil, em 1930, as doenças infecciosas e parasitárias correspondiam a 45,6% das causas de morte; em 2001 este número reduziu para 5,6%. Paralelamente, as doenças cardiovasculares que em 1930 representavam 11,8% do total de mortes, em

2001 passaram a ser responsáveis por 31,1% da mortalidade (Silva, Gomes, Cezário & Moura, 2003).

Esta configuração do perfil epidemiológico com predomínio das doenças crônicas gera muita despesa com tratamentos médicos e hospitalares, pois o consumo dos serviços de saúde é aumentado, as internações hospitalares são mais freqüentes, o tempo de ocupação do leito é maior. Tal realidade expressa um desafio para os gestores em saúde, principalmente no que diz respeito à implantação de novos modelos para a solução do problema (Gordilho *et al.*, 2000).

Diante deste contexto, a atenção domiciliar se apresenta como uma importante alternativa. Pesquisas internacionais revelam que os atendimentos em domicílio equivalem a um terço do custo dos atendimentos hospitalares (Anderson, 1986, citado por Duarte & Diogo, 2000). No entanto, não se pode afirmar que a assistência domiciliar seja barata, mas sim que quando comparada ao serviço hospitalar, o seu custo é expressivamente inferior (Duarte & Diogo, 2000). O aumento da demanda aos serviços de saúde também encontra na assistência domiciliar uma importante estratégia de manejo, uma vez que esta libera vagas de leitos hospitalares.

Quanto aos avanços tecnológicos, eles têm promovido uma quantidade crescente de pacientes que sobrevivem a múltiplos traumas e complicações na gravidez, bem como de recém-nascidos de alto risco e pacientes com complexas doenças agudas e crônicas. A maioria destes pacientes mantém-se viva por causa do uso do aparato tecnológico avançado. O desenvolvimento de tecnologias de ponta gera equipamentos cada vez mais simples, portáteis e de fácil manipulação, aumentando assim a possibilidade de o paciente continuar seu tratamento ou ser mantido em casa (Duarte & Diogo, 2000).

Atualmente, no cenário da atenção domiciliar, vê-se que ela tem despertado interesse em muitos profissionais; tem feito a economia crescer; a formação profissional para atuar na área está aumentando; existem cada vez mais artigos científicos sobre esta modalidade; a indústria farmacêutica tem investido no cuidado em domicílio; os hospitais estão desenvolvendo programas próprios para o suprimento de suas demandas; e o paciente tem apresentado melhoras na sua qualidade de vida (Duarte & Diogo, 2000). Toda essa conjuntura também está contribuindo para a expansão da atenção domiciliar como uma modalidade de cuidado à saúde.

5. *STRESS*

Em 1910, um médico inglês chamado Sir William Osler propôs que o excesso de trabalho e de preocupação estavam relacionados a doenças coronarianas. Ele chegou a tal conclusão ao verificar que um grupo de 20 médicos com angina pectoris apresentavam alta carga de trabalho e preocupação com o desempenho. No entanto, o estudo de Osler não despertou o interesse da Medicina, como ocorreu com Hans Selye anos mais tarde (Lipp & Malagris, 2001).

Selye, um jovem estudante de medicina da Universidade de Praga, na Alemanha, em 1925, ficou deslumbrado ao observar que pacientes portadores de diferentes patologias apresentavam poucos sinais e sintomas específicos de suas doenças. O que acontecia, na verdade, era que a maioria das perturbações registradas era comum a muitas dessas patologias. Na ocasião, Selye nomeou este conjunto de reações não específicas de “síndrome de estar apenas doente” (Selye, 1956).

Aproximadamente uma década depois, em 1936, já como um endocrinologista conhecido, Selye propôs o termo *stress* para definir a condição manifestada por uma “síndrome geral de adaptação”, ou seja, um conjunto de respostas não específicas, presentes de modo geral em grandes partes do corpo e que estimulam mecanismos de defesa do organismo. Deste modo, Selye adaptou a palavra *stress*, usada na engenharia para nomear forças que operam contra certa resistência, empregando-lhe um novo sentido, biológico (Selye, 1956). Assim, o termo *stress* foi introduzido na Medicina e a partir de então tem se difundido cada vez mais.

Atualmente são encontrados na literatura diversos modos de se conceituar *stress*, conforme o enfoque de cada autor. O conceito de *stress* a ser utilizado na pesquisa é aquele desenvolvido por Lipp (2004a), conforme expresso a seguir:

uma reação psicofisiológica muito complexa, que tem, em sua gênese, a necessidade de o organismo lidar com algo que ameaça sua homeostase ou equilíbrio interno. Isso pode ocorrer quando a pessoa se confronta com uma situação que, de um modo ou de outro, a irrite, amedronte, excite ou confunda, ou mesmo que a faça imensamente feliz. Trata-se de uma tentativa de vencer um desafio, de sobreviver a uma ameaça ou de lidar com uma adaptação necessária no momento, mesmo que seja algo extremamente desejado e esperado (p.17).

Essa definição foi escolhida porque engloba os aspectos psicológicos e físicos, baseando-se em achados empíricos provenientes da clínica do *stress*.

Em seu artigo de 1936, Hans Selye apresentou o *stress* como um processo trifásico, ou seja, constituído por três fases subseqüentes: Alarme, Resistência e Exaustão. Quanto maior for o tempo de exposição a um estímulo considerado como estressor, mais o processo de *stress* tem chances de evoluir de uma fase à outra (Selye, 1956).

Em 2000, durante a padronização do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, mais uma fase foi identificada, clínica e estatisticamente, a qual foi denominada Quase-exaustão por se localizar entre as fases de Resistência e Exaustão. Nesta nova fase observa-se um enfraquecimento da pessoa que não está conseguindo resistir ou se adaptar ao estressor. Começa o surgimento de doenças de gravidade inferior àquelas presentes na Exaustão. Apesar de demonstrar desgaste e outros sintomas, a pessoa ainda consegue atuar na sociedade e trabalhar de alguma forma, diferentemente da fase de Exaustão quando a pessoa pára de funcionar de modo adequado e, na maioria das vezes, não consegue mais trabalhar nem se concentrar. De acordo com os dados, a fase de Resistência sugerida por Selye era muito comprida e apresentava dois períodos que se distinguiam não por sintomas diferentes, mas sim pela

quantidade e intensidade dos sintomas. Assim, Lipp propôs o modelo quadrifásico do *stress*, no qual a fase de Resistência corresponde à primeira parte da definição de resistência de Selye, enquanto que a fase de Quase-exaustão diz respeito à sua parte final quando a resistência da pessoa está se exaurindo efetivamente (Lipp, 2000).

O modelo quadrifásico de Lipp é uma extensão do modelo trifásico de Selye. Cada etapa possui um conjunto de sintomas físicos e psicológicos característicos que as distinguem entre si quanto à gravidade do processo, conforme está descrito a seguir (Lipp & Malagris, 2001):

Fase de alerta: Ocorre o mecanismo de luta ou fuga, que é essencial para a preservação da vida. O sistema nervoso simpático produz noradrenalina, enquanto que a medula da supra-renal secreta adrenalina. As células do córtex das supra-renais descarregam seus grânulos de secreção hormonal na corrente sangüínea, ocorrendo com isso o gasto das reservas de hormônio das glândulas. O córtex da supra-renal é dilatado e o sangue fica mais concentrado. Há um aumento de motivação, entusiasmo e energia, o que pode, desde que não em excesso, resultar em maior produtividade da pessoa.

Fase de resistência: O sangue apresenta-se diluído, pois o córtex das supra-renais acumula grande quantidade de grânulos de secreção hormonal segregados. O organismo tem a sua capacidade de resistir elevada bastante acima do normal, usa grande quantidade de energia para restabelecer a homeostase interior, o que pode provocar sensação de desgaste generalizado sem causa aparente e dificuldades com a memória.

Fase de quase-exaustão: As defesas do organismo começam a ceder e ele já não consegue resistir às tensões e recuperar o equilíbrio. Existem momentos em que ele consegue resistir e sente-se razoavelmente bem e outros em que ele não consegue mais. A pessoa costuma oscilar entre momentos de bem estar e tranqüilidade e momentos de

desconforto, cansaço e ansiedade. Uma vez que a resistência já não é mais tão eficaz, algumas doenças começam a aparecer.

Fase de exaustão: A resistência diminui ainda mais e os sintomas são semelhantes aos da fase de alarme, embora sua intensidade seja muito maior. Ocorre aumento das estruturas linfáticas, exaustão psicológica em forma de depressão e exaustão física em forma de doenças que começam a surgir, podendo chegar à morte como resultado final.

Não necessariamente o processo de *stress* se completa – na maioria das vezes as etapas de alerta e resistência são vividas até que haja uma adaptação, de modo que não ocorra evolução para as fases seguintes. Além disso, o processo de *stress* pode ser reversível, mesmo que alcance a Exaustão (Selye, 1956).

Lazarus e Folkman (1984) explicam que o processo de *stress* é acionado quando os estressores extrapolam os recursos pessoais e sociais que a pessoa dispõe para enfrentar a situação. Desta maneira, se os recursos de enfrentamento são fortes o suficiente, não ocorre *stress*, ainda que, para outro indivíduo, a situação pareça insustentável. Se, no entanto, os recursos de enfrentamento são fracos e ineficazes, o *stress* acontece, embora, para outra pessoa, as exigências da situação possam ser cumpridas facilmente.

É importante considerar que o *stress* promove adaptação e, em determinado momento, dispara o mecanismo de luta ou fuga, o que o torna extremamente útil para a saúde e a sobrevivência do ser humano. No entanto, em excesso, pode ter o efeito contrário, destruindo a pessoa. Portanto, saber administrá-lo é vital (Lipp & Malagris, 2001).

6. ESTRESSORES

As fontes de *stress* são chamadas de estressores e podem se referir a qualquer evento – negativo ou positivo – que provoque um estado emocional forte, gerando uma quebra da homeostase interna e exigindo alguma adaptação (Lipp & Malagris, 2001).

As fontes de *stress* podem ser classificadas em termos de sua localização quanto ao organismo. Quando se encontram dentro do corpo e da mente da pessoa, chamam-se estressores internos (Lipp, 2004a). Os mais comuns, segundo Lipp (2005), são: pensamentos rígidos, valores antigos que não se adequam à realidade atual, expectativas impossíveis de serem preenchidas, pessimismo, dificuldade para dizer “não” às demandas dos outros, ansiedade excessiva, níveis de depressão altos, competição constante, pressa como um modo de viver, inabilidade de perdoar e esquecer o passado, perfeccionismo, pensamentos obsessivos, insegurança, egoísmo e raiva.

Existem também os estressores externos, localizados fora do organismo (Lipp, 2004a). Eles podem ser, por exemplo, um ganho na loteria, desastres naturais, situações de avaliação de desempenho. Os estressores externos podem ter o seu potencial de ação alterado, para mais ou para menos, dependendo de conjugação ou não com estressores internos. Assim, em uma dada situação de perda de emprego, se uma pessoa a interpreta como um sinal de fracasso pessoal, esta experimentará um *stress* mais severo do que uma outra que avalie o fato como uma oportunidade de tentar um emprego melhor, apesar dos transtornos (Greenberger & Padesky, 1995/1999). A avaliação cognitiva quanto ao perigo do estressor externo e quanto aos recursos de enfrentamento disponíveis para lidar com ele, influenciam na sua capacidade de provocar *stress* (Straub, 2002/2005).

A fome, a dor e o frio são condições intrinsecamente estressantes porque desencadeiam *stress* automaticamente, estão relacionadas à sobrevivência humana e não

dependem tanto de interpretação. Esses estressores recebem o nome de biogênicos (Everly, 1989). Por outro lado, existem os estressores do tipo psicossociais, ou seja, geram *stress* em alguém dependendo da sua história de vida (Lazarus & Folkman, 1984). Considera-se também que os estressores podem ser designados de acordo com o contexto ao qual pertencem. Deste modo, existem estressores familiares, sociais, ocupacionais, entre outros (Lipp & Malagris, 2001).

A presente pesquisa irá se deter a estudar estressores ocupacionais. Especificamente, aqueles que atuam no cotidiano do trabalho de profissionais de saúde da assistência domiciliar do SUS na cidade do Rio de Janeiro.

7. ESTRATÉGIAS DE *COPING*

Coping é um conjunto de esforços, cognitivos e comportamentais, utilizado pelos indivíduos com o objetivo de lidar com demandas específicas, internas e/ou externas, que surgem em situações de *stress* e são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo seus recursos pessoais (Lazarus & Folkman, 1984). Deste modo, as estratégias de *coping* são definidas como comportamentos ou pensamentos usados para enfrentar os estressores (Folkman, Lazarus, Dunkel-Schetter, DeLongis & Gruen, 1986).

As estratégias de *coping* podem ser classificadas em duas categorias: focadas na emoção e focadas no problema. As primeiras são voltadas para ajustar o estado emocional associado ao *stress* ou que é resultado de eventos estressantes. Os esforços são direcionados para um nível somático e/ou para um nível de sentimentos, visando mudar o estado emocional da pessoa. Podem ser, por exemplo, fumar um cigarro ou assistir a um filme de comédia. Por outro lado, as estratégias focadas no problema visam agir sobre a situação que é a fonte do *stress*, tentando alterá-la. O objetivo é mudar a dificuldade que existe na interação entre o indivíduo e o ambiente e que está causando o conflito. A estratégia de *coping* focada no problema pode ser dirigida a um estressor externo, por exemplo, a negociação para resolver um desentendimento interpessoal ou um pedido de ajuda prática para outras pessoas. Não obstante, ela pode ser direcionada também para estressores internos, o que comumente envolve reestruturação cognitiva como, por exemplo, a redefinição do elemento estressor. Em ocasiões interpretadas como passíveis de alteração, as estratégias focadas no problema tendem a ser usadas, enquanto que nas ocasiões interpretadas como inalteráveis as estratégias focadas na emoção tendem a ser mais empregadas (Folkman & Lazarus, 1980).

A vulnerabilidade aos efeitos do *stress* depende das estratégias de *coping*, isto é, de acordo com a qualidade e a disponibilidade destas estratégias, a pessoa torna-se mais vulnerável ou mais resistente aos efeitos adversos do *stress* (Beresford, 1994). No entanto, uma estratégia de *coping* não pode ser considerada como inerentemente boa ou má, adaptativa ou mal adaptativa. É preciso levar em conta a natureza do estressor, a disponibilidade de estratégias de *coping* e o resultado do esforço de *coping* (Folkman & Lazarus, 1984).

Na década de 1960, um grupo de psicólogos liderado por Richard Lazarus desenvolveu um modelo de processo de *coping* chamado de transacional, também conhecido como relacional (Lazarus, 1966). De acordo com este modelo, o *coping* é um processo que decorre de uma transação entre eventos ambientais e pessoas, de modo que cada indivíduo deve adaptar-se continuamente aos desafios cotidianos, conforme descrito a seguir (Lazarus & Folkman, 1984):

Diante das exigências de um evento estressante, a resposta do indivíduo não é estática, mas sim envolve interações e ajustes sucessivos – nomeados de transações – entre o ambiente e as tentativas pessoais de enfrentar o *stress*. Cada indivíduo é um agente ativo que pode mudar bastante o impacto de um estressor em potencial através de seus próprios recursos.

As transações entre uma pessoa e seu ambiente são produzidas pela avaliação cognitiva que a mesma faz de estressores potenciais. A avaliação cognitiva envolve julgar (1) se um evento representa uma ameaça ao bem-estar da pessoa, (2) se há recursos próprios suficientes disponíveis para enfrentar a exigência e (3) se a estratégia do indivíduo para enfrentar o evento está funcionando.

Quando alguém se depara com um evento potencialmente estressante, faz uma avaliação primária para estabelecer o significado do evento. Neste momento, surge uma

questão do tipo: “Será que essa situação irá me causar problemas?”. Como resultado da avaliação primária, é possível três interpretações diferentes para o evento: irrelevante, benigno-positivo ou ameaçador (desafiador, perigoso).

Se o evento tiver sido avaliado como uma ameaça, ocorre a avaliação secundária que procura responder à pergunta: “O que posso fazer para lidar com esta situação?”. Então, o indivíduo analisa suas capacidades de enfrentamento para estabelecer se elas são adequadas para lidar com o desafio, o perigo-perda em potencial ou a ameaça. Se os recursos são interpretados como adequados, pouco ou nenhum *stress* ocorre. Quando a ameaça é grande e os recursos de enfrentamento são escassos, provavelmente haverá *stress*.

O processo de avaliação cognitiva é contínuo com base em novas informações recebidas do ambiente. A partir de uma reavaliação cognitiva, o indivíduo atualiza constantemente sua percepção de vitória ou fracasso perante um desafio, uma ameaça ou um perigo. Novas informações podem tanto eliminar o *stress* do indivíduo como também aumentá-lo. Os questionamentos que aparecem são, por exemplo: “A situação está sob controle?”, “Estou me sentindo melhor?”.

Atualmente, este modelo de processo de *coping*, concebido por Lazarus e seus colaboradores, é considerado o mais compreensivo (Beresford, 1994) e influente dos modelos de *coping* (Straub, 2002/2005), motivo pelo qual foi escolhido como referência para esta pesquisa.

8. RELAÇÕES ENTRE *STRESS*, ESTRESSORES E ESTRATÉGIAS DE *COPING* NO TRABALHO

8.1. *Stress* e trabalho

As causas e as conseqüências do *stress* no contexto de trabalho constituíram tema de inúmeros estudos ultimamente. Este assunto desperta o interesse dos pesquisadores principalmente por dois motivos: primeiro, o *stress* relacionado ao trabalho é experimentado por todas as pessoas, em algum momento. Segundo, o *stress* ocupacional pode consistir em um dos problemas de saúde mais evitáveis, apresentando várias possibilidades para intervenção (Straub, 2002/2005).

A maioria das pessoas tem experiências breves de *stress* no trabalho, o que não acarreta ameaça significativa à saúde. Por outro lado, algumas pessoas podem passar por *stress* crônico, perpetuado até por anos. O agravante é o registro do crescente número de trabalhadores que relatam portar níveis elevados de *stress*. Além disso, o *stress* excessivo está relacionado às seis principais causas de mortalidade (doenças cardiovasculares, acidentes, câncer, complicações pulmonares, cirrose do fígado e suicídio) (Miller, Smith, Turner, Guijarro & Hallet, 1996).

Levi (1983; 1988) afirma que as reações de *stress* do indivíduo abrangem diferentes mecanismos que podem ser de ordem cognitiva, afetiva, comportamental ou fisiológica, que dependendo da intensidade, da freqüência ou da duração, podem suscitar precursores de doenças. Por exemplo, como mecanismos cognitivos podem-se encontrar a diminuição da concentração e da criatividade. Como mecanismos afetivos existem a ansiedade, a depressão, a alienação, a fadiga mental, a apatia e a hipocondria. Nos mecanismos comportamentais encontram-se o alcoolismo, o tabagismo, a dependência de outras drogas, o absenteísmo ou até mesmo o suicídio. Como

mecanismos fisiológicos têm-se reações neuroendócrinas, do sistema imunológico e farmacológicas que produzem sudorese, taquicardia, hipertensão arterial, aumento de lipídios no sangue entre outros sintomas.

As organizações também experimentam efeitos adversos do *stress* em demasia. Nota-se excesso de atrasos e faltas, alta rotatividade, acidentes de trabalho, aumento de licenças médicas, queda na produtividade em quantidade e qualidade, desempenho irregular, falta de originalidade nas idéias, problemas de relacionamento com a chefia e subordinados e dificuldades interpessoais com colegas (Lipp, 2004b).

Entretanto, o *stress* só é prejudicial se for excessivo (Lipp & Malagris, 2001), ou seja, intenso ou prolongado. Segundo a Lei de Yerkes-Dodson (1908), o desempenho aumenta com o *stress*, até certo ponto: quando os níveis de *stress* se tornam muito altos, o desempenho diminui. Assim, é plausível afirmar que proporções adequadas de *stress* podem ser bastante úteis no trabalho. Na figura 1, é apresentado um esquema que ilustra como os níveis de produtividade oscilam de acordo com a fase do *stress* em que o indivíduo se encontra.

Na fase de alerta, cresce o entusiasmo, a energia e a motivação, conseqüentemente, a produtividade da pessoa também se eleva. A etapa de resistência corresponde à maior produtividade possível. Mas, curiosamente, o auge na produção também representa o ponto que imediatamente antecede a quebra do organismo. Na ocasião em que o indivíduo usa toda a sua reserva de energia para enfrentar o *stress*, ele fica desfalcado de mecanismos de defesa para momentos futuros. No estágio de quase-exaustão, ocorre a alternância de períodos de tranquilidade e bem-estar e períodos de ansiedade, cansaço e desconforto, bem como o surgimento de doenças brandas. Na fase de exaustão, as energias físicas e psicológicas estão em franco esgotamento e surgem doenças graves (Lipp, 2004a). A partir da fase de resistência, concentram-se os

problemas ocupacionais, exacerbados gradativamente de acordo com a evolução do processo de *stress*.

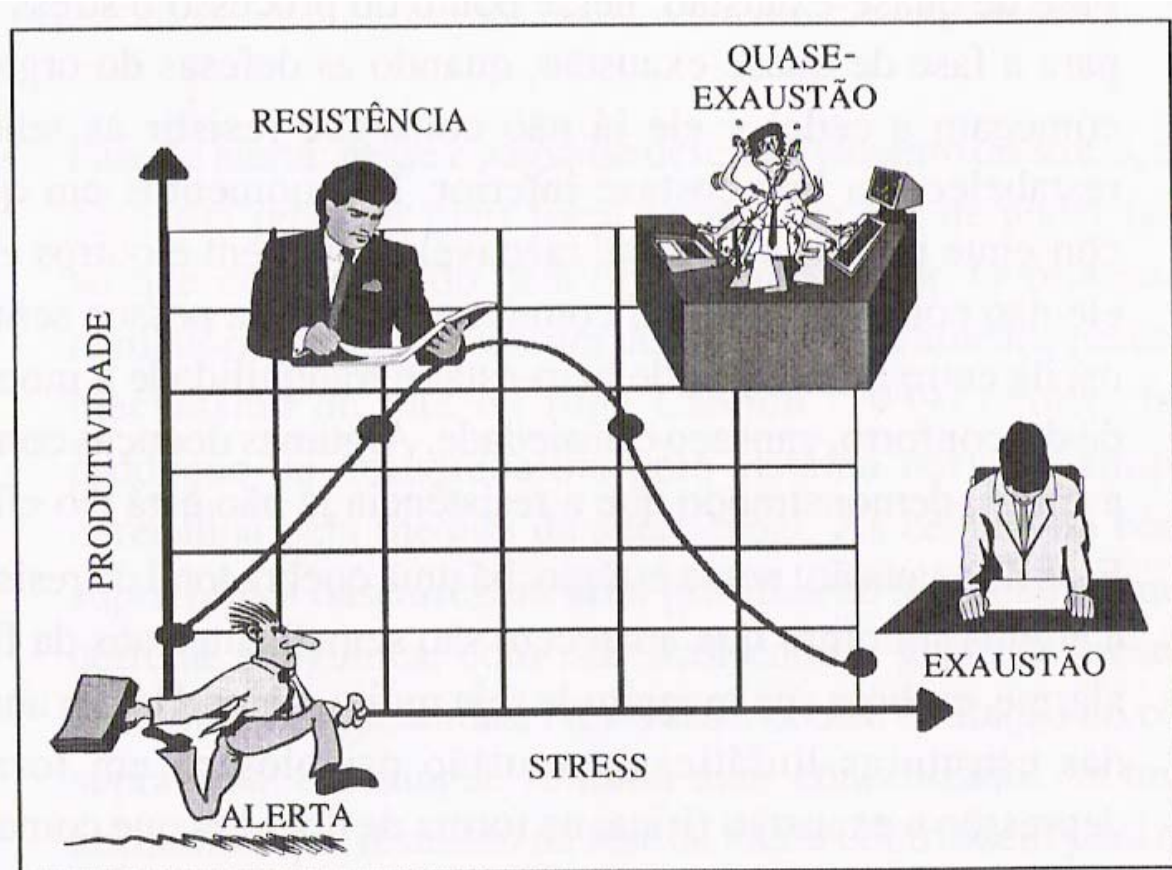


Figura 1: A relação entre as fases do *stress* e os níveis de produtividade (Lipp, 2004a, p.22)

Maslach e Leiter (1997) afirmam que intervenções de solução ou prevenção para o *stress* ocupacional excessivo devem abranger tanto o profissional quanto o local de trabalho, com o propósito de desenvolver um processo de recuperação do equilíbrio entre as aspirações da pessoa e as demandas do seu trabalho.

8.2. Estressores ocupacionais

No estudo do *stress* ocupacional existe a preocupação de identificar os eventos com potencial estressante nas circunstâncias de trabalho (Rocha & Glima, 2000). Entre esses eventos, Straub (2002/2005) cita o conflito de papéis, que acontece quando o trabalhador tem dúvidas acerca do seu trabalho ou dos padrões usados para medir o seu desempenho; também quando o trabalhador recebe orientações ambíguas sobre essas questões de diversos supervisores ou de colegas de trabalho. Straub aponta também o trabalho em turnos de revezamento, que se caracteriza pela alteração contínua da equipe, com grupos que trabalham em horários diferentes. Tais trabalhadores se deparam com problemas na família, além de apresentarem perturbações em seus ritmos biológicos. São lembrados ainda a ameaça de desemprego e o assédio sexual. Este último mostrando-se preponderante em relação às mulheres. Levi (1983, 1984) acrescenta que propriedades do ambiente físico do trabalho também são relevantes no processo de *stress*, tais como: iluminação insuficiente ou em excesso, muito barulho, odores incômodos, calor ou frio extremos entre outros.

Frankenhaeuser e Gardell (1976) afirmam que a sobrecarga ou subcarga de atividade, quer sejam em quantidade ou em qualidade, também correspondem a fatores de *stress* no trabalho. Conforme Frankenhaeuser (1981), a carga quantitativa é o volume de trabalho mental requerido dentro de certo espaço de tempo; e a carga qualitativa corresponde à complexidade da tarefa e à possibilidade de o trabalhador dispor de suas capacidades e experiências. No entanto, Straub (2002/2005) aponta que o estressor carga de trabalho é constituído por dois componentes: o subjetivo e o objetivo. Neste caso, um trabalhador vai sofrer com a sua carga de trabalho (componente objetivo), dependendo de como interpretá-la, se avassaladora ou fácil de lidar (componente subjetivo).

Segundo Karasek (1979), o *stress* ocupacional pode conduzir à doença, não através de um acúmulo de múltiplas situações de tensão, mas sim pela relação entre os conflitos criados pelas demandas do trabalho e a habilidade que o trabalhador tem de reduzir este nível de conflito, especialmente, a partir de suas probabilidades de tomada de decisões e controle sobre o próprio trabalho. Os trabalhadores estão mais vulneráveis ao *stress* quando possuem pouco ou nenhum controle sobre o ritmo, os procedimentos e outros aspectos de seu trabalho (Steptoe, Fieldman & Evans, 1993).

Karasek e Theorell (1990), sugerem que o *stress* representa uma falta de equilíbrio geral do sistema, sobretudo do controle, que abrange diferentes níveis: biológico, psicoendócrino, além da função cognitiva e interpessoal. Assim, trata-se de uma abordagem tridimensional, considerando os aspectos que se seguem: exigência/controle; tensão/aprendizagem; e suporte social. De acordo com este modelo, o trabalho sadio alternaria momentos de exigências e de repouso, onde indivíduo e ambiente interagissem de modo dinâmico. As características pessoais influenciariam no processo de *stress*, de maneira que se tarefas altamente tensas forem vistas como desafio ou oportunidade de aprendizagem, tendem a não ser avaliadas como estressantes. Por fim, quanto ao suporte social, este agiria como um fator protetor, abarcando a sociabilidade no local de trabalho, no âmbito da família e dos grupos extra trabalho.

8.3. *Stress* em profissionais de saúde

Os profissionais de saúde frequentemente trabalham com pessoas que experimentam graves traumas e crises pessoais, como doenças crônicas, incapacidades e enfermidades agudas, bem como transtornos psiquiátricos severos e doenças sem possibilidades de cura. A reação emocional dos profissionais de saúde a tais eventos é um fator importante de sua motivação para aliviar o sofrimento e oferecer um

atendimento adequado. Mas também o contato repetido e doloroso com o sofrimento humano e a morte podem representar fontes de *stress*. Desta maneira, o *stress* relacionado à interação com pessoas em situações adversas pode desencadear determinados comportamentos e emoções em quem atua no setor saúde, de modo a gerar implicações em sua capacidade para trabalhar com qualidade, em seu bem-estar e em sua vida pessoal (Beverly & Brian, 1991).

No que diz respeito aos profissionais que atuam no sistema de saúde pública do Brasil, as questões citadas anteriormente somam-se às condições desfavoráveis de trabalho em que se encontram (Moura, Borges & Argolo, 2005). Todo esse contexto coloca os profissionais de saúde em estado de vulnerabilidade a estressores e a sofrimento, uma vez que lidam com o limite tênue entre saúde e doença, vida e morte (Pitta, 1999). É grande a exposição a riscos no local de trabalho referentes a sua saúde física e mental e assuntos ocupacionais (Porto, 2000).

Diante de tais desafios, nem sempre os profissionais de saúde encontram-se preparados para superar as dificuldades, podendo apresentar esgotamento profissional, também conhecido como síndrome de *burnout*. É como se houvesse um incêndio interno devastador que reduzisse a cinzas a energia, as expectativas e a auto-imagem de uma pessoa antes bastante entusiasmada e dedicada ao trabalho (Freudenberger, 1980, citado por Seligmann-Silva, 2005).

A síndrome de *burnout* tem sido descrita primordialmente em profissionais que atuam na prestação de cuidados a enfermos, grupos sociais carentes e crianças. A maioria das pesquisas concentra-se em pessoas que, durante muitos anos de profissão, insistiram em tentar resolver problemas humanos como dor, sofrimento em geral, injustiça e miséria, agindo com muito empenho, de modo normalmente intenso e auto-exigente, sacrificando a vida pessoal, férias entre outras coisas. Geralmente, esses

indivíduos possuíam altas expectativas de sucesso em suas metas e também buscavam obter reconhecimento (Seligmann-Silva, 2005).

O *burnout* é constituído de três dimensões: exaustão emocional, despersonalização e redução da realização pessoal. A exaustão emocional corresponde a sentimentos de ter seus recursos emocionais exauridos, com a respectiva perda de energia e presença de fadiga. A despersonalização refere-se à perda de idealismo no local de trabalho, gerando atitudes negativas para com aqueles que recebem o serviço. A redução da realização pessoal caracteriza-se pela perda de sentimentos de competência e realização no trabalho (Maslach & Jackson, 1986; Maslach, 1993).

Reinhold (2002) verificou ainda diversas fases que compõem a síndrome de *burnout*. São elas: a) idealismo; b) realismo; c) estagnação e frustração ou quase-*burnout*; d) apatia e *burnout* total; e) fenômeno fênix. O idealismo ocorre quando a energia e o entusiasmo são bastante desenvolvidos e a vida profissional parece preenchida pelo trabalho. O realismo é o momento em que o profissional começa a perceber que suas aspirações e ideais não são realistas. Então, experimenta frustração, não se sente recompensado, trabalha mais ainda em busca de realização, mas fica cansado e desiludido, o que acaba provocando um questionamento sobre sua competência. Na estagnação e frustração, ou quase-*burnout*, todo o entusiasmo inicial vai se transformando em fadiga crônica, com irritabilidade, fuga dos contatos, atrasos e faltas. A apatia e *burnout* total é marcada pelo desespero do profissional, corrosão da sua auto-estima, possibilidade de depressão e falta de sentido na vida profissional e até pessoal. A vontade de abandonar o trabalho é forte. A última fase, fenômeno fênix, nem sempre ocorre, e significa um renascer das cinzas.

A maior parte da literatura existente sobre o *burnout*, em consenso, declara que trata-se de uma síndrome característica do meio ocupacional e que é um processo em

resposta ao *stress* laboral crônico, tendo implicações prejudiciais para a própria pessoa, sua vida profissional, familiar e social (Benevides-Pereira, 2003). A síndrome é entendida como um processo dinâmico, que se instala gradualmente, a partir da interação de conjunturas individuais, interpessoais e, sobretudo, laborais (Malagris, 2004; Borges, Argolo & Baker, 2006).

Atualmente são verificadas inúmeras mudanças no mundo do trabalho, tais como: avanços tecnológicos, diferentes estilos de gestão organizacional, transitoriedade do emprego e desenvolvimento da relevância do setor de serviços no contexto econômico. Instalam-se novas maneiras de organização do trabalho e de como se relacionar com ele. Surgem cargos com atribuições mais diversificadas e complexas, organogramas com menos níveis hierárquicos e mais encargos na base da pirâmide, maior foco na interação do trabalhador com o usuário, de modo que novas exigências urgem por qualidade na execução das tarefas, maior preparo e novas competências do trabalhador (Borges, Argolo, Pereira, Machado & Silva, 2002).

Essas transformações renovam as antigas tribulações dos trabalhadores. “A lógica de produzir mais com menos recursos não é nova, porém sua revalorização é cada vez mais assimilada” (Borges, Argolo & Baker, 2006, p.34). Esse cenário atinge especialmente o setor de serviços, pelas suas especificidades, como o trato direto do trabalhador com o cliente ou usuário e a multiplicidade de informações. Tais exigências são mais significativas ainda no setor saúde em virtude da importância dada à nobreza da atuação dessas organizações e da procura por funcionar com princípios éticos e racionalidade técnica (Santana, 1993).

No âmbito da atenção à saúde, os atributos mencionados se expandem quando se referem ao setor público. As dificuldades são refletidas no dia-a-dia da assistência, facilmente apontadas pelos usuários, mas também sentidas pelos profissionais de saúde,

forçados a conviver com os problemas e, freqüentemente até serem responsabilizados por eles. O desafio de cumprir preceitos éticos e técnica é somado com o dever de concretizar os princípios do SUS. Os profissionais de saúde da rede pública, normalmente, são solicitados ao confronto de questões técnicas e sociais, sem que eles tenham, contudo, os recursos apropriados para isso. (Borges, Argolo & Baker, 2006).

Pesquisas que investigaram o *stress* dos profissionais de saúde apontaram que eles têm experimentado sintomas significativos de *stress*, principalmente no campo psicológico, estando, em sua maioria, na fase de resistência do *stress*, e alguns outros já tendo chegado à fase de quase-exaustão (Camelo & Angerami, 2004; Malagris & Fiorito, 2006).

Portanto, iniciativas direcionadas a proporcionar melhor qualidade de vida e saúde a esses profissionais tornam-se fundamentais e urgentes para o bem-estar deles e de toda a sociedade. O combate ao *stress* ocupacional excessivo e à síndrome de *burnout* é uma das vias para isso. É preciso preservar e, em alguns casos, resgatar a beleza do encontro gratificante de cuidar do outro.

8.4. Estressores ocupacionais na Assistência Domiciliar

Apesar da produção bibliográfica brasileira acerca da assistência domiciliar ser recente, existem vários trabalhos, entre teses (Alvarez, 2001; Bocchi, 2001), dissertações (Laham, 2003; Marques, 2003; Mazza, 2002; Mello, 2002) e artigos (Karsch, 2003; Marcon, Andrade & Silva, 1998; Marques & Ferraz, 2004; Paskulin & Dias, 2002; Sena, Leite, Santos & Gonzaga, 2000), que tratam de eventos potencialmente estressantes para o cuidador. No entanto, no que se refere aos profissionais de saúde a literatura sobre esse assunto é escassa.

Certamente, os profissionais de saúde da rede pública que trabalham na assistência domiciliar, além de estarem expostos aos estressores mencionados há pouco, apresentam também outras fontes de *stress* específicas do tipo de trabalho que realizam. Quanto a isso, Floriani e Schramm (2004) dão algumas sugestões: ações limitadas pelo fato de estarem trabalhando no domicílio, local onde o poder estabelecido pertence ao usuário e sua família; inconveniências quanto ao deslocamento e tempo demandado; aspectos legais relativos a certos procedimentos no domicílio. Além dessas circunstâncias, provavelmente existem outras com capacidade estressante que ainda podem ser desvendadas. Eis um dos objetivos deste estudo.

8.5. Estratégias de *coping* no trabalho

Sabe-se que as estratégias de *coping* referem-se a comportamentos ou pensamentos usados para enfrentar os estressores (Folkman *et al.*, 1986). Tais estratégias dependem de fatores pessoais, exigências situacionais e recursos disponíveis (Lazarus & Folkman, 1984). Segundo Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003), existem várias medidas que objetivam avaliar as estratégias de *coping* de modo geral, mas estas raramente consideram os aspectos situacionais. Eles afirmam ainda que a avaliação do *coping* no ambiente de trabalho deve levar em conta os recursos e estratégias disponíveis neste contexto específico.

Dentre os instrumentos mais utilizados para a mensuração das estratégias de *coping* gerais encontram-se o *Ways of Coping* (Folkman & Lazarus, 1980, 1988), o COPE (Carver, Weintraub & Scheier, 1989) e o *Coping Strategy Indicator* (Amirkhan, 1990). Estes instrumentos buscam verificar o grau em que os indivíduos usam cada uma das estratégias definidas pelos modelos teóricos correspondentes em seu cotidiano. Porém, para investigar as estratégias de *coping* usadas pelas pessoas em situações

específicas, como por exemplo, diante de problemas típicos do ambiente ocupacional, o pesquisador deve inserir nos instrumentos de estratégias de *coping* gerais estímulos ou episódios que são descrições de situações que levam o respondente a se reportar ao contexto almejado. Devido à relevância dada à dimensão situacional no próprio conceito de *coping*, instrumentos criados para situações específicas são sempre úteis por conterem estratégias que de fato se aplicam ao contexto em questão (Pinheiro *et al.*, 2003).

Para as situações de trabalho, Latack (1986) desenvolveu uma Escala de *Coping* Ocupacional, traduzida, adaptada e validada para o Brasil por Pinheiro *et al.* (2003). Este instrumento avalia três fatores de *coping*: controle, esquiva (ou escape) e manejo. O controle refere-se a ações e reavaliações cognitivas proativas. A esquiva consiste em ações e reavaliações cognitivas que sugerem fuga ou um modo de evitação. O manejo de sintomas são estratégias popularmente aceitas usadas pelos indivíduos para administrar eventos relacionados ao *stress*, tais como o relaxamento ou a atividade física.

Para Leiter (1991), a escala de Latack (1986) contempla aspectos importantes presentes na literatura sobre *coping*, tais como: as estratégias de *coping* focadas no problema e aquelas focadas na emoção, bem como a ênfase nas avaliações cognitivas e nos comportamentos das pessoas para lidar com o evento. Esta medida será utilizada nesta pesquisa, e no capítulo sobre metodologia, a seção sobre instrumentos fornecerá mais informações acerca da escala.

Parkes (1990) defende o desenvolvimento de instrumentos que meçam as estratégias de *coping* no ambiente de trabalho, enfatizando que determinadas estratégias de *coping* que são vistas como efetivas no contexto doméstico e no relacionamento conjugal não têm se revelado hábeis para reduzir o *stress* no ambiente ocupacional, ou

conseguem fazê-lo com limitações. Uma provável explicação para isso é que as restrições próprias do contexto laboral limitam as opções de comportamento das pessoas, que passam a estar sujeitas a diferentes estratégias de *coping*. Além disso, existem especificidades metodológicas que devem ser observadas. No caso peculiar do contexto ocupacional, os instrumentos precisam, por exemplo, permitir agilidade ao preenchimento.

Dewe, Cox e Ferguson (1993) argumentam que, em um instrumento exclusivo de *coping* ocupacional, apesar de haver a perda de possibilidade de comparações entre situações gerais, existe a possibilidade de apreender a influência específica da cultura organizacional ou de determinada ação de um grupo ocupacional. Segundo Parkes (1994), uma compreensão mais acurada dos processos adaptativos no contexto ocupacional pode ser conquistada ao usar instrumentos elaborados exclusivamente para avaliar as estratégias de *coping* no trabalho.

Gil-Monte e Peiró (1997), relatam que estratégias de *coping* do tipo controle previnem o desenvolvimento da síndrome do *burnout*, enquanto que estratégias do tipo esquiva propiciam o seu surgimento. Outros trabalhos divulgam resultados que reforçam esses achados (Amirkhan, 1990; Leiter, 1991; Tamayo & Tróccoli, 2002; Etzion & Pines, 1986; Thorton, 1992).

Por outro lado, Pinheiro *et al.* (2003) revelam que muitas pesquisas existentes fortalecem a hipótese de que pessoas que procuram usar estratégias do tipo controle estão menos vulneráveis a experimentar ansiedade relacionada ao trabalho. Estes autores também supõem que o uso de estratégias do tipo controle estejam relacionadas positivamente à percepção agradável do ambiente de trabalho e negativamente ao *stress*, ao passo que em contato com contextos insalubres como o excesso de trabalho ou forte exaustão emocional, a esquiva seja o tipo de estratégia mais usada, e nem sempre a mais

adaptativa. Porém, os autores reconhecem que, dependendo das restrições colocadas pelo contexto ocupacional, estratégias de *coping* do tipo esquiva podem ser as mais eficazes disponíveis em um ambiente altamente estressante.

Quanto às estratégias do tipo manejo, Lipp e Malagris (2001) ressaltam a importância de incluí-las nas formas de lidar com o *stress*, uma vez que elas podem incluir no dia-a-dia das pessoas atividades para melhorar a qualidade de vida delas, reduzindo sua vulnerabilidade ao *stress*. Outros autores também compartilham este achado (Dierendonck, Schaufeli & Buunk, 1998).

Em suma, conforme afirmam Latack e Havlovic (1992), os estudos sobre *coping* poderiam diminuir os altos custos do *stress* nas organizações. A necessidade urgente de elaborar pesquisas de *coping* no ambiente ocupacional é revelada nas projeções econômicas e no aumento contínuo de trabalhadores que precisam ser compensados por reclamações referentes ao *stress* no trabalho.

9. METODOLOGIA

9.1. Participantes

Os participantes do estudo foram profissionais de saúde que atuam em assistência domiciliar no SUS na cidade do Rio de Janeiro. As instituições de saúde as quais os profissionais pertenciam são apresentadas na Tabela 2. De todas as instituições do SUS do Rio de Janeiro que possuem assistência domiciliar apenas o Instituto Nacional de Câncer não fez parte do estudo devido a impedimentos do regimento interno do hospital.

Tabela 2: Programas de Assistência Domiciliar do SUS – Rio de Janeiro - participantes da pesquisa

| Programas de Assistência Domiciliar | Nível de gestão | Fundação | Perfil de morbidade |
|--|-----------------|----------|--|
| Hospital Municipal Paulino Werneck - HMPW | municipal | 1997 | Doenças crônico-degenerativas. |
| Hospital Estadual Getúlio Vargas - HEGV | estadual | 1999 | Seqüela de acidente vascular encefálico e fratura de colo de fêmur. |
| Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF (UFRJ) | federal | 2001 | Doenças geriátricas, neoplasia e AIDS. |
| Instituto Fernandes Figueira - IFF | federal | 2001 | Pneumopatias e neuropatias infantis. |
| Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia - INTO | federal | 2005 | Trauma raqui-medular e pós-operatório de osteoplastia de quadril, joelho e coluna. |
| Área Programática 3.1 - AP 3.1 | federal | 2006 | Doenças crônico-degenerativas agudizadas. |
| Hospital Geral do Andaraí - HGA | federal | 2006 | Doenças crônico-degenerativas agudizadas. |
| Hospital Geral de Jacarepaguá - HGJ | federal | 2006 | Doenças crônico-degenerativas agudizadas. |
| Hospital Geral da Lagoa - HGL | federal | 2007 | Doenças crônico-degenerativas agudizadas. |

Todos os profissionais que faziam parte da assistência domiciliar das instituições citadas na Tabela 2 foram convidados a ingressar voluntariamente na pesquisa, exceto aqueles que contribuíram na elaboração do Questionário de Estressores usado no estudo, conforme explicado no item 9.3. Por conseguinte, o número total de participantes do estudo foi de 89, distribuídos conforme consta na Tabela 3.

Tabela 3: Profissionais por Programa de Assistência Domiciliar

| Programas de Assistência Domiciliar | Nº de sujeitos |
|--|-----------------------|
| Hospital Municipal Paulino Werneck - HMPW | 6 |
| Hospital Estadual Getúlio Vargas - HEGV | 6 |
| Hospital Universitário Clementino Fraga Filho - HUCFF (UFRJ) | 9 |
| Instituto Fernandes Figueira - IFF | 8 |
| Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia - INTO | 19 |
| Área Programática 3.1 - AP 3.1 | 12 |
| Hospital Geral do Andaraí - HGA | 11 |
| Hospital Geral de Jacarepaguá - HGJ | 11 |
| Hospital Geral da Lagoa - HGL | 7 |
| TOTAL | 89 |

9.2. Locais

Os dados da pesquisa foram colhidos dentro das próprias instituições participantes. A seguir, encontra-se a relação dessas instituições que foram visitadas e seus respectivos bairros: Hospital Municipal Paulino Werneck (Ilha do Governador), Hospital Estadual Getúlio Vargas (Penha), Hospital Universitário Clementino Fraga Filho (Ilha do Fundão), Instituto Fernandes Figueira (Flamengo), Instituto Nacional de Traumatologia-Ortopedia (Centro), Coordenação da Área Programática 3.1 (Penha), Hospital Geral do Andaraí (Andaraí), Hospital Geral de Jacarepaguá (Jacarepaguá), Hospital Geral da Lagoa (Jardim Botânico).

9.3. Instrumentos

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram:

- Questionário Informativo – QI, para conhecimento dos dados pessoais e profissionais dos participantes, a fim de traçar o perfil da amostra (Anexo 5).
- Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp – ISSL (Lipp, 2000), que tem como objetivo identificar a presença de *stress*, revelar a fase do *stress* na qual a pessoa se encontra e a predominância de sintomas físicos e/ou psicológicos. O ISSL é constituído de três quadros: o primeiro diz respeito aos sintomas apresentados nas últimas 24 horas – Fase de Alerta; o segundo é relativo aos sintomas experimentados na última semana – Fases de Resistência e Quase-Exaustão; e o terceiro refere-se aos sintomas apresentados no último mês – Fase de Exaustão.
- Questionário de Estressores Ocupacionais – QUESTO, elaborado pela pesquisadora, teve por objetivo detectar as fontes de *stress* provenientes da atividade laboral dos participantes da pesquisa, além de identificar a fonte de *stress* mais intensa, ou seja, de maior potencial estressor (Anexo 6). Para a formulação deste instrumento, a princípio, planejou-se realizar reuniões, juntando quatro profissionais das diferentes instituições envolvidas para contribuir no processo. Esses profissionais iriam apresentar os estressores vinculados ao trabalho deles. No entanto, devido a empecilhos de disponibilidade de tempo e de conciliação de horário, este plano foi revisto. O QUESTO, então, foi preparado a partir de informações obtidas através de correio eletrônico ou encontro particular com a pesquisadora. Tal

procedimento favoreceu, inclusive, a participação de mais três profissionais nesta etapa, chegando a sete pessoas no total, o que gerou um maior número de dados, enriquecendo a elaboração do instrumento. Esses profissionais foram convidados a listar livremente os estressores ocupacionais que eles identificavam na assistência domiciliar do SUS. As listas surgidas, juntamente com informações da literatura, serviram de base para elaborar os itens do Questionário de Estressores Ocupacionais. Os profissionais que colaboraram com esta etapa de montagem do questionário, não participaram da coleta de dados, como precaução de influência nos dados.

- Escala de Coping Ocupacional – ECO (Latack, 1986, traduzido, adaptado e validado para o Brasil por Pinheiro, Tróccoli & Tamayo, 2003). Este é um instrumento que possui 29 itens que abordam estratégias de *coping* no ambiente de trabalho. A partir de uma escala likert que varia de um (nunca faço isso) a cinco (sempre faço isso), o instrumento avalia três fatores de *coping*: controle, esquiva (ou escape) e manejo de sintomas. O controle refere-se a ações e reavaliações cognitivas proativas e, no instrumento, é representado pelos itens 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 13, 16, 19 e 22. A esquiva consiste em ações e reavaliações cognitivas que sugerem fuga ou um modo de evitação, conforme os itens 8, 9, 10, 11, 14, 17, 20, 23 e 25 da escala. O manejo de sintomas são estratégias popularmente aceitas usadas pelos indivíduos para administrar eventos relacionados ao *stress*, tais como o relaxamento ou a atividade física (itens 12, 15, 18, 21, 24, 26, 27, 28 e 29) (Anexo 7).

9.4. Procedimentos

Inicialmente, foram investigados quais hospitais públicos da cidade do Rio de Janeiro têm o serviço de assistência domiciliar. Em seguida, foram feitos contatos com esses hospitais para conhecer a dinâmica de funcionamento do serviço em cada instituição. Nesses contatos também foi apresentada a proposta da pesquisa e verificou-se o interesse pela participação. O próximo passo foi formalizar a concordância em participar, através de um documento de autorização para realizar a pesquisa, que foi obtido dos respectivos representantes de cada unidade de saúde.

Logo após, o projeto seguiu para avaliação ética. Muitas instituições envolvidas na pesquisa têm seu próprio comitê de ética e, considerando que os comitês têm autonomia, ficou a critério de cada um a decisão se iria aceitar o parecer de um outro comitê que já havia avaliado a pesquisa, ou se exigiria fazer sua própria avaliação. Com isso, o projeto foi submetido a quatro comitês de ética, obtendo aprovação em todos eles. Os pareceres favoráveis dos comitês de ética e/ou autorizações das instituições para realização da pesquisa constam nos anexos numerados de 8 a 13.

Cumpridos esses trâmites, a pesquisadora consultou cada hospital para o planejamento da forma de contato com seus funcionários. No encontro com os profissionais houve apresentação da pesquisadora e do estudo com os seus objetivos e implicações, além da solicitação da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexos 1, 2, 3 e 4) por parte dos interessados em participar.

A partir de então, foi efetuada a aplicação dos instrumentos de coleta de dados. A aplicação dos instrumentos aconteceu preferencialmente em grupo, mas em casos nos quais assim não foi possível, houve aplicação individual. Em seguida, os participantes interessados foram informados sobre o resultado da sua avaliação do *stress*, obtida através do ISSL. É importante relatar também que todos os sujeitos receberam um

folder com explicações sobre o que é o *stress*, suas fases e como se proteger do *stress* excessivo.

Finalmente, de posse do material com os dados recolhidos, a pesquisa foi encaminhada para a fase de análise dos resultados. E ainda é prevista uma ocasião de divulgação dos resultados gerais da pesquisa para os participantes.

9.5. Análise dos dados

Os resultados descritivos que são apresentados em frequências e porcentagens, formando Tabelas e Figuras, foram tratados com o auxílio do programa Microsoft EXCEL. A análise de relações de dependência entre as variáveis foi desenvolvida através do programa GraphPad Prism 3.0, usando os testes estatísticos não paramétricos do Qui-quadrado e da Prova Exata de Fisher. O nível de significância adotado foi de 5% ($p = 0,05$).

10. RESULTADOS

Primeiramente, serão apresentadas as análises descritivas decorrentes dos instrumentos de coleta de dados: o Questionário Informativo (QI), o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp (ISSL), o Questionário de Estressores Ocupacionais (QUESTO) e a Escala de *Coping* Ocupacional (ECO). Em seguida, serão divulgados os resultados referentes à investigação de relações de dependência entre os dados.

Na divulgação dos resultados da pesquisa não estão contempladas as análises dos dados por categoria profissional. Esta decisão foi tomada por existirem categorias profissionais no grupo estudado com um número muito reduzido de participantes, o que colocaria em risco a confidencialidade exigida. Nos resultados, as categorias profissionais são mencionadas apenas na descrição da amostra, apresentada na Tabela 4, pois neste caso, não há risco de infringir o princípio da confidencialidade.

10.1. Questionário Informativo – QI

A partir do Questionário Informativo foram identificados aspectos sociais e ocupacionais dos profissionais participantes do estudo. Assim, foi possível concluir, considerando que a pesquisa incluiu 79% da população de profissionais de assistência domiciliar do SUS – Rio de Janeiro - no período de junho a setembro do ano de 2007, que estes eram maciçamente mulheres. Elas constituíam 82% (73) da força de trabalho, contra 18% (16) da ala masculina. Em paralelo com a predominância feminina, observou-se também a prevalência de profissionais de até 40 anos de idade (64; 72%) (Tabela 4).

Tabela 4: Dados do Questionário Informativo

| Itens do Questionário Informativo | Categorias | Freq. | % |
|--|--|--------------|----------|
| Sexo | Feminino | 73 | 82% |
| | Masculino | 16 | 18% |
| Faixa etária | 21a30 anos | 38 | 43% |
| | 31a40 anos | 26 | 29% |
| | 41a50 anos | 16 | 18% |
| | 51a60 anos | 9 | 10% |
| Nacionalidade | Brasileira | 89 | 100% |
| | Estrangeira | 0 | 0% |
| Naturalidade | Rio de Janeiro | 76 | 85% |
| | Outros | 13 | 15% |
| Estado civil | solteiro(a) | 40 | 45% |
| | casado(a) / vive com a(o) parceira(o) | 40 | 45% |
| | Divorciado (a) / Separado (a) | 7 | 8% |
| | Viúvo (a) | 0 | 0% |
| | Outros | 2 | 2% |
| Número de filhos | Zero | 53 | 60% |
| | Um | 19 | 21% |
| | Dois | 15 | 17% |
| | Três | 1 | 1% |
| | Quatro ou mais | 1 | 1% |
| Escolaridade | Ensino Fundamental | 2 | 2% |
| | Ensino Médio | 12 | 13% |
| | Graduação | 30 | 34% |
| | Pós-graduação | 45 | 51% |
| Categoria profissional | Enfermeiro | 26 | 29% |
| | Fisioterapeuta | 21 | 24% |
| | Técnico de enfermagem | 12 | 13% |
| | Médico | 9 | 10% |
| | Assistente social | 8 | 9% |
| | Nutricionista | 5 | 6% |
| | Psicólogo | 4 | 4% |
| | Fonoaudiólogo | 2 | 2% |
| | Auxiliar de enfermagem | 2 | 2% |
| | Terapeuta ocupacional | 0 | 0% |
| Vínculo empregatício | Servidor público | 17 | 19% |
| | Contratado | 68 | 76% |
| | Outros | 4 | 4% |
| Renda total (incluindo outros trabalhos além da assistência domiciliar) | Até R\$ 1.000,00 | 6 | 7% |
| | Acima de R\$ 1.000,00 até R\$ 2.000,00 | 35 | 39% |
| | Acima de R\$ 2.000,00 até R\$ 3.000,00 | 15 | 17% |
| | Acima de R\$ 3.000,00 até R\$ 4.000,00 | 19 | 21% |
| | Acima de R\$ 4.000,00 | 14 | 16% |
| Tempo de profissão | 0-5 anos | 45 | 51% |
| | 6-10 anos | 15 | 17% |
| | 11-20 anos | 18 | 20% |
| | 21-30 anos | 9 | 10% |
| | >30 anos | 2 | 2% |
| Tempo de saúde pública | 0-5 anos | 62 | 70% |
| | 6-10 anos | 7 | 8% |
| | 11-20 anos | 13 | 15% |
| | 21-30 anos | 5 | 6% |
| | >30 anos | 2 | 2% |
| Tempo de assistência domiciliar | 0-1ano | 48 | 54% |
| | 2-5 anos | 28 | 31% |
| | 6-10 anos | 13 | 15% |
| Trabalho exclusivo na assistência domiciliar | Sim | 28 | 31% |
| | Não | 61 | 69% |

No que diz respeito à nacionalidade, todos eram nascidos no Brasil, sendo 85% (76) natural do próprio Rio de Janeiro e 15% (13) cuja naturalidade era de outras unidades federativas.

Quanto ao estado civil, os solteiros e casados (ou que vivem com parceiro), estavam presentes nas mesmas proporções, ambos correspondendo a 45% (40) dos consultados. Os divorciados e/ou separados foram representados por 8% (7) do grupo. Não havia viúvos entre eles e 2% (2) relataram não se encaixar em nenhum dos estados civis acima citados. A maioria dos profissionais não possuía filhos (53; 60%). Daqueles que eram pais, 21% (19) tinham apenas um filho; 17% (15) tinham dois; 1% (1) possuía três filhos e também somavam 1% (1) aqueles com quatro ou mais filhos.

A maior parte dos profissionais era pós-graduada (45; 51%). Aqueles cuja escolaridade alcançou até a graduação equivalem a 34% (30). Treze por cento (12) cursaram até o ensino médio, e 2% (2) possuía só o ensino fundamental.

As categorias profissionais contempladas na assistência domiciliar do SUS na cidade do Rio de Janeiro são: assistente social, auxiliar de enfermagem, técnico de enfermagem, enfermeiro, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico, nutricionista e psicólogo. As equipes relataram que gostariam de ter o profissional da terapia ocupacional, mas, até hoje, nenhuma delas desfrutou deste desejo. Os profissionais mais presentes são os enfermeiros, seguidos pelos fisioterapeutas. Na Tabela 4 consta o *ranking* dos profissionais empregados pela assistência domiciliar pública na cidade do Rio de Janeiro no período de realização deste estudo.

Apesar do contexto em pauta se referir a um serviço de saúde ofertado pelo setor público, 76% (68) da força de trabalho era contratada. Apenas 19% (17) dos profissionais eram servidores públicos. Quatro por cento (4) tinham outros tipos de vínculo, como o voluntário, por exemplo.

A respeito da renda total que arrecadavam, incluindo outros trabalhos além da assistência domiciliar – quando existentes – pode-se ressaltar que a maior parte dos profissionais recebiam entre um e dois mil reais (35; 39%). Além disso, era pequeno o número de profissionais com renda total de até mil reais (6; 7%). A Figura 2 mostra a distribuição de profissionais por faixa de renda.

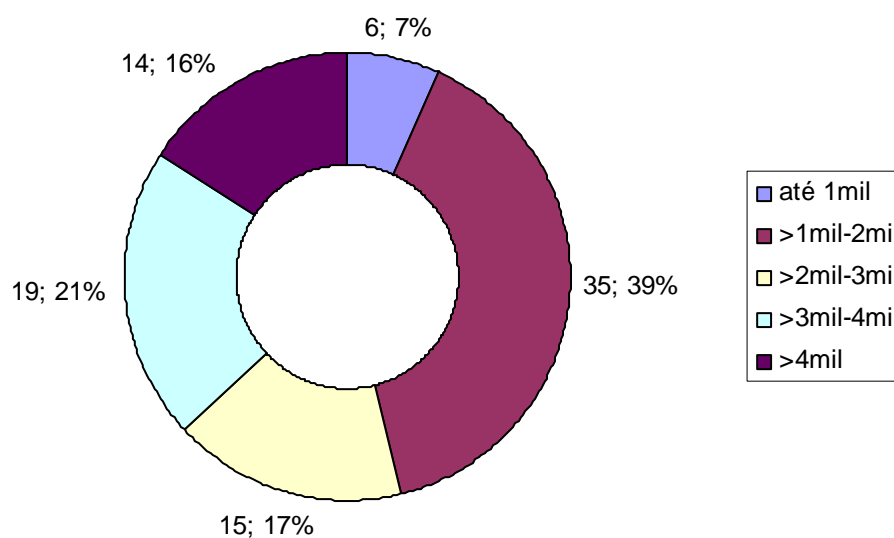


Figura 2: Distribuição de profissionais por faixa de renda

Mais da metade dos profissionais era de recém formados e possuía no máximo 5 anos de profissão (45; 51%). Uma minoria de 2% (2) correspondeu a pessoas com mais de 30 anos de exercício profissional. O restante variou entre esses dois extremos, conforme demonstrado na Figura 3.

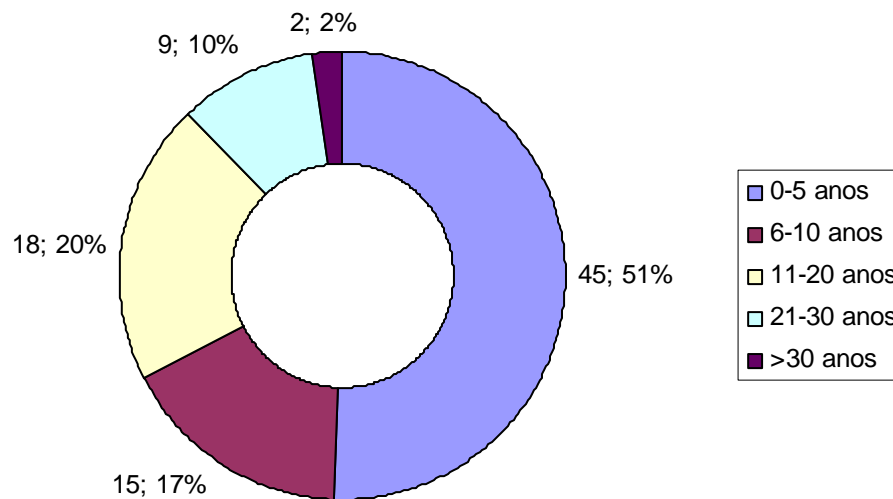


Figura 3: Distribuição dos profissionais por tempo de exercício da profissão

A experiência em trabalhar na área de saúde pública, acompanha os resultados do tempo de exercício da profissão, ou seja, a maioria tinha no máximo cinco anos de atuação no SUS (62; 69%); e apenas 2% (2) dos profissionais de saúde atuavam no setor público por mais de 30 anos. Os demais se concentram entre esses extremos (Figura 4).

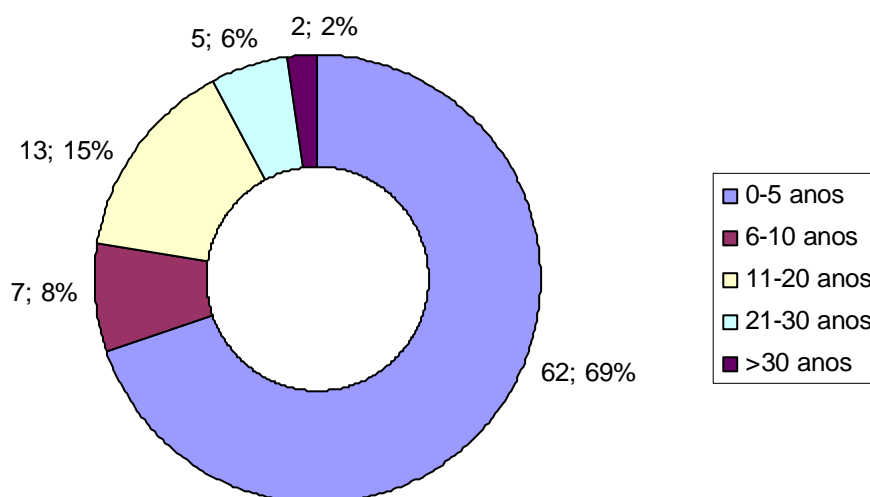


Figura 4: Distribuição dos profissionais por tempo de atuação em saúde pública

Nota-se que 48 (54%) pessoas trabalhavam na assistência domiciliar havia no máximo um ano. Ao se levar em conta um tempo maior de atuação na assistência domiciliar observou-se menor número de profissionais. Assim, 31% (28) dos profissionais tinham de dois a cinco anos de trabalho na assistência domiciliar; enquanto que 15% (13) possuíam de seis a dez anos de prática no ramo.

Foi observado também que constituíam minoria aqueles profissionais de saúde que trabalham exclusivamente na assistência domiciliar no SUS. Eles representavam apenas 31% (28) contra 69% (61) dos demais que acumulavam outros empregos, quer fosse dentro da instituição onde atuavam em assistência domiciliar, quer fosse fora dela.

10.2. Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp – ISSL

A avaliação decorrente do ISSL apontou que os profissionais de saúde avaliados no presente estudo, estavam, em sua maioria, estressados. Os dados mostram que 71% (63) dos 89 participantes apresentavam sintomas significativos de *stress*. Em paralelo, 29% (26) dos profissionais não estavam estressados.

Dentre os estressados, 89% (56) encontravam-se na fase de resistência do *stress* e 11% (7) estavam em quase exaustão. Não foram encontrados profissionais estressados nas fases de alerta e exaustão.

Quanto à predominância dos sintomas de *stress*, 19% (12) dos estressados experimentavam os sintomas físicos e psicológicos nas mesmas proporções, enquanto que 24% (15) tinham a prevalência de sintomas físicos e 57% (36) de sintomas psicológicos.

10.3. Questionário de Estressores Ocupacionais – QUESTO

Os estressores ocupacionais mais presentes, como também aqueles mais intensos, foram identificados através dos dados colhidos com o QUESTO. Quanto aos estressores ocupacionais mais presentes, estes foram encontrados da seguinte forma: primeiramente, obteve-se a frequência com que cada item do questionário foi votado como estressor pelos participantes. Tais frequências poderiam variar de 0 a 89 votos (90 valores possíveis), considerando que 89 corresponde ao número total de participantes. Em seguida, dividiu-se a série de frequências em quatro partes proporcionais, através de quartis. Assim, estabeleceram-se quatro categorias, de modo que foram considerados como estressores ocupacionais mais presentes os itens assinalados por mais da metade dos participantes (n° de votos ≥ 46). No entanto, cabe ressaltar a relevância de três estressores que obtiveram número de votos acima de 68 (Tabela 5).

Observou-se que os estressores ocupacionais mais presentes no grupo dos profissionais de saúde participantes do estudo foram: atuar em áreas de alto risco de violência urbana; não adesão do cuidador às orientações dadas pela equipe; inconveniências quanto ao deslocamento (engarrafamento, acidentes etc.); falta de recursos humanos (poucos profissionais em relação à demanda); não adesão do paciente às orientações dadas pela equipe; falta de redes sociais de apoio; vínculo empregatício instável; desarticulação com unidade básica e de média complexidade; prejuízo na sua atuação por depender de trabalho proveniente de outras pessoas ou sessões externas à equipe; baixa remuneração; conflitos de relacionamento entre colegas de trabalho; falta ou precariedade de meio de transporte; morte do paciente; apoio político insuficiente por parte da gestão da instituição. Dentre os estressores mais presentes no grupo, sobressaíram-se: as inconveniências quanto ao deslocamento (com 69 votos, eleito por 78% dos participantes); a não adesão do cuidador às orientações dadas pela equipe (com

71 votos, eleito por 80% dos participantes); e atuar em áreas de alto risco de violência urbana (com 87 votos, eleito por 98% dos participantes).

As circunstâncias menos votadas como estressores ocupacionais pelos profissionais foram: escassez de recursos financeiros destinados ao serviço; ter contato com conflitos familiares do paciente; precariedade das condições do domicílio do usuário para realização dos procedimentos; falta de espaço físico adequado para o trabalho realizado na instituição; falta ou precariedade de equipamentos; formação profissional especializada insuficiente na área; lidar com diferentes concepções de saúde e de doença entre a equipe e os usuários; ter dificuldade para trabalhar com indicadores de produção e de avaliação; atuar em uma nova modalidade de atenção à saúde, em fase de desenvolvimento e regulamentação; trabalhar no domicílio do paciente, e não em um estabelecimento de saúde; lidar com usuários de baixo nível sócio-econômico-cultural. Os quatro últimos foram aqueles que se revelaram os menos presentes entre os profissionais com, respectivamente, 22, 19, 12, e nove votos.

Já que o instrumento oferecia a possibilidade de que, caso desejassem, os profissionais poderiam mencionar estressores específicos para eles que não constavam na lista, duas circunstâncias novas foram acrescentadas à lista de estressores do questionário por participantes diferentes. São elas: “Não cumprimento dos horários pré-estabelecidos” e “Não poder dedicar tempo integral ao programa (de assistência domiciliar)”. Esta última também foi escolhida pelo seu declarante como o seu estressor ocupacional mais intenso, ou seja, com maior potencial gerador de *stress*.

Tabela 5: Apuração da votação dos estressores ocupacionais em ordem decrescente

| Itens do Questionário de Estressores Ocupacionais | Frequência de votos |
|--|---------------------|
| 1. Atuar em áreas de alto risco de violência urbana. | 87 |
| 12. Não adesão do cuidador às orientações dadas pela equipe. | 71 |
| 4. Ter inconveniências quanto ao deslocamento (engarrafamento, acidentes etc.). | 69 |
| 6. Falta de recursos humanos (poucos profissionais em relação à demanda). | 67 |
| 13. Não adesão do paciente às orientações dadas pela equipe. | 66 |
| 22. Falta de redes sociais de apoio. | 66 |
| 17. Ter vínculo empregatício instável. | 63 |
| 21. Desarticulação com unidade básica e de média complexidade. | 61 |
| 23. Ter prejuízo na sua atuação por depender de trabalho proveniente de outras pessoas ou sessões externas à equipe. | 61 |
| 16. Ter baixa remuneração | 57 |
| 19. Ter conflitos de relacionamento entre colegas de trabalho. | 57 |
| 5. Falta ou precariedade de meio de transporte. | 54 |
| 15. Morte do paciente. | 51 |
| 20. Ter apoio político insuficiente por parte da gestão da instituição. | 46 |
| 9. Escassez de recursos financeiros destinados ao serviço. | 45 |
| 11. Ter contato com conflitos familiares do paciente. | 45 |
| 10. Precariedade das condições do domicílio do usuário para realização dos procedimentos. | 43 |
| 7. Falta de espaço físico adequado para o trabalho realizado na instituição. | 42 |
| 8. Falta ou precariedade de equipamentos. | 38 |
| 18. Formação profissional especializada insuficiente na área. | 34 |
| 24. Lidar com diferentes concepções de saúde e doença entre a equipe e os usuários. | 25 |
| 25. Ter dificuldade para trabalhar com indicadores de produção e de avaliação. | 22 |
| 3. Atuar em uma nova modalidade de atenção à saúde, em fase de desenvolvimento e regulamentação. | 19 |
| 2. Trabalhar no domicílio do paciente, e não em um estabelecimento de saúde. | 12 |
| 14. Lidar com usuários de baixo nível sócio-econômico-cultural. | 9 |

LEGENDA DA TABELA 5

| Frequência de votos | Categorias |
|---------------------|---|
| De 68 a 89 | Estressor quase sempre ou sempre presente |
| De 46 a 67 | Estressor frequentemente presente |
| De 23 a 45 | Estressor presente às vezes |
| De 0 a 22 | Estressor nunca ou raramente presente |

Quanto ao estressor ocupacional eleito pelos participantes como mais intenso, encontrou-se 45% (40) de votos para atuar em áreas de alto risco de violência urbana. Seguiu-se ter conflitos de relacionamento entre colegas de trabalho (15%; 13 votos) e ter vínculo empregatício instável (13%; 12 votos). Os demais estressores somaram 27% (24) dos votos (Tabela 6).

Tabela 6: Frequência de votos dos estressores apontados como “mais intenso”

| Estressor mais intenso | Nº de votos |
|---|--------------------|
| 1. Atuar em áreas de alto risco de violência urbana. | 40 |
| 4. Ter inconveniências quanto ao deslocamento (engarrafamento, acidentes etc.). | 1 |
| 5. Falta ou precariedade de meio de transporte. | 2 |
| 6. Falta de recursos humanos (poucos profissionais em relação à demanda). | 2 |
| 7. Falta de espaço físico adequado para o trabalho realizado na instituição. | 1 |
| 9. Escassez de recursos financeiros destinados ao serviço. | 1 |
| 10. Precariedade das condições do domicílio do usuário para realização dos procedimentos. | 1 |
| 12. Não adesão do cuidador às orientações dadas pela equipe. | 1 |
| 15. Morte do paciente. | 2 |
| 16. Ter baixa remuneração | 2 |
| 17. Ter vínculo empregatício instável. | 12 |
| 19. Ter conflitos de relacionamento entre colegas de trabalho. | 13 |
| 20. Ter apoio político insuficiente por parte da gestão da instituição. | 4 |
| 21. Desarticulação com unidade básica e de média complexidade. | 2 |
| 22. Falta de redes sociais de apoio. | 1 |
| 23. Ter prejuízo na sua atuação por depender de trabalho proveniente de outras pessoas ou sessões externas à equipe | 3 |
| 26. Não poder dedicar tempo integral ao programa (de assistência domiciliar). | 1 |

Ao analisar os estressores prevalentes de acordo com a presença ou não de *stress*, verificou-se que, tanto para os estressados como para os não estressados predominou atuar em áreas de alto risco de violência urbana. Depois, encontrou-se para os estressados, em ordem decrescente: não adesão do cuidador às orientações dadas pela equipe (54; 86% dos votos), ter inconveniências quanto ao deslocamento (51; 81% dos votos) e não adesão do paciente às orientações dadas pela equipe (51; 81% dos votos). Já para os não estressados, observou-se: falta de redes sociais de apoio (21; 81% dos votos), escassez de recursos financeiros destinados ao serviço (20; 77% dos votos) e falta de recursos humanos (19; 73% dos votos) (Tabelas 7 e 8).

Tabela 7: Estressores dos estressados* em ordem decrescente

| Estressores | Freq. | % |
|--|--------------|----------|
| 1. Atuar em áreas de alto risco de violência urbana. | 62 | 98% |
| 12. Não adesão do cuidador às orientações dadas pela equipe. | 54 | 86% |
| 4. Ter inconveniências quanto ao deslocamento (engarrafamento, acidentes etc.). | 51 | 81% |
| 13. Não adesão do paciente às orientações dadas pela equipe. | 51 | 81% |
| 6. Falta de recursos humanos (poucos profissionais em relação à demanda). | 48 | 76% |
| 23. Ter prejuízo na sua atuação por depender de trabalho proveniente de outras pessoas ou sessões externas à equipe. | 48 | 76% |
| 17. Ter vínculo empregatício instável. | 46 | 73% |
| 22. Falta de redes sociais de apoio. | 45 | 71% |
| 21. Desarticulação com unidade básica e de média complexidade. | 44 | 70% |
| 5. Falta ou precariedade de meio de transporte. | 41 | 65% |
| 16. Ter baixa remuneração | 41 | 65% |
| 19. Ter conflitos de relacionamento entre colegas de trabalho. | 41 | 65% |
| 15. Morte do paciente. | 36 | 57% |
| 7. Falta de espaço físico adequado para o trabalho realizado na instituição. | 33 | 52% |
| 11. Ter contato com conflitos familiares do paciente. | 33 | 52% |
| 10. Precariedade das condições do domicílio do usuário para realização dos procedimentos. | 32 | 51% |
| 20. Ter apoio político insuficiente por parte da gestão da instituição. | 31 | 49% |
| 9. Escassez de recursos financeiros destinados ao serviço. | 25 | 40% |
| 18. Formação profissional especializada insuficiente na área. | 24 | 38% |
| 8. Falta ou precariedade de equipamentos. | 22 | 35% |
| 24. Lidar com diferentes concepções de saúde e doença entre a equipe e os usuários. | 21 | 33% |
| 25. Ter dificuldade para trabalhar com indicadores de produção e de avaliação. | 17 | 27% |
| 3. Atuar em uma nova modalidade de atenção à saúde, em fase de desenvolvimento e regulamentação. | 14 | 22% |
| 2. Trabalhar no domicílio do paciente, e não em um estabelecimento de saúde. | 10 | 16% |
| 14. Lidar com usuários de baixo nível sócio-econômico-cultural. | 9 | 14% |

*Total de estressados = 63

Tabela 8: Estressores dos não estressados* em ordem decrescente

| Estressores | Freq. | % |
|--|-------|-----|
| 1. Atuar em áreas de alto risco de violência urbana. | 25 | 96% |
| 22. Falta de redes sociais de apoio. | 21 | 81% |
| 9. Escassez de recursos financeiros destinados ao serviço. | 20 | 77% |
| 6. Falta de recursos humanos (poucos profissionais em relação à demanda). | 19 | 73% |
| 4. Ter inconveniências quanto ao deslocamento (engarrafamento, acidentes etc.). | 18 | 69% |
| 12. Não adesão do cuidador às orientações dadas pela equipe. | 17 | 65% |
| 17. Ter vínculo empregatício instável. | 17 | 65% |
| 21. Desarticulação com unidade básica e de média complexidade. | 17 | 65% |
| 8. Falta ou precariedade de equipamentos. | 16 | 62% |
| 16. Ter baixa remuneração | 16 | 62% |
| 19. Ter conflitos de relacionamento entre colegas de trabalho. | 16 | 62% |
| 13. Não adesão do paciente às orientações dadas pela equipe. | 15 | 58% |
| 15. Morte do paciente. | 15 | 58% |
| 20. Ter apoio político insuficiente por parte da gestão da instituição. | 15 | 58% |
| 5. Falta ou precariedade de meio de transporte. | 13 | 50% |
| 23. Ter prejuízo na sua atuação por depender de trabalho proveniente de outras pessoas ou sessões externas à equipe. | 13 | 50% |
| 11. Ter contato com conflitos familiares do paciente. | 12 | 46% |
| 10. Precariedade das condições do domicílio do usuário para realização dos procedimentos. | 11 | 42% |
| 18. Formação profissional especializada insuficiente na área. | 10 | 38% |
| 7. Falta de espaço físico adequado para o trabalho realizado na instituição. | 9 | 35% |
| 3. Atuar em uma nova modalidade de atenção à saúde, em fase de desenvolvimento e regulamentação. | 5 | 19% |
| 25. Ter dificuldade para trabalhar com indicadores de produção e de avaliação. | 5 | 19% |
| 24. Lidar com diferentes concepções de saúde e doença entre a equipe e os usuários. | 4 | 15% |
| 2. Trabalhar no domicílio do paciente, e não em um estabelecimento de saúde. | 2 | 8% |
| 14. Lidar com usuários de baixo nível sócio-econômico-cultural. | 0 | 0% |

*Total de não estressados = 26

Quanto ao estressor eleito como mais intenso pelos profissionais estressados e pelos não estressados, pode-se ressaltar que, em ambos os grupos, o maior número de votos foi para atuar em áreas de alto risco de violência urbana (29 e 11, respectivamente). Para os demais estressores do questionário, os profissionais não estressados deram, no máximo dois votos. Já os estressados, deram um número razoável de votos também para ter vínculo empregatício instável (10) e ter conflitos de relacionamento entre colegas de trabalho (11), ficando os outros estressores com o máximo de dois votos (Tabela 9).

Tabela 9: Estressores dos estressados e dos não estressados de acordo com a intensidade

| Estressor mais intenso | Não | | Total |
|---|-------------|-------------|-------|
| | estressados | Estressados | |
| 1. Atuar em áreas de alto risco de violência urbana. | 11 | 29 | 40 |
| 4. Ter inconveniências quanto ao deslocamento (engarrafamento, acidentes etc.). | — | 1 | 1 |
| 5. Falta ou precariedade de meio de transporte. | 2 | — | 2 |
| 6. Falta de recursos humanos (poucos profissionais em relação à demanda). | 2 | — | 2 |
| 7. Falta de espaço físico adequado para o trabalho realizado na instituição. | 1 | — | 1 |
| 9. Escassez de recursos financeiros destinados ao serviço. | — | 1 | 1 |
| 10. Precariedade das condições do domicílio do usuário para realização dos procedimentos. | — | 1 | 1 |
| 12. Não adesão do cuidador às orientações dadas pela equipe. | — | 1 | 1 |
| 15. Morte do paciente. | — | 2 | 2 |
| 16. Ter baixa remuneração | 1 | 1 | 2 |
| 17. Ter vínculo empregatício instável. | 2 | 10 | 12 |
| 19. Ter conflitos de relacionamento entre colegas de trabalho. | 2 | 11 | 13 |
| 20. Ter apoio político insuficiente por parte da gestão da instituição. | 2 | 2 | 4 |
| 21. Desarticulação com unidade básica e de média complexidade. | 1 | 1 | 2 |
| 22. Falta de redes sociais de apoio. | — | 1 | 1 |
| 23. Ter prejuízo na sua atuação por depender de trabalho proveniente de outras pessoas ou sessões externas à equipe | 1 | 2 | 3 |
| 26. Não poder dedicar tempo integral ao programa (de assistência domiciliar). | 1 | — | 1 |
| Total | 26 | 63 | 89 |

10.4. Escala de *Coping* Ocupacional – ECO

Quanto às estratégias de *coping* no trabalho, através da apuração do ECO, foi observado que os profissionais utilizavam, predominantemente, estratégias do tipo controle (84 dos 89 participantes; 94%). De todos os profissionais, apenas 4 (5%) usavam estratégias do tipo esquiva de modo prevalente, enquanto que um único profissional (1%) revelou usar de forma mais freqüente as estratégias do tipo manejo. Para esse último participante, as estratégias do tipo manejo que freqüentemente utilizava eram: “faço uma viagem” (item 15 do questionário) e “me torno mais sonhador(a)” (item 27); enquanto que as estratégias do tipo manejo que sempre usava eram: “tiro alguns dias para descansar” (item 12), “uso algum tipo de técnica de relaxamento” (item 28) e “procuro a companhia de outras pessoas” (item 29).

10.5. Relações entre as variáveis dos instrumentos

Foi investigado se havia relações de dependência entre *stress* e alguns dados do Questionário Informativo através da Prova Exata de Fisher ou do Teste do Qui-quadrado, de acordo com a distribuição de dados por casela. Deste modo, foi estudado se a presença de *stress* variava de acordo com o gênero, idade, estado civil, paternidade, escolaridade, vínculo empregatício, renda, tempo de exercício da profissão, tempo de trabalho na saúde pública, tempo de atuação na assistência domiciliar e quanto à obtenção de empregos extras. Com exceção do gênero, todas as demais variáveis do Questionário Informativo não apresentaram relação de dependência com o *stress* (pois obtiveram o valor de $p > 0,05$).

No que diz respeito à presença de *stress* entre os gêneros, observou-se que 78% (57) das mulheres apresentavam sintomas significativos de *stress*, enquanto que, dos homens, apenas 38% (seis) estavam estressados (Tabela 10 e Figura 10). Ao se aplicar a Prova Exata de Fisher, a fim de testar a hipótese de dependência entre as duas variáveis analisadas (*stress* e sexo), obteve-se o valor de $p = 0,0024$. Considerando ser este valor menor que o nível de significância adotado ($p = 0,05$) pode-se afirmar que a incidência de *stress* entre os profissionais da amostra depende do gênero ao qual pertencem. Logo, os resultados apontam que a presença de *stress* é maior entre as mulheres do que entre os homens.

Tabela 10: Stress nos profissionais segundo o gênero*

| Gênero | sem <i>stress</i> | | com <i>stress</i> | | Total |
|--------------|-------------------|-----|-------------------|-----|-------|
| | Freq. | % | Freq. | % | |
| Feminino | 16 | 22% | 57 | 78% | 73 |
| Masculino | 10 | 63% | 6 | 38% | 16 |
| Total | 26 | 29% | 63 | 71% | 89 |

* $p < 0,05$

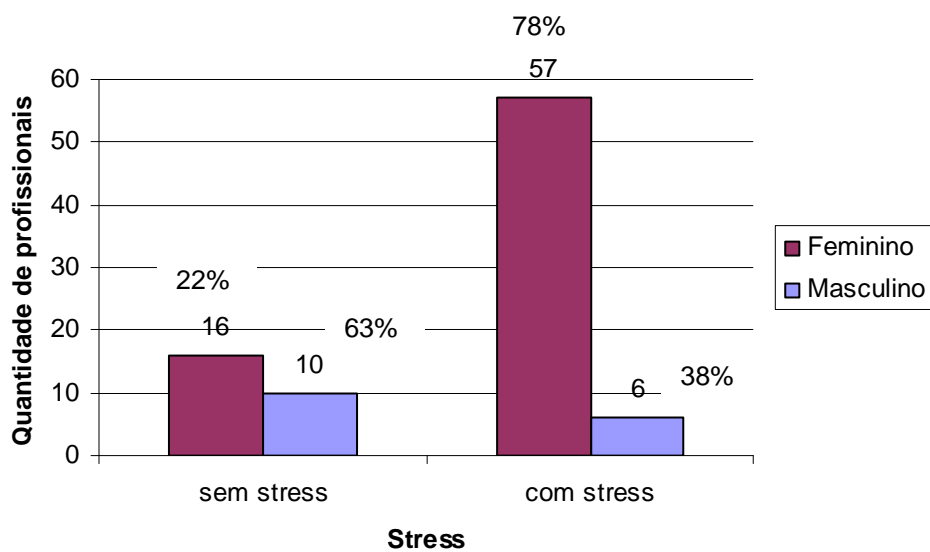


Figura 5: Stress nos profissionais segundo o gênero ($p < 0.05$)

Foram feitas ainda outras investigações a fim de identificar relações de dependência entre variáveis do ISSL, QUESTO e ECO. As relações estudadas foram: *stress* x quantidade de estressores, *stress* x estressor eleito como mais intenso, *stress* x estratégias de *coping*, e por último, quantidade de estressores x estratégias de *coping*. Para tal, foram usados a Prova Exata de Fisher ou o Teste do Qui-quadrado. Em todos esses casos, os valores de p foram superiores a 0,05, revelando não haver relações de dependência entre as duplas de variáveis citadas anteriormente.

11. DISCUSSÃO

Primeiramente, serão discutidos os aspectos sociais e ocupacionais levantados no Questionário Informativo. Em seguida, será feita a discussão dos resultados referentes ao principal objetivo do estudo que foi investigar o *stress*, os estressores ocupacionais e as estratégias de *coping* no trabalho de profissionais de saúde que atuam em assistência domiciliar, na rede pública, na cidade do Rio de Janeiro.

O grupo estudado dos profissionais de saúde da assistência domiciliar eram expressivamente mulheres (73) em comparação com os homens (16). Esse achado pode ser um reflexo da inserção crescente da mulher no mercado de trabalho, fenômeno este que tem sido observado na contemporaneidade. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) (2007), entre 1996 e 2006, o nível de ocupação das mulheres aumentou quase cinco pontos percentuais, enquanto que para os homens houve uma redução de cerca de um ponto percentual. Além disso, as profissões de saúde são intimamente ligadas ao cuidado do outro, um papel que costuma chamar a atenção do gênero feminino. Também segundo o IBGE (2007), as mulheres brasileiras que têm a partir de 12 anos de estudo e trabalham, tendem a se inserir no mercado de trabalho, privilegiando as áreas de educação, saúde e assistência social (44,5%). Enquanto que apenas 15,9% dos homens se inserem nessas áreas.

Observou-se também uma tendência a empregar os mais jovens neste tipo de serviço, pois 72% dos participantes tinham de 21 a 40 anos de idade, em oposição a 28%, com 41 a 60 anos. Quanto menor a faixa etária, maior era o número de profissionais envolvidos na assistência domiciliar. O tempo de formado dos profissionais da amostra revela-se coerente com a faixa etária prevalente entre eles. Assim, mais da metade dos profissionais (51%) era composta por recém formados que possuíam, no máximo, cinco anos de profissão, o que pode ter influenciado no

contingente ainda maior (70%) de profissionais que tinham até cinco anos de atuação na saúde pública. E mais: considerando o quão recentes são os programas de assistência domiciliar envolvidos na pesquisa, entende-se por que a maioria dos profissionais (54%) tinha apenas até 12 meses de experiência na assistência domiciliar.

A prevalência de profissionais jovens pode ajudar a explicar a grande presença de solteiros (40) e casados (ou que viviam com parceiro) (40), em detrimento dos outros estados civis. Afinal, como a separação conjugal normalmente acontece depois de um período de convivência “matrimonial”, é comum que os separados ou divorciados (7) tenham mais idade que solteiros e “casados”. Também a viuvez, por ser mais freqüente entre pessoas idosas, ajuda a explicar o fato de não ter sido encontrado viúvos na amostra.

Quanto ao número de filhos, verificou-se que a realidade dos profissionais estudados acompanhou o que tem sido observado nos indicadores sociais da população brasileira. Segundo o IBGE (2007), entre 1996 e 2006, a redução do número de filhos foi expressiva. Em 2006, das 32,7 milhões de mulheres com filhos, 30,9% tinham um filho; 33,3%, dois filhos; e 35,8%, três filhos ou mais. Em 1996, no entanto, esses percentuais eram de 25,0%, 30,1% e 44,9%, respectivamente. Tal fenômeno já vem ocorrendo desde as últimas décadas. E como foi mencionado, dos 89 profissionais consultados, 36 eram pais. Destes, 19 tinham um filho, 15 tinham dois filhos, ao passo que apenas dois possuíam três ou mais filhos.

No que diz respeito à educação, foi possível perceber que quanto maior o nível de escolaridade, maior a quantidade de profissionais engajados na assistência domiciliar. Essa conjuntura corresponde a mais uma propensão verificada na atualidade, em que cada vez mais tem sido exigido aperfeiçoamento profissional para conquistar um espaço no competitivo mercado de trabalho.

Na composição das equipes de atenção domiciliar, nota-se a prevalência de enfermeiros e fisioterapeutas. Provavelmente, isso ocorre devido ao marcante objetivo que esses programas têm de recuperação da autonomia do paciente para cuidar de si, questão que se encaixa mais no papel dessas categorias profissionais.

Apesar de a pesquisa ter estudado os serviços de atenção domiciliar do SUS, a maioria dos profissionais empregados era de contratados, somando um total de 68 pessoas, ao passo que apenas 17 eram funcionários públicos. Ao ir a campo realizar a pesquisa, foi verificado que os programas mais antigos adquiriram seus membros através de realocação de servidores públicos interessados no novo tipo de assistência. Porém, os programas mais recentes, foram formados pelas contratações. Perillo (2007) afirma que esta última forma de vínculo empregatício tem sido cada vez mais freqüente no âmbito do SUS, uma vez que elas possuem o ponto positivo de ser um processo mais rápido de atender às demandas por novos serviços e ampliação daqueles já existentes. No entanto, é preciso considerar que também existe o lado negativo das contratações porque elas, algumas vezes, têm conduzido a problemas legais e gerenciais.

O resultado referente à avaliação do *stress* dos profissionais corroborou a hipótese do estudo de que eles estariam estressados, pois 71% deles apresentavam sintomas significativos de *stress*. Pesquisas sobre o *stress* de profissionais de saúde que atuam em outros tipos de serviço (Camelo & Angerami, 2004; Malagris & Fiorito, 2006) encontraram dados semelhantes ao do presente estudo no que diz respeito à presença de *stress*, à distribuição de profissionais de saúde por fases do *stress* e por predominância do tipo de sintomas. Em outras palavras, os profissionais de saúde que trabalham na assistência domiciliar, assim como outros profissionais de saúde que atuam em serviços diferentes, quando estressados, concentram-se na fase de resistência do *stress*, em detrimento da fase de quase exaustão, além de não se encaixarem nas

fases de alerta e exaustão. E ainda: tendem a experimentar predominantemente os sintomas psicológicos do *stress*, seguidos dos sintomas físicos, e por último, a sintomatologia psicológica e física nas mesmas proporções.

O fato de a maior parte dos profissionais participantes do estudo ter sido constituída por recém formados, que tentavam ainda se firmar no mercado de trabalho, sendo contratados e não concursados, e acumulando outro(s) emprego(s) além do serviço de atenção domiciliar, pode ter aumentado a vulnerabilidade deles ao *stress* ocupacional.

Além disso, foi observado também que os profissionais eram maciçamente mulheres e que elas estavam significativamente mais estressadas do que os homens, pois, no grupo de estressados, 57 eram mulheres e apenas seis eram homens. O sexo feminino tem se mostrado expressivamente mais propenso ao *stress* em várias pesquisas (Calais, Andrade & Lipp, 2003; Lipp, Pereira, Floksztrumpf, Muniz & Ismael, 1996; Tanganelli & Lipp, 1998; Tricoli, 1997). Esse dado pode ser explicado por uma série de mudanças pelas quais as mulheres estão passando em vários aspectos da sociedade. Por exemplo, a entrada delas no mercado de trabalho não as isenta dos afazeres domésticos, pelo contrário, a participação delas nas tarefas de casa é ainda maior quando trabalham fora, acumulando responsabilidades. Verifica-se ainda um número crescente de mulheres que têm se tornado “chefes” da família, cuidando do sustento do lar. E ainda costumam obter remuneração inferior às dos homens (IBGE, 2007). Esse contexto de sucessivas mudanças exigentes e sobrecarga de tarefas parece favorecer a vulnerabilidade ao *stress* no sexo feminino.

Passando agora a discussão para as fontes de *stress* ocupacional encontradas na assistência domiciliar do SUS no Rio de Janeiro, há que se considerar a quase unânime revelação da violência urbana como estressor. E mais ainda: a violência urbana também

foi considerada a circunstância com maior potencial estressante. Tendo em vista que os profissionais de saúde em questão realizam o seu trabalho em percurso pela cidade e indo ao encontro, muitas vezes, de moradias situadas em locais com alto índice de violência, é possível compreender que eles experimentem a conseqüente ameaça à sua integridade física como o maior estressor ocupacional ao qual estão expostos. Existem relatos de experiências com interpelações à mão armada, assaltos e seqüestro relâmpago durante o trabalho. Alguns profissionais relataram durante a aplicação dos instrumentos que já houve casos de pacientes ligarem para a equipe, dizendo para cancelar o atendimento do dia devido a tiroteios na região onde moram. O paciente e sua família tentam proteger, como podem, a vida dos profissionais.

Um estudo revelou (Sena, Silva, Leite, Maia & Braga, 2002) que entre as dificuldades enfrentadas pelos gestores de saúde, está a violência contra os profissionais. Em uma outra pesquisa, focada na questão da violência aos profissionais de saúde (Silva, Sena & Leite, 2004), evidenciou-se que a violência reflete negativamente na qualidade da assistência prestada, já que os profissionais trabalham assustados pela possibilidade de serem vítimas de alguma agressão. Neste mesmo estudo, as autoras defendem a idéia de uma articulação plural no combate à violência, envolvendo os setores de saúde, segurança pública, geração de emprego e renda, educação e comunidade. A realização de programas de educação permanente também foi citada como uma boa proposta de erradicação da violência.

É preciso realmente se ater com esmero ao aspecto da segurança porque este tem demonstrado que influencia bastante a qualidade de vida dos profissionais. Este cenário reforça o conceito de determinantes sociais da saúde, ou seja, “as condições de vida e trabalho dos indivíduos e de grupos da população estão relacionadas com sua situação de saúde” (Buss & Pellegrini Filho, 2007, p. 78). Portanto, trabalhar em áreas de alto

risco de violência urbana afeta a saúde dos profissionais da assistência domiciliar. Contudo, os determinantes sociais da saúde podem sofrer modificações através de ações baseadas em informação (Krieger, 2001). Neste sentido, o presente estudo deseja contribuir de alguma forma.

No que diz respeito ao segundo estressor mais presente, – não adesão do cuidador às orientações dadas pela equipe – pode-se perceber a relevância que o cuidador tem na organização desta modalidade de atenção à saúde. Afinal, o êxito da assistência depende, na maior parte do tempo, da atuação dos cuidadores. Se estes são engajados no serviço, muito se conquista, mas se são descompromissados, surgem obstáculos sérios. Também existem ocasiões de divergentes pontos de vista entre cuidadores e equipe de saúde no que tange aos cuidados para com o paciente e, neste caso, é estressor o conflito no plano de cuidado que surge entre equipe e cuidador. É preciso investir na arte de conjugar os anseios da equipe e do cuidador em prol da efetividade. Daí pode advir bons frutos e psicólogo pode ajudar neste processo.

O resultado referente ao transtorno gerado pelas inconveniências do deslocamento encontrou consonância com a literatura, uma vez que Floriani e Schramm, em artigo publicado no ano de 2004, apontaram a existência desta dificuldade. O estressor em questão se encaixa bem com a especificidade do tipo de serviço (domiciliar). Afinal, a equipe tem como rotina de trabalho se deslocar de uma casa à outra ininterruptamente, através do trânsito turbulento de uma metrópole (Rio de Janeiro). Para amenizar este transtorno as equipes estudadas já procuram adotar algumas estratégias de *coping* do tipo controle que reduzem, o quanto é possível, este estressor. Por exemplo, marcam os atendimentos e planejam as rotas do veículo de acordo com a proximidade entre as casas, buscam rodovias menos movimentadas, escolhem horários de saída e chegada, consultam meios de comunicação sobre as condições do tráfego,

entre outras. No entanto, provavelmente, fazer uso de estratégias de *coping* do tipo manejo, tais como o relaxamento e alimentação adequada, poderia os capacitar mais no trato com este estressor.

Outros estressores se mostraram presentes de modo relevante. Alguns relacionados com a falta de recursos, outros com questões trabalhistas de salário e instabilidade, e também aqueles referentes às relações humanas (relacionamento com colegas de trabalho e usuários, morte de paciente). Estes últimos podem ser mais bem administrados a partir da intervenção do psicólogo. Porém, dos nove programas de assistência domiciliar envolvidos na pesquisa, somente três contavam com a psicologia na composição da equipe de saúde. Lembrando Campos (2003), pode-se afirmar que a gama de estressores aos quais os profissionais em questão estão expostos é reflexo do processo de construção e consolidação do SUS na luta contra uma herança histórica da saúde desordenada.

Quando foram analisadas as principais fontes de *stress* dos estressados em comparação com os não estressados, observou-se uma diferença interessante. Normalmente, os estressados apontaram circunstâncias com implicações mais pessoais (não adesão do cuidador ou do paciente às orientações dadas pela equipe; ter inconveniências quanto ao deslocamento). Ao passo que os não estressados costumaram citar eventos com implicações mais externas a si (falta de redes sociais de apoio; escassez de recursos financeiros destinados ao serviço; falta de recursos humanos). Parece que, no grupo estudado, os estressores de maior contribuição para o *stress* são aqueles que dependem mais de soluções que partam do indivíduo e afetam mais a ele mesmo.

No que diz respeito ao estudo de relações entre variáveis, conforme mencionado nos resultados, não foram identificadas relações de dependência entre as seguintes

variáveis: *stress* x quantidade de estressores, *stress* x estressor eleito como mais intenso, *stress* x estratégias de *coping*, e por último, quantidade de estressores x estratégias de *coping*. Não se encontrou relação de dependência entre *stress* e sexo, idade, estado civil, paternidade, escolaridade, vínculo empregatício, renda, tempo de exercício da profissão, tempo de trabalho na saúde pública, tempo de atuação na assistência domiciliar e quanto à obtenção de empregos extras. Tais resultados não confirmam a hipótese do estudo de que existiriam relações de dependência entre aspectos sociais, profissionais, *stress*, quantidade de estressores ocupacionais e tipos de estratégias de *coping* predominantemente usadas por esses profissionais no trabalho. Talvez isso tenha ocorrido porque o número de participantes, apesar de representativo da população estudada, ainda possa ter sido pequeno para que os cálculos estatísticos identificassem relações de dependência. Embora, é possível que de fato a hipótese não corresponda à realidade do grupo estudado. Além do mais, o *stress* pode estar relacionado a variáveis não estudadas nesta pesquisa, as quais em outros estudos possam ser investigadas.

Quanto aos tipos de estratégias de *coping* usadas no trabalho, foi bom sinal o fato de apenas 5% dos profissionais usarem predominantemente o fator esquiva, por vários motivos apontados pela literatura: as estratégias de esquiva aumentam a exaustão emocional, que é um sintoma do *stress* excessivo (Leiter, 1991; Tamayo & Tróccoli, 2002); fuga ou evitação do evento estressor mantêm uma relação positiva com o *burnout* (Etzion & Pines, 1986 e Thorton, 1992); encontrou-se uma associação positiva entre sintomas depressivos e esquiva (Amirkhan, 1990); supõe-se que as estratégias de esquiva sejam mais usadas em ambientes de trabalho altamente estressantes, podendo, neste caso extremo, ser a alternativa mais adaptativa disponível (Pinheiro *et al.*, 2003). Portanto, é positivo ter encontrado pouco uso preferencial de estratégias do tipo esquiva. Isso indica a existência de prazer e gratificação no trabalho realizado.

Já as estratégias de *coping* do tipo controle são amplamente usadas no grupo estudado (94%) e, ao mesmo tempo, identificou-se um grande contingente de estressados (71%). Esses dados encontram algumas discrepâncias quanto ao que é divulgado na literatura, onde se encontra que: estratégias de controle previnem o desenvolvimento do *stress* excessivo (Gil-Monte & Peiró, 1997); o uso deste tipo de estratégia também está relacionado com um reduzido índice de exaustão emocional (Leiter, 1991); o fator controle no enfrentamento do *stress* obteve associação negativa com a ansiedade (Latack, 1986).

Muitas pesquisas existentes fortalecem a hipótese de que pessoas que procuram usar estratégias do tipo controle estão menos vulneráveis a experimentar ansiedade relacionada ao trabalho (Pinheiro *et al.*, 2003). Diante desta informação, supõe-se que o *stress* vivenciado pelos profissionais do presente estudo pode ter suas fontes mais localizadas em aspectos externos ao trabalho. Esta pesquisa não investigou tal questão, se atendo somente ao âmbito do trabalho, mas seria interessante que estudos futuros assim o fizessem. De qualquer forma, reduzir a contribuição que os fatores do trabalho fornecem para o *stress* geral da pessoa é uma ajuda importante.

No que tange às estratégias do tipo manejo, estas apareceram como predominantemente usadas no trabalho apenas por um profissional participante do estudo. Por outro lado, Lipp e Malagris (2001) afirmaram a importância de munir-se também com estratégias do tipo manejo para enfrentar o *stress* excessivo. Logo, sugere-se a importância desses profissionais desenvolverem também um repertório de estratégias de *coping* do tipo manejo, pois estas podem incluir no dia-a-dia deles atividades para melhorar a qualidade de vida, reduzindo sua vulnerabilidade ao *stress*. É possível que o índice encontrado de profissionais estressados fosse menor se as estratégias de *coping* do tipo manejo estivessem mais em uso, junto com aquelas do tipo

controle. Novas estratégias de *coping* aprendidas podem ser úteis não só no trabalho, mas também em outras esferas da vida do indivíduo.

Cabe lembrar as idéias de Maslach e Leiter (1997), onde as intervenções de solução ou prevenção para o *stress* ocupacional excessivo devem abarcar tanto o profissional quanto o seu local de trabalho, com o propósito de desenvolver um processo de recuperação do equilíbrio entre os anseios do indivíduo e as demandas do trabalho.

O presente estudo pode servir de base para o planejamento de trabalhos de prevenção e tratamento do *stress*, assim como também pode ajudar às instituições que têm esse tipo de trabalho a pensarem sobre possível melhora nas condições de trabalho, de modo que haja a redução de estressores.

12. LIMITAÇÕES DO ESTUDO

Como todas as pesquisas, especialmente aquelas que envolvem seres humanos, esta também apresenta algumas limitações que valem a pena serem discutidas. A começar pelo número de participantes que apesar de significar parcela representativa da população, ainda assim se mostra reduzido para uma análise estatística mais detalhada. Além disso, o fato de existirem algumas categorias com número ínfimo de profissionais impossibilitou que se pudesse revelar os resultados por categoria, já que isto poderia comprometer a confidencialidade da pesquisa. Tal fato também impediu análises comparativas entre os profissionais, o que poderia se constituir em algo bem interessante. Outra limitação se refere ao questionário criado pela autora, pois o mesmo solicitou que os participantes marcassem apenas se o evento era estressor ou não. Teria sido interessante se, para cada evento estressor, fosse oferecida a possibilidade de avaliação da intensidade do mesmo. Mas, para isso, o período do curso de Mestrado poderia ser muito curto. Já em um Doutorado, não haveria este empecilho.

Por fim, convém lembrar dos limites inerentes às pesquisas com seres humanos, pois as condições físicas e emocionais dos participantes no momento da avaliação, assim como a sua capacidade de percepção, podem influenciar nas suas respostas aos instrumentos. Ainda vale lembrar que seria interessante ter feito alguma consulta a outros segmentos envolvidos na assistência domiciliar como com os administradores e os próprios usuários, pois estes poderiam fornecer dados de grande relevância para que um estudo mais amplo fosse realizado.

Apesar das limitações, acredita-se que os resultados encontrados possam ser de grande contribuição para a área, pois podem servir de base para estudos em outros municípios, assim como pode gerar trabalhos de intervenção ou prevenção junto a esses

profissionais e instituições envolvidas com o intuito do aprimoramento da qualidade de vida dos profissionais e da melhoria da qualidade de seus atendimentos.

13. CONCLUSÃO

É fato que a maioria dos profissionais de saúde que atuam na assistência domiciliar do SUS na cidade do Rio de Janeiro apresenta sintomas significativos de *stress*. Para melhor qualidade de vida destas pessoas que trabalham diariamente pelo bem-estar do outro, é importante o investimento no cuidado de si mesmo. Exercendo o seu direito à saúde, os profissionais podem prestar um atendimento mais humanizado aos seus pacientes.

O desenvolvimento de estratégias cognitivas e comportamentais para lidar com o *stress* pode ser uma importante contribuição para o bem-estar dos profissionais de saúde. No entanto, os dados deste estudo mostram que também seriam úteis mudanças organizacionais nas instituições de saúde e nas políticas de gestão. Investir tanto nos atributos pessoais como naqueles do contexto de trabalho são medidas que podem reduzir a vulnerabilidade ao *stress* excessivo.

A violência urbana, circunstância tão estressante para os profissionais da assistência domiciliar, exige ainda empenho de outros setores da sociedade para a amenização dos seus custos. Trata-se de uma questão muito complexa que requer a ação conjunta dos setores da saúde, segurança pública, da comunidade, educação, entre outros.

A assistência domiciliar representa uma nova modalidade de atenção à saúde que atende às exigências de conformações atuais do setor saúde. Investir em pesquisas para bem implementá-la constitui-se em relevante contribuição à sociedade. Este estudo pretende cooperar com uma assistência no domicílio cada vez mais humanizada, integral e que valorize os profissionais que se dedicam a este trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, S. M. L. de. (2003). *Qualidade de vida do idoso: A assistência domiciliar faz a diferença?* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Alvarez, A. M. (2001). *Tendo que cuidar: A vivência do idoso e de sua família cuidadora no processo de cuidar e ser cuidado em contexto domiciliar*. Tese de Doutorado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Alves, M. (1999). Absenteísmo e sofrimento no trabalho. Em J. dos. R. Sampaio (Org.), *Qualidade de vida, saúde mental e psicologia social: Estudos contemporâneos II* (pp. 217-235). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Amirkhan, J. H. (1990). A Factor analytically derived measure of coping: The Coping Strategy Indicator. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59 (5), 1066-1074.

Andrade, L. O. M. de. (2002). *Sistema de Salud de Brasil: Normas, Gestión y Financiamiento*. (C. C. A. Cavalcante, trad.). São Paulo: Hucitec; Sobral: Uva.

Baigs, J., & Williams, K. (1997). The home health agency. Em M. Harris (Ed.), *Handbook of home care administracion* (pp. 15-22). USA: Aspen Publication.

Benevides-Pereira, A. M. T. (2003). O estado da arte do burnout no Brasil. *Revista Eletrônica InterAção Psy*, 1, 4-11.

Beresford, B. A. (1994). Resources and strategies: how parents cope with the care of a disabled child. *Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines*, 35 (1), 171-209.

Beverly, R., & Brian, K. (1991). Estrés en los trabajadores de la salud. *Protección y seguridad*, 3, 35-40.

Bocchi, S. C. M. (2001). *Movendo-se entre a liberdade e a reclusão: Vivendo uma experiência de poucos prazeres ao vir-a-ser um familiar cuidador de uma pessoa com AVC*. Tese de Doutorado, Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Borges, L. de. O., Argolo, J. C. T., & Baker, M. C. S. (2006). Os valores organizacionais e a síndrome de burnout: Dois momentos em uma maternidade pública. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 19 (1), 34-43.

Borges, L. de O., Argolo, J. C. T., Pereira, A. L. de S., Machado, E. A. P., & Silva, W. S. da. (2002). A síndrome de burnout e os valores organizacionais: Um estudo comparativo em hospitais universitários. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 15 (1), 189-200.

Brasil. (1990a). Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990: Dispõe sobre as condições para a promoção e recuperação da saúde, a organização e funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.

Brasil. (1990b). Lei n.º 8.142 de 28 de dezembro de 1990: Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema único de saúde – SUS e sobre as transferências intragovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.

Brasil. (2002). Lei n.º 10.424 de 15 de abril de 2002: Acrescenta capítulo e artigo à Lei n.º 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento de serviços correspondentes e dá outras providências, regulamentando a assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). (2006). Resolução da Diretoria Colegiada – RDC nº 11 de 26 de janeiro de 2006: Dispõe sobre o Regulamento Técnico de Funcionamento de Serviços que prestam Atenção Domiciliar. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.

Brasil. Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS). (2006). Política Nacional de Internação Domiciliar. Brasília: *Nota Técnica 02 / 2006*.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). (1999). Portaria n.º 1.395 de 9 de dezembro de 1999: Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2004). *O SUS no seu município: Garantindo saúde para todos*. Brasília.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2006). Portaria n.º 399 de 22 de fevereiro de 2006: Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.

Brasil. Ministério da Saúde (MS). (2006). Portaria nº 2.529 de 19 de outubro de 2006: Institui a Internação Domiciliar no âmbito do SUS. Brasília: *Diário Oficial da República Federativa do Brasil*.

Brasil. Senado Federal (SF). (1988). *Constituição da República Federativa do Brasil, de 1988*. Brasília.

Campos, C. E. A. (2003). O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8 (2), 569-584.

Buss, P. M., & Pellegrini Filho, A. (2007). A saúde e seus determinantes sociais. *PHYSIS: Revista de Saúde Coletiva*, 17(1):77-93.

Calais, S. L., Andrade, L. M. B. de, & Lipp, M. E. N. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de stress em adultos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(2), 257-263.

Camelo, S. H. H., & Angerami, E. L. S. (2004). Sintomas de estresse nos trabalhadores atuantes em cinco núcleos de saúde da família. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 12 (1), 14-21.

Carletti, S. M. da M., & Rejani, M. I. (2002). Atenção domiciliária ao paciente idoso. Em M. P. Netto (Org.), *Gerontologia: A velhice e o envelhecimento em visão globalizada* (pp. 415-430). São Paulo: Editora Atheneu.

Carvalho, L. de. (2005). *Stress em profissionais de saúde*. Monografia, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (2), 267-283.

Collopy, B., Dubler, N., & Zuckerman, C. (1990, March/April). The ethics of home care: autonomy and accommodation. *The Hastings Center Report* 20 (Suppl. 2), 1-16.

Dal Ben, L. W. (2000). Serviço de atendimento de enfermagem residencial. Em Y. A. de O. Duarte, & M. J. D. Diogo (Orgs.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 575-582). São Paulo: Editora Atheneu.

Dewe, P., Cox, T., & Ferguson, E. (1993). Individual strategies for coping with stress at work: A review. *Work & Stress*, 7 (1), 5-15.

Dieckmann, J. (1997). Home health administration: An overview. Em M. Harris (Ed.), *Handbook of home care administration* (pp. 3-13). USA: Aspen Publication.

Dierendonck, D. V., Schaufeli, W. B., & Buunk, B. P. (1998). The evaluation of an individual burnout intervention program: the role of inequity and social support. *Journal of Applied Psychology*, 83, 392-407.

Duarte, Y. A. de O., & Diogo, M. J. D. (2000). Atendimento domiciliário: Um enfoque gerontológico. Em Y. A. de O. Duarte, & M. J. D. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 3-17). São Paulo: Editora Atheneu.

Elias, P. E. (2004). Estado e saúde: Os desafios do Brasil contemporâneo. *São Paulo em perspectiva*, 18 (3), 41-46.

Etzion, D., & Pines, A. (1986). Sex and culture in burnout and coping among human service professionals: a psychological perspective. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 17, 191-209.

Everly, G. S. (1989). *A Clinical Guide to the Treatment of the Human Stress Response*. New York: Plenum Press.

Fabício, S. C. C., Wehbe, G., Nassur, F. B., & Andrade, J. I. de. (2004). Assistência Domiciliar: A experiência de um hospital privado do interior paulista. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12 (5), 721-726.

Floriani, C. A., & Schramm, F. R. (2004). Atendimento domiciliar ao idoso: Problema ou solução? *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (4), 986-994.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3), 219-239.

Folkman, S., Lazarus, R.S. (1985). If It changes It must be a process: Study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (1), 150-170.

Folkman, S., Lazarus, R.S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., & Gruen, R. J. (1986). Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50 (5), 992-1003.

Frankenhaeuser, M. (1981). Coping with stress at work. *International Journal of Health Services*, 11 (4), 491-511.

Frankenhaeuser, M. & Gardell, B. (1976). Underload and overload in working life: outline of a multidisciplinary approach. *Journal of Human Stress*, 2(33), 35-46.

Gerschman, S., & Santos, M. A. B. dos. (2006). O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 21 (61), 177-190.

Gil-Monte, P., & Peiró, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: el síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis.

Gordilho, A., Sérgio, J., Silvestre, J., Ramos, L. R., Freire, M. P. A., Espindola, N., Maia, R., Veras, R., & Karsch, U. (2000). *Desafios a serem enfrentados no terceiro milênio pelo setor saúde na atenção integral ao idoso*. Rio de Janeiro: UnNATI/UERJ.

Greenberger, D., & Padesky, C. A. (1999). *A mente vencendo o humor*. (A. Caleffi, trad.). Porto Alegre: Artmed Editora. (Trabalho original publicado em 1995)

Handy, C.B. (1978) *Como compreender as organizações*. Rio de Janeiro: Zahar Editora.

Hirschfeld, M. J., & Oguisso, T. (2002). Visão panorâmica da saúde no mundo e a inserção do home care. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55 (4), 452-459.

Hochman, G., & Fonseca, C. M. O. (1999). O que há de novo? Políticas de saúde e previdência, 1937-1945. Em D. Pandolfi (Org.), *Repensando o Estado Novo* (pp.73-93), Rio de Janeiro: Editora da FGV.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2007) *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira – 2007* [On line] (acessado em 2007, novembro). Disponível:

http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/condicaodevida/indicadoresminimos/sinteseindicais2007/indic_sociais2007.pdf

Instituto de Assistência Médica ao Servidor Público Estadual (IAMSPE). (acessado em 2006, setembro) *Assistência Domiciliar* [On-line]. Disponível: <http://www.iamspe.sp.gov.br/portal/site/SES/menuitem.bf6a5bb39d93400ae2aae2a5c19714a0/?vgnextoid=dfe58ab6a64d8010VgnVCM1000001c01a8c0RCRD>

Karasek, R. A. (1979). Job demands, job decision latitude and mental strain: Implications for a job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24 (1), 285-308.

Karasek, R. A. & Theorell, T. (1990). The environment, the worker, and illness: psychosocial and physiological linkages. Em R. A. Karasek & T. Theorell (Orgs.). *Healthy Work: Stress, Productivity, and the Reconstruction of Working Life* (pp. 83-116). New York: Basic Books.

Karsch, U. M. (2003). Idosos dependentes: Famílias e cuidadores. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (3), 861-866.

Krieger N. (2001) A Glossary for social epidemiology. *Journal of Epidemiology Community Health*, 55, 693-700.

Laham, C. F. (2003). *Percepção de perdas e ganhos subjetivos entre cuidadores de pacientes atendidos em um programa de assistência domiciliar*. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.

Latack, J. C. (1986). Coping with job stress: Measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71 (3), 377-385.

Latack, J. C. & Havlovic, A. J. (1992). Coping with job stress: A conceptual evaluation framework for coping measures. *Journal of Organizational Behavior*, 13, 479-508.

Lazarus, R.S. (1966). *Psychological Stress and the Coping Process*. New York: McGraw-Hill.

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer Publishing Company.

Leiter, M. (1991). Coping patterns as predictors of burnout: The function of control and escapist coping patterns. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123-144.

Levi, L. Stress. (1983). Em *Encyclopaedia of occupational health and safety* (pp. 2106-2111) (3rd ed, v. 2). Geneva: International Labour Office.

Levi, L. (1984). Work, stress and health. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 10, 495-500.

Levi, L. (1988). Las enfermedades psicosomáticas como consecuencia del estrés profesional. Em R. Kalimo, M. A. El Batawi & C. L. Cooper (Orgs.). *Los Factores Psicosociales em el Trabajo y su Relación com la Salud* (pp. 9-182). Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N. (2004a). Stress emocional: Esboço da teoria de “temas de vida”. Em M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: Pesquisas avançadas* (pp. 17-30). Campinas, SP: Papirus.

Lipp, M. E. N. (2004b). Stress no trabalho: Implicações para a pessoa e para a empresa. Em F. de. P. N Sobrinho, & I. Nassaralla (Orgs.), *Pedagogia Institucional: Fatores humanos nas organizações* (pp. 215-236). Rio de Janeiro: Zit Gráfica e Editora.

Lipp, M. E. N. (2005). *Stress e o turbilhão da raiva*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.

Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. Em B. Rangé (Ed.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: Um diálogo com a psiquiatria* (pp. 475-490). Porto Alegre: Artmed Editora.

Lipp, M. E. N., Pereira, I. C., Floksztrumpf, C., Muniz, F. & Ismael, S. C. (1996). Diferenças em nível de stress entre homens e mulheres na cidade de São Paulo. [Resumos]. Em Pontificia Universidade Católica de Campinas (Org.), *Anais do I Simpósio sobre Stress e suas Implicações*. Campinas: PUC Campinas (p. 22).

Malagris, L. E. N. (2004). Burnout: O profissional em chamas. Em F. de. P. N Sobrinho, & I. Nassaralla (Orgs.), *Pedagogia Institucional: Fatores humanos nas organizações* (pp. 196-213). Rio de Janeiro: Zit Gráfica e Editora.

Malagris, L. E. N., & Fiorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área da saúde. *Estudos de Psicologia*, 23 (4), 391-398.

Marcon, S. S., Andrade, O. G., & Silva, D. M. P. da. (1998). Percepção de cuidadores familiares sobre o cuidado no domicílio. *Texto & Contexto Enfermagem*, 7 (2), 289-307.

Marques, S. M. (2003). *Singularidades do cuidado domiciliar durante o processo de morrer: A vivência de familiares cuidadores*. Dissertação de mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

Marques, S. M. & Ferraz, A. F. (2004). A vivência do cuidado domiciliar durante o processo de morrer: A perspectiva de familiares cuidadores. *Revista Mineira de Enfermagem*, 8 (1), 182-190.

Maslach, C. (1993). Burnout: a multidimensional perspective. Em W. B. Schaufeli, C. Maslach & T. Marek (Orgs.). *Professional Burnout: Recents Developments in Theory and Research* (pp. 19-32). Washington: Taylor & Francis.

Maslach, C. & Jackson, S. (1986). *Maslach Burnout Inventory Manual*. Palo Alto: Consulting Psychologist Press.

Maslach, C., & Leiter, M. (1997). *The truth about burnout: How organizations cause personal stress and what to do about it*. San Francisco: Josey-Bass.

Mazza, M. M. P. R. (2002). *Cuidar em família: Análise da representação social da relação cuidador familiar com o idoso*. Dissertação de Mestrado, Departamento de Prática de Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.

Mello, R. A. P. de. (2002). *Só quem cuida é que sabe: O vivido pelo cuidador domiciliar da pessoa com doença crônica*. Dissertação de Mestrado, Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.

Mendes, W. (2001). *Home Care: uma modalidade de assistência à saúde*. Rio de Janeiro: UnNATI/UERJ.

Mendes, W. (2006). A assistência domiciliar – home care. Em R. Veras & R. Lourenço (Eds.), *Formação humana em Geriatria e Gerontologia: Uma perspectiva interdisciplinar* (pp. 74-77). Rio de Janeiro: UnATI/UERJ.

Merhy, E. E., & Feuerwerker, L. M. (2007). *Atenção Domiciliar: Medicalização e substitutividade* [On line] (acessado em 2007, abril). Disponível: http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf

Miller, T.Q., Smith, T.W., Turner, C.W., Guijarro, M.L., & Hallet, A.J. (1996). A meta-analytic review of research on hostility and physical health. *Psychological Bulletin*, 119(2), 322–348.

Monteiro, C. P., & Monteiro, J. L. (2000). Internação domiciliária. Em Y. A. de O. Duarte, & M. J. D. Diogo (Eds.), *Atendimento domiciliar: Um enfoque gerontológico* (pp. 583-587). São Paulo: Editora Atheneu.

Moura, H. B. de O., Borges, L. de O., & Argolo, J. C. T. (2005). Saúde mental dos que lidam com a saúde: Os indicadores de Goldberg. Em L. de O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp.259-280). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Neto, E. R. A. (1991, junho). A lei orgânica do Sistema Único de Saúde: Uma proposta. *Saúde em Debate*, 4, 35-39.

Parkes, K. R. (1986). Coping in stressful episodes: The role of individual differences, environmental factors, and situational characteristics. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46 (3), 655-668.

Parkes, K. R. (1990). Coping, negative affectivity, and the work environment: Additive and interactive predictors of mental health. *Journal of Applied Psychology*, 75 (4), 399-409.

Parkes, K. R. (1994). Personality and coping as moderator of work stress processes: Models, methods and measures. *Work & Stress*, 8 (2), 110-129.

Paskulin, L. M. G. & Dias, V. R. F. G. (2002). Como é ser cuidador em casa: As percepções dos clientes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 55 (2), 140-145.

Paz, A. A., & Santos, B. R. L. dos. (2003, setembro/outubro). Programas de cuidado de enfermagem domiciliar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 56 (5), 538-541.

Perillo, C. D. (2007). *Gestão do trabalho e da educação no SUS* [On-line] (acessado em 2007, dezembro). Disponível:
http://www.farmacia.ufg.br/necaf/Aulas_af/gestao_trabalho_sus.pdf

Pitta, A. (1999). *Hospital, dor e morte como ofício*. São Paulo: Hucitec.

Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T., & Tamayo, M. R. (2003). Mensuração de coping no ambiente ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (2), 153-158.

Polignano, M. V. (acessado em 2005, outubro) História das políticas de saúde no Brasil: Uma pequena revisão [On-line]. Disponível:

www.medicina.ufmg.br/dmps/internato/saude_no_brasil.pdf

Porto, M. F. S. (2000). *Análise de riscos nos locais de trabalho: conhecer para transformar*. Série Cadernos de Saúde do trabalhador, nº 3. São Paulo: Instituto Nacional de Saúde no Trabalho (INST) – Central Única dos Trabalhadores (CUT).

Reinhold, H. H. (2002). Burnout. Em M. E. N. Lipp (Org.), *O stress do professor* (pp. 63-80). Campinas: Papyrus.

Rocha, L. E., & Glima, D. M. R. (2000). Distúrbios psíquicos relacionados ao trabalho. Em M. Ferreira Junior (Org.), *Saúde no trabalho: Temas básicos para o profissional que cuida da saúde dos trabalhadores* (pp. 320-351). São Paulo: Roca.

Santana, J. P. de. (1993). *A gestão do trabalho nos estabelecimentos de saúde: Elementos para uma proposta* [On-line] (acessado em 2006, dezembro). Disponível: www.opas.org.br/rh/publicacoes/textos_apoio/pub04u3t6.pdf

Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.

Seligmann-Silva, E. (2005). Psicopatologia e saúde mental no trabalho. Em R. Mendes (Org.), *Patologia do Trabalho* (2ª ed. atual. e ampl.) (Vol. 2). São Paulo: Editora Atheneu.

Sena, R. R. de., Leite, J. C. A., Santos, F. C. O., & Gonzaga, R. L. (2000). O ser cuidador na internação domiciliar em Betim/MG. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 53 (4), 544-554.

Sena, R. R. de, Silva, K. L., Leite, J. C. A., Maia, C. C. A., & Braga, P. P. (2002). A gerência em Unidade Básica de Saúde: Um desafio para a qualidade da assistência. *Revista Mineira de Enfermagem*, 6(1/2), 35-39.

Silva, J. B. da., Jr., Gomes, F. de B. C., Cezário, A. C., & Moura, L. (2003). Doenças e agravos não-transmissíveis: Bases epidemiológicas. Em M. Z. Rouquayrol & N. de A. Filho (Orgs.). *Epidemiologia & Saúde* (pp. 289-311) (6ª ed.). Rio de Janeiro: MEDSI.

Silva, K. L., Sena, R. R. de, & Leite, J. C. A. (2004). A gerência e a violência no âmbito da Unidade Básica de Saúde. *Revista Mineira de Enfermagem*, 8(1), 165-252.

Silva, K. L., Sena, R. R. de, Leite, J. C. A., Seixas, C. T., & Gonçalves, A. M. (2005). Internação domiciliar no Sistema Único de Saúde. *Revista de Saúde Pública*, 39 (3), 391-397.

Stephoe, A. Fieldman, G., & Evans, O. (1993). An Experimental Study of the Effects of Control over Work Pace on Cardiovascular Responsivity. *Journal of Psychophysiology*, 7, 290-300.

Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. (R. C. Costa, trad.). Porto Alegre: Artmed Editora. (Trabalho original publicado em 2002).

Tamayo, M. R., & Tróccoli, B. T. (2002). Exaustão emocional: relações com a percepção de suporte organizacional e com as estratégias de coping no trabalho. *Estudos de Psicologia*, 7(1), 37-46.

Tanganelli, M. S. L. & Lipp, M. E. N. (1998). Sintomas de stress na rede pública de ensino. *Estudos de Psicologia*, 15, 17-27.

Thorton, P. I. (1992). The relation of coping, appraisal, and burnout in mental health workers. *The Journal of Psychology*, 126, 261-271.

Tricoli, V. C. (1997). *Sintomas de stress em escolares de 1a. a 4a. séries*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Curso de Pós-graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.

Yerkes, R. M., & Dodson, J. D. (1908) The relation of strength of stimulus to rapidity of habit-formation. *Journal of Comparative Neurology and Psychology*, 18, 459-482

Anexos

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO 1

(De acordo com as normas da Resolução nº196, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96)

Você está convidado a participar da pesquisa “*Profissionais de saúde da assistência domiciliar: stress, estressores e estratégias de coping*”, vinculada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Você foi selecionado por ser um profissional de saúde que atua em um serviço público de assistência domiciliar na cidade do Rio de Janeiro, prestando atendimento na casa dos pacientes. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com as instituições envolvidas.

Os objetivos deste estudo são avaliar o nível de *stress*, identificar estressores ocupacionais e estratégias de enfrentamento do *stress* no contexto de trabalho de profissionais de saúde da assistência domiciliar, além de investigar como esses fatores se relacionam entre si.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher os seguintes instrumentos: Questionário Informativo, Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, Questionário de Estressores Ocupacionais e Escala de *Coping* Ocupacional .

Não há riscos previstos em relação à sua participação nesta pesquisa.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a colaboração no cuidado com a sua saúde e a de seus colegas de trabalho, bem como a cooperação na consolidação da assistência domiciliar como uma modalidade de saúde atuante e eficaz.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais. Os dados colhidos serão analisados e publicados em conjunto com os dados obtidos de outros sujeitos, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito.

Você tem o direito de ter acesso aos resultados da pesquisa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, bem como da orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, cujos contatos também constam neste Termo.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Tama Souza Santos

ENDEREÇO: Av. Pasteur, 250 – Fundos – Urca, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 22290-240

TELEFONE: 3873-5328 e 9154-4020 E-MAIL: tamasantos@yahoo.com.br

ORIENTADORA: Lucia Emmanoel Novaes Malagris

ENDEREÇO: Av. Pasteur, 250 – Fundos – Urca, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 22290-240

TELEFONE: 3873-5328 E-MAIL: lucianovaes@terra.com.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO CLEMENTINO FRAGA FILHO

ENDEREÇO: Av. Brigadeiro Trompowsky, s/nº - Ilha do Fundão – Rio de Janeiro – RJ

TELEFONES: 2562-2480 e 2562-2481 E-MAIL: cep@hucff.ufrj.br

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Ficou claro para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízos.

Assinatura do voluntário

Data: ____/____/____

Assinatura da pesquisadora responsável

Data: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº196, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96)

Você está convidado a participar da pesquisa "Profissionais de saúde da assistência domiciliar: stress, estressores e estratégias de coping", vinculada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Você foi selecionado por ser um profissional de saúde que atua em um serviço público de assistência domiciliar na cidade do Rio de Janeiro, prestando atendimento na casa dos pacientes. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com as instituições envolvidas.

Os objetivos deste estudo são avaliar o nível de *stress*, identificar estressores ocupacionais e estratégias de enfrentamento do *stress* no contexto de trabalho de profissionais de saúde da assistência domiciliar, além de investigar como esses fatores se relacionam entre si.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher os seguintes instrumentos: Questionário Informativo, Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, Questionário de Estressores Ocupacionais e Escala de *Coping* Ocupacional.

Não há riscos previstos em relação à sua participação nesta pesquisa.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a colaboração no cuidado com a sua saúde e a de seus colegas de trabalho, bem como a cooperação na consolidação da assistência domiciliar como uma modalidade de saúde atuante e eficaz.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais. Os dados colhidos serão analisados e publicados em conjunto com os dados obtidos de outros sujeitos, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito.

Você tem o direito de ter acesso aos resultados da pesquisa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, bem como da orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, cujos contatos também constam neste Termo.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Tama Souza Santos

ENDEREÇO: Av. Pasteur, 250 – Fundos, Urca – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 22290-240

TELEFONE: 3873-5328 e 9154-4020 E-MAIL: tamasantos@yahoo.com.br

ORIENTADORA: Lucia Emmanoel Novaes Malagris

ENDEREÇO: Av. Pasteur, 250 – Fundos, Urca – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 22290-240

TELEFONE: 3873-5328 E-MAIL: lucianovaes@terra.com.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA


ENDEREÇO: Av. Rui Barbosa, 716, Flamengo – Rio de Janeiro – RJ

TELEFONES: 2552-8491 E-MAIL: cepiff@iff.fiocruz.br

APROVADO

Válido Até 31/12/2007

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730


Vice Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Ficou claro para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízos.

Assinatura do voluntário

Data: ____/____/____

Assinatura da pesquisadora responsável

Data: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(De acordo com as normas da Resolução nº196, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96)

Você está convidado a participar da pesquisa “Profissionais de saúde da assistência domiciliar: stress, estressores e estratégias de coping”, vinculada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Você foi selecionado por ser um profissional de saúde que atua em um serviço público de assistência domiciliar na cidade do Rio de Janeiro, prestando atendimento na casa dos pacientes. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com as instituições envolvidas.

Os objetivos deste estudo são avaliar o nível de *stress*, identificar estressores ocupacionais e estratégias de enfrentamento do *stress* no contexto de trabalho de profissionais de saúde da assistência domiciliar, além de investigar como esses fatores se relacionam entre si.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher os seguintes instrumentos: Questionário Informativo, Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, Questionário de Estressores Ocupacionais e Escala de *Coping* Ocupacional.

Não há riscos previstos em relação à sua participação nesta pesquisa.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a colaboração no cuidado com a sua saúde e a de seus colegas de trabalho, bem como a cooperação na consolidação da assistência domiciliar como uma modalidade de saúde atuante e eficaz.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais. Os dados colhidos serão analisados e publicados em conjunto com os dados obtidos de outros sujeitos, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito.

Você tem o direito de ter acesso aos resultados da pesquisa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço das pesquisadoras, bem como da orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, cujos contatos também constam neste Termo.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL GERAL: Tama Souza Santos

ENDEREÇO: Av. Pasteur, 250 – Fundos, Urca – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 22290-240

TELEFONES: 3873-5328 e 9154-4020 E-MAIL: tamasantos@yahoo.com.br

ORIENTADORA: Lucia Emmanoel Novaes Malagris

ENDEREÇO: Av. Pasteur, 250 – Fundos, Urca – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 22290-240

TELEFONE: 3873-5328 E-MAIL: lucianovaes@terra.com.br

PESQUISADORA RESPONSÁVEL NO INTO: Bianca Cal Moreira Farizote

ENDEREÇO: Rua Washington Luís, 61, Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20232-070

TELEFONE: 3852-7772 E-MAIL: bfarizote@into.saude.gov.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO INSTITUTO NACIONAL DE TRÁUMATO-ORTOPEDIA

ENDEREÇO: Rua Washington Luís, 61, Centro – Rio de Janeiro – RJ, CEP: 20232-070

TELEFONE: 3852-7772 E-MAIL: into@into.saude.gov.br

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Ficou claro para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízos.

Assinatura do voluntário

Data: ____/____/____

Assinatura da pesquisadora responsável geral

Data: ____/____/____

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

ANEXO 4

(De acordo com as normas da Resolução nº196, do Conselho Nacional de Saúde de 10/10/96)

Você está convidado a participar da pesquisa “*Profissionais de saúde da assistência domiciliar: stress, estressores e estratégias de coping*”, vinculada ao curso de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Você foi selecionado por ser um profissional de saúde que atua em um serviço público de assistência domiciliar na cidade do Rio de Janeiro, prestando atendimento na casa dos pacientes. Sua participação não é obrigatória e a qualquer momento você pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa não trará nenhum prejuízo em sua relação com o pesquisador ou com as instituições envolvidas.

Os objetivos deste estudo são avaliar o nível de *stress*, identificar estressores ocupacionais e estratégias de enfrentamento do *stress* no contexto de trabalho de profissionais de saúde da assistência domiciliar, além de investigar como esses fatores se relacionam entre si.

Sua participação nesta pesquisa consistirá em preencher os seguintes instrumentos: Questionário Informativo, Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp, Questionário de Estressores Ocupacionais e Escala de *Coping* Ocupacional .

Não há riscos previstos em relação à sua participação nesta pesquisa.

Os benefícios relacionados com a sua participação são a colaboração no cuidado com a sua saúde e a de seus colegas de trabalho, bem como a cooperação na consolidação da assistência domiciliar como uma modalidade de saúde atuante e eficaz.

As informações obtidas através desta pesquisa serão confidenciais. Os dados colhidos serão analisados e publicados em conjunto com os dados obtidos de outros sujeitos, não sendo divulgada a identificação de nenhum sujeito.

Você tem o direito de ter acesso aos resultados da pesquisa.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Você receberá uma cópia deste Termo onde consta o telefone e o endereço da pesquisadora responsável, bem como da orientadora, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa, cujos contatos também constam neste Termo.

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Tama Souza Santos

ENDEREÇO: Av. Pasteur, 250 – Fundos – Urca, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 22290-240

TELEFONE: 3873-5328 e 9154-4020 E-MAIL: tamasantos@yahoo.com.br

ORIENTADORA: Lucia Emmanoel Novaes Malagris

ENDEREÇO: Av. Pasteur, 250 – Fundos – Urca, Rio de Janeiro – RJ, CEP: 22290-240

TELEFONE: 3873-5328 E-MAIL: lucianovaes@terra.com.br

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO

ENDEREÇO: Rua Afonso Cavalcanti, 455, sala 701 – Cidade Nova, Rio de Janeiro – RJ

TELEFONES: 2503-2024 e 2503-2026 E-MAIL: cepsms@rio.rj.gov.br

Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações sobre o estudo acima citado que li ou que foram lidas para mim. Ficou claro para mim quais são os objetivos do estudo, os procedimentos a serem realizados, as garantias de confidencialidade e esclarecimentos permanentes. Ficou claro também que minha participação é isenta de despesas. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem prejuízos.

Assinatura do voluntário

Data: ____/____/____

Assinatura da pesquisadora responsável

Data: ____/____/____



Profissionais de saúde da assistência domiciliar: Stress, estressores e estratégias de coping

QUESTIONÁRIO INFORMATIVO

Data: ____ / ____ / 2007

Instituição: _____

1. Sexo: Feminino Masculino

2. Data de nascimento: ____ / ____ / ____

3. Nacionalidade: _____

4. Naturalidade: _____

5. Estado Civil:

- Solteiro (a)
 Casado (a) / Vive com a (o) parceira (o)
 Viúvo (a)
 Divorciado (a) / Separado (a)
 Outros

6. Nº de filhos:

- 0
 1
 2
 3
 4 ou +

7. Possui religião?

- Não
 Sim - Qual? _____

8. Nível de escolaridade:

- Pós-graduação completa
 Pós-graduação incompleta
 Ensino Superior completo
 Ensino Superior incompleto
 Ensino Médio
 Ensino Fundamental

9. Renda total:

(incluindo outros trabalhos além da Assistência Domiciliar)

- Até R\$ 1.000,00
 Acima de R\$ 1.000,00 até R\$ 2.000,00
 Acima de R\$ 2.000,00 até R\$ 3.000,00
 Acima de R\$ 3.000,00 até R\$ 4.000,00
 Acima de R\$ 4.000,00

10. Profissão:

- Assistente Social Nutricionista Técnico de Enfermagem
 Fisioterapeuta Psicólogo Auxiliar de Enfermagem
 Fonoaudiólogo Terapeuta Ocupacional Outra. Qual? _____
 Médico Enfermeiro

11. Há quanto tempo exerce a sua profissão? _____

12. Há quanto tempo trabalha no Sistema Único de Saúde? _____

13. Na instituição onde trabalha com Assistência Domiciliar, você também atua em outros setores?

- Não
 Sim - Qual(is)? _____

14. Você possui outras atividades profissionais fora da instituição onde trabalha com Assistência Domiciliar?

- Não
 Sim - Qual(is)? _____

As perguntas abaixo se referem ao seu trabalho na Assistência Domiciliar.

15. Há quanto tempo atua nesta modalidade de atenção à saúde? _____

16. O seu horário de trabalho corresponde a:

- a) Quantas horas por semana? _____
b) Quantos dias por semana? _____

17. Em média, quantos pacientes você atende por dia de trabalho? _____

18. Vínculo empregatício:

- Servidor público Contratado Residente Estagiário Voluntário

Questionário de Estressores Ocupacionais

Este questionário tem como objetivo conhecer os estressores ocupacionais presentes no trabalho da assistência domiciliar realizado na rede pública de saúde na cidade do Rio de Janeiro.

No presente questionário, o termo “estressores ocupacionais” está se referindo a problemas associados ao contexto de trabalho.

Instruções

Considerando os últimos 12 meses de sua atuação na assistência domiciliar no Sistema Único de Saúde (SUS), solicitamos sua valiosa contribuição para a realização desta pesquisa. Caso você trabalhe na assistência domiciliar há menos de 12 meses, considere todo o seu período de atuação para responder às questões.

Por favor, preencha a tabela abaixo da seguinte forma:

1. Se a circunstância ocorre no seu trabalho e o estressa, marque um X na coluna “SIM”.
2. Se a circunstância ocorre no seu trabalho, mas não o estressa, marque um X na coluna “NÃO”.
3. Se a circunstância não ocorre no seu trabalho, marque um X na coluna “Não se aplica”.
4. Se necessário, acrescente, no fim da tabela, outras circunstâncias que considere estressantes.
5. Por fim, marque a circunstância que você julga a mais estressante, circulando o número correspondente a ela.

| Circunstância | SIM, é estressor | NÃO é estressor | Não se aplica |
|--|---------------------|--------------------|------------------|
| 1. Atuar em áreas de alto risco de violência urbana. | | | |
| 2. Trabalhar no domicílio do paciente, e não em um estabelecimento de saúde. | | | |
| 3. Atuar em uma nova modalidade de atenção à saúde, em fase de desenvolvimento e regulamentação. | | | |
| 4. Ter inconveniências quanto ao deslocamento (engarrafamento, acidentes etc.). | | | |
| 5. Falta ou precariedade de meio de transporte. | | | |
| 6. Falta de recursos humanos (poucos profissionais em relação à demanda). | | | |
| 7. Falta de espaço físico adequado para o trabalho realizado na instituição. | | | |
| 8. Falta ou precariedade de equipamentos. | | | |
| 9. Escassez de recursos financeiros destinados ao serviço. | | | |
| 10. Precariedade das condições do domicílio do usuário para realização dos procedimentos. | | | |
| 11. Ter contato com conflitos familiares do paciente. | | | |
| 12. Não adesão do cuidador às orientações dadas pela equipe. | | | |
| 13. Não adesão do paciente às orientações dadas pela equipe. | | | |
| 14. Lidar com usuários de baixo nível sócio-econômico-cultural. | | | |
| 15. Morte do paciente. | | | |
| 16. Ter baixa remuneração | | | |
| 17. Ter vínculo empregatício instável. | | | |
| 18. Formação profissional especializada insuficiente na área. | | | |
| 19. Ter conflitos de relacionamento entre colegas de trabalho. | | | |
| 20. Ter apoio político insuficiente por parte da gestão da instituição. | | | |
| 21. Desarticulação com unidade básica e de média complexidade. | | | |
| 22. Falta de redes sociais de apoio. | | | |
| 23. Ter prejuízo na sua atuação por depender de trabalho proveniente de outras pessoas ou sessões externas à equipe. | | | |
| 24. Lidar com diferentes concepções de saúde e doença entre a equipe e os usuários. | | | |
| 25. Ter dificuldade para trabalhar com indicadores de produção e de avaliação. | | | |
| Outras | | | |
| 26. | | | |
| 27. | | | |
| 28. | | | |

Escala de Coping Ocupacional

Latack (1986) - adaptado por Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003)

ANEXO 7

Este questionário tem como finalidade conhecer como as pessoas lidam com os problemas do ambiente de trabalho.

A seguir, você encontrará uma série de afirmativas sobre possíveis maneiras de enfrentá-los.

Sua tarefa consiste em indicar com que frequência você utiliza cada uma dessas maneiras.

Para assinalar a sua resposta, marque o número que represente melhor a sua opinião, de acordo com as alternativas abaixo.

- 1 - Nunca faço isso.
- 2 - Raramente faço isso.
- 3 - Às vezes faço isso.
- 4 - Frequentemente faço isso.
- 5 - Sempre faço isso.

Exemplo:

QUANDO TENHO UM PROBLEMA NO TRABALHO, EU ...

| | | | | | | |
|---|--------------------------------------|---|---|---|---|-------------------------------------|
| 0 | Procuro o meu chefe para discuti-lo. | 1 | 2 | 3 | 4 | <input checked="" type="checkbox"/> |
|---|--------------------------------------|---|---|---|---|-------------------------------------|

Se você sempre procura o seu chefe para resolver um problema no trabalho, você deve assinalar o número 5.

Por favor, responda a todas as questões de forma sincera.

Por favor, responda às questões levando em consideração apenas o seu trabalho na Assistência Domiciliar.

QUANDO TENHO UM PROBLEMA NO TRABALHO, EU ...

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Converso com colegas que também estejam envolvidos no problema. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2 | Tento ver a situação como uma oportunidade para aprender e desenvolver novas habilidades. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3 | Penso em mim como alguém que sempre consegue se sair bem em situações como essa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | Decido sobre o que deveria ser feito e comunico às demais pessoas envolvidas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | Me esforço para fazer o que eu acho que se espera de mim. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Peço conselho a pessoas que embora estejam fora da situação, possam me ajudar a pensar sobre o que fazer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7 | Me envolvo mais ainda nas minhas tarefas, se acho que isso pode ajudar a resolver a questão. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Digo a mim mesmo que o tempo resolve problemas dessa natureza. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Antecipo as conseqüências negativas, preparando-me assim para o pior. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10 | Mantenho a maior distância possível das pessoas que causaram a situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 | Concentro-me em fazer prioritariamente aquilo que gosto. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 | Tiro alguns dias para descansar. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 | Penso na situação como um desafio. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 | Tento manter distância da situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15 | Faço uma viagem. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16 | Tento modificar os fatores que causaram a situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Procuro lembrar que o trabalho não é tudo na vida. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Mudo os meus hábitos alimentares. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Dou atenção extra ao planejamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 | Delego minhas tarefas a outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Compro alguma coisa. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Tento trabalhar mais rápida e eficientemente. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Evito a situação, se possível. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Pratico mais exercícios físicos. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Tento não me preocupar com a situação. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26 | Procuro me envolver em mais atividades de lazer. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27 | Me torno mais sonhador(a). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28 | Uso algum tipo de técnica de relaxamento. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29 | Procuro a companhia de outras pessoas. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
Hospital Universitário Clementino Fraga Filho
Faculdade de Medicina
Comitê de Ética em Pesquisa - CEP

Coordenador:

Alice Helena Dutra Violante
Médico - Prof.^a Associada

Secretário:

Mano Teixeira Antonio
Farmacêutico - Especialista

Membros Titulares:

Beatriz Maria Alasia de
Heredia

Prof.^a Associada

Eduardo Jorge Bastos
Cortes

Médico - Prof.^a Assistente

Eliza Regina Ambrosio
Assistente Social - Mestre

Helena Warzynsky
Representante dos Usuários

Luiz Carlos Duarte
de Miranda

Médico - Prof. Adjunto

Luzia da Conceição de
Araújo Marques

Enfermeiro - Mestre

Paulo Feijó Barros
Médico - Prof. Adjunto

Regiane de Fátima
Rivelli

Farmacêutica - Doutoranda

Roberto Coury Pedrosa
Médico - Doutor

Zimara Rodrigues da Silva
Professora

Membros Suplentes

Beatriz Moritz Trope
Médico - Doutora

Cesônia de Assis

Martimuso

Carlos Alberto Guimarães
Médico - Prof. Adjunto

Lucia Helena Luiza Vieira
Amin

Médico - Doutoranda

Maria de Fátima Gustavo
Lopes

Representante dos Usuários

Manáγγελica Oliveira da
Silva

Enfermeira

Mano Fernando Petzhold
Engenheiro - Doutor

Orlando Nunes Cosenza
Sociólogo - Doutor

Vania Dias de Oliveira
Assistente Social

CEP - MEMO – n.º 388/07

Rio de Janeiro, 24 de maio de 2007.

Da: Coordenadora do CEP

A (o): Sr. (a) Pesquisador (a): Dra. Tama Souza Santos

Assunto: Parecer sobre projeto de pesquisa.

Sr. (a) Pesquisador (a),

Informo a V. S.a. que o CEP constituído nos Termos da Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Protocolo de Pesquisa: 023/07 - CEP

Título: “Profissionais de saúde da assistência domiciliar: stress, estressores e estratégias de coping.”

Pesquisador (a) responsável: Dra. Tama Souza Santos

Data de apreciação do parecer: 15/03/2007

Parecer: "APROVADO"

Informo ainda, que V. Sa. deverá apresentar relatório semestral, previsto para 15/09/2007, anual e/ou relatório final para este Comitê acompanhar o desenvolvimento do projeto. (item VII. 13.d., da Resolução n.º 196/96 – CNS/MS).

Atenciosamente,

Prof.^a Alice Helena Dutra Violante
Coordenadora do CEP

| Andamento do projeto - CAAE - 0009.0.008.000-07 | | | | |
|---|---------------------|---------------------|-----------------------|-------------------|
| Título do Projeto de Pesquisa | | | | |
| Profissionais de saúde da assistência domiciliar: stress, estressores e estratégias de coping | | | | |
| Situação | Data Inicial no CEP | Data Final no CEP | Data Inicial na CONEP | Data Final na COF |
| Aprovado no CEP | 26/02/2007 10:40:32 | 27/03/2007 15:09:24 | | |
| Descrição | Data | Documento | Nº do Doc | Origem |
| 1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet | 08/02/2007 14:34:57 | Folha de Rosto | FR122797 | Pesq |
| 2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List) | 26/02/2007 10:40:33 | Folha de Rosto | 0009.0.008.000-07 | CEP |
| 3 - Protocolo Aprovado no CEP | 27/03/2007 15:09:24 | Folha de Rosto | 0009/07 | CEP |

[Voltar](#)

APROVADO

Válido Até 31/12/2007

Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ
 Telefone: 2552-8491 / 2554-1700 r. 1730



Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos
 INSTITUTO FERNANDES FIGUEIRA - IFF/FIOCRUZ



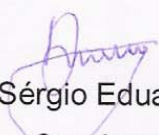
INSTITUTO NACIONAL DE
TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
INSTITUTO NACIONAL DE TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

Certificamos que o projeto intitulado “**Profissionais de saúde da Assistência Domiciliar: Stress, estressores e estratégias de coping**”, protocolo nº **0021.0.305.000-07**, desenvolvido sob a responsabilidade de **Tama Sousa Santos** e no INTO sob a responsabilidade de **Bianca Cal Moreira Farizote**, está de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido APROVADO em 19/06/2007 na reunião do Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Nacional de Traumatologia e Ortopedia (INTO). O Pesquisador está autorizado a dar início à pesquisa em pauta, devendo posteriormente encaminhar ao **CEP, a cópia do trabalho concluído**, impressa e em mídia.

We certify that the intitled project “**Professional of health of the Domiciliary Assistance: Stress, estressores and strategies of coping**”, protocol nº **0021.0.305.000-07**, developed under the responsibility of Tama Sousa Santos and in the INTO under the responsibility of **Bianca Cal Moreira Farizote**, is in accordance with the ethical principles established by Resolution 196/96 of the National Advice of Health, having been APPROVED in 19/06/2007 in the meeting of the Committee of Ethics in Research of the National Institute of Traumatologia and Ortopedia (INTO). The Researcher is authorized to later give beginning to the research in guideline, having to direct to the **CEP, the copy of the concluded work, printed and in media**.

Rio de Janeiro, 22 de junho de 2007.


Dr. Sérgio Eduardo Vianna

Coordenador do
Comitê de Ética em Pesquisa do INTO



Comitê de Ética em Pesquisa

Parecer nº 16A/2007

Rio de Janeiro, 06 de março de 2007.

Sr(a) Pesquisador(a),

Informamos a V.Sa. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - CEP SMS-RJ -, constituído nos Termos da Resolução CNS nº 196/96 e, devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao Protocolo de Pesquisa, conforme abaixo discriminado:

PROTOCOLO DE PESQUISA Nº 16/07

TÍTULO: Profissionais de saúde da assistência domiciliar: stress, estressores e estratégias de coping.

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: Tama Souza Santos.


UNIDADE ONDE SE REALIZARÁ A PESQUISA: Hospital Municipal Paulino Werneck.

DATA DA APRECIÇÃO: 05/03/2007.

PARECER: APROVADO

Ressaltamos que o pesquisador responsável por este Protocolo de Pesquisa deverá apresentar a este Comitê de Ética um relatório das atividades desenvolvidas no período de 12 meses a contar da data de sua aprovação (*item VII. 13.d., da Resolução CNS/MS Nº 196/96*).

Esclarecemos, ainda, com relação aos Protocolos, que o CEP/SMS deverá ser informado de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.


Salesia Felipe de Oliveira
Vice-Coordenadora
Comitê de Ética em Pesquisa

SIPAR - Ministério da Saúde
Registro Número:
25001.010149/2007-01



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE
DEPARTAMENTO DE GESTÃO HOSPITALAR NO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Rua México, 128 – sala 903 – Centro – Cep. 20031-142
Tels. 3985-7517 e 3985-7480 – Fax. 3985-7494

OFÍCIO nº 58//2007 DGHMS/RJ

Rio de Janeiro, 22 de Março de 2007

A Senhora
Tama Souza Santos
Mestranda do Programa de Pós-Graduação de Psicologia
Instituto de Psicologia – UFRJ
R. Carvalho Alvim, 125 – apt. 404
Tijuca – Rio de Janeiro – Cep. 20510-100

Prezada Senhora,

Em resposta a sua solicitação de autorização para a participação do DGHMS/RJ, na pesquisa “Profissionais de Saúde da Assistência Domiciliar: stress. Estressores e estratégias de *coping*”. Temos a informar que o Sr. Coordenador Geral de Assistência, autorizou a realização de sua pesquisa, devendo reportar-se a Enf^a Ângela Ostritz, responsável pelo Serviço de Atenção Hospitalar, neste Departamento, na Rua México, 128, sala 911 – Centro, tel. 3985-7561.

Atenciosamente,

Atenciosamente,


Juraci Vieira Sergio
Coordenador Geral de Assistência
DGHMS/RJ/SAS/MS



SERVIÇO PÚBLICO ESTADUAL
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E DEFESA CIVIL
HOSPITAL ESTADUAL GETÚLIO VARGAS

OF/ HEGV / DIR. GERAL / nº 1307

Rio de Janeiro, 17 de maio de 2007.

Ilma. Sra.
Tama Souza Santos
Mestranda do Curso de Pós-Graduação em Psicologia - UFRJ

Prezada Senhora,

Conforme solicitação via e-mail, informo que autorizo a realização da pesquisa intitulada "Profissionais de saúde da assistência domiciliar: stress, estressores e estratégias de coping".

Atenciosamente


CARLOS ALBERTO CHAVES DE CARVALHO
Diretor Geral Interino

Maria Alice Freyre Schuback
Diretora da Divisão Médica
Interina - H. E. G. V

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)