

ANÁLISE DA QUALIDADE DE VIDA DE PROFISSIONAIS QUE ATUAM NA ATENÇÃO DOMICILIAR

Analysis of the quality of life of professionals working in home care

Análisis de la calidad de vida de profesionales que actúan en la atención domiciliar

Elaine Rayane Cavalcanti Gomes Porciúncula¹, Cynthia Girundi da Silva²

Como citar este artigo:

Porciúncula ERCC, Silva CG. Análise da qualidade de vida de profissionais que atuam na atenção domiciliar. 2021 jan/dez; 13:483-489. DOI: <http://dx.doi.org/0.9789/2175-5361.rpcfo.v13.9244>.

RESUMO

Objetivo: Este estudo buscou avaliar a qualidade de vida dos profissionais atuantes em um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa, na qual a amostra foi composta por 19 profissionais que realizam visitas domiciliares. Foi utilizado um questionário autoaplicável contendo dados sociodemográficos e o *The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL - 100)*. Os dados sociodemográficos foram analisados através do *IBM SPSS Statistics 20* e o *WHOQOL 100* através do *Microsoft Excel*. **Resultados:** O domínio que apresentou escore mais baixo foi o domínio físico (55%), seguido do psicológico (62%), ambiente (63%), nível de independência (74%) e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais (74%). Com relação à qualidade de vida do ponto de vista do avaliado, obteve-se um escore de 66%. **Conclusão:** A partir dos resultados obtidos, torna-se fundamental a ampliação das ações voltadas à qualidade de vida, bem como novas pesquisas na área. **Descritores:** Cuidados paliativos; Atenção domiciliar; Qualidade de vida.

ABSTRACT

Objective: This study aimed to evaluate the quality of life of the professionals working in an Interdisciplinary Oncology Home Intervention Program. **Method:** This is an exploratory descriptive study with a quantitative approach, in which the sample was composed of 19 professionals who carry out home visits. A self-administered questionnaire containing sociodemographic data and The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL - 100) was used. Socio-demographic data were analyzed using IBM SPSS Statistics 20 and WHOQOL 100 through Microsoft Excel. **Results:** The domain that presented the lowest score was the physical domain (55%), followed by the psychological domain (62%), environment (63%), independence level (74%) and spiritual / religion / personal beliefs. Regarding the quality of life from the point of view of the evaluated, we obtained a score of 66%. **Conclusion:** Based on the results obtained, it is fundamental to increase the actions focused on quality of life, as well as new researches in the area.

Descriptors: Palliative care; Home care; Quality of life.

- 1 Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal da Paraíba. Residência em Atenção à Saúde Oncológica pela Universidade Federal de Pelotas.
- 2 Graduada em Terapia Ocupacional pela Universidade Federal de Minas Gerais. Mestrado em Ciências da Reabilitação pela Universidade Federal de Minas Gerais. Docente do curso de Terapia Ocupacional, Universidade Federal de Pelotas.

RESUMEN

Objetivo: Este estudio buscó evaluar la calidad de vida de los profesionales actuantes en un Programa de Internación Domiciliar Interdisciplinario Oncológico. **Método:** Se trata de un estudio descriptivo exploratorio de abordaje cuantitativo, en el cual la muestra fue compuesta por 19 profesionales que realizan visitas domiciliarias. Se utilizó un cuestionario autoaplicable que contenía datos sociodemográficos y The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL - 100). Los datos sociodemográficos se analizaron a través de IBM SPSS Statistics 20 y el WHOQOL 100 a través de Microsoft Excel. **Resultados:** El dominio que presentó una puntuación más baja fue el dominio físico (55%), seguido del psicológico (62%), ambiente (63%), nivel de independencia (74%) y aspectos espirituales / religión / creencias personales (74%). Con respecto a la calidad de vida desde el punto de vista del evaluado obtuvimos una puntuación del 66%. **Conclusión:** A partir de los resultados obtenidos se torna fundamental la ampliación de las acciones volcadas a la calidad de vida, así como nuevas investigaciones en el área.

Descriptores: Cuidados paliativos; Atención domiciliaria; Calidad de vida.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de câncer afeta o indivíduo e sua família, tendo em vista sua complexidade e o estigma relacionado a esta doença. Este diagnóstico provoca nos indivíduos e familiares uma mudança na rotina devido à necessidade da realização de procedimentos que visam à cura, manutenção e/ou a melhora da qualidade de vida, bem como a necessidade de se locomover para um município vizinho, quando o local de origem não dispõe desse tipo de tratamento.¹

Além da mudança na rotina, ocorre uma mistura de sentimentos após o diagnóstico, tais como tristeza, medo da morte, bem como esperança em realizar o tratamento e obter um “resultado positivo”, que seria a cura da doença.¹⁻² Com relação ao tratamento, há diversos procedimentos envolvidos, desde quimioterapia, radioterapia e cirurgia, os quais podem causar efeitos adversos ao paciente.

Em todas as etapas do tratamento, o profissional da saúde possui papel fundamental na assistência ao paciente oncológico e sua família, tanto auxiliando na parte clínica, quanto demonstrando empatia, fazendo o paciente e seu familiar sentirem-se acolhidos em todas as etapas do cuidado.

A Lei nº 10.424, de 15 de abril de 2002, garantiu uma ampliação da assistência à saúde incluindo o atendimento domiciliar e a internação domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), proporcionando ao indivíduo um cuidado integral no conforto do seu lar. Essa modalidade de assistência inclui os atendimentos por equipe multiprofissional (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, fisioterapeutas, psicólogos, terapeuta ocupacional, entre outros) na perspectiva preventiva, terapêutica e reabilitadora. Para que haja esse tipo de atendimento, é necessária a indicação médica, bem como a concordância do paciente e sua família.³

A Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016, redefine a atenção domiciliar no âmbito do SUS enfatizando os parâmetros assistenciais, bem como a definição das equipes visando a proporcionar uma assistência multiprofissional e integral aos pacientes, classificando-os e os encaminhando para as

respectivas equipes de acordo com as necessidades clínicas de cada indivíduo.⁴

Nessa perspectiva, o Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, por ser referência em atenção oncológica na região sul do estado do Rio Grande do Sul, oferece, desde 2005, o Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico. Este programa consiste em atendimentos interdisciplinares no domicílio duas vezes ao dia, independente do estágio da doença. A intervenção é voltada ao tratamento de intercorrências relacionadas ao tratamento oncológico (quimioterapia ou radioterapia), bem como para manejo de sinais e sintomas daqueles pacientes que se encontram com a doença em estágio avançado, sem possibilidade de cura. O PIDI também oferece assistência aos cuidadores e enlutados.⁵

A equipe interdisciplinar é composta por uma equipe de referência (médico, enfermeiro, técnico de enfermagem e assistente social) e uma equipe de apoio (psicólogo, terapeuta ocupacional, dentista, nutricionista, conselheiro espiritual, fisioterapeuta). Esses profissionais se reúnem semanalmente para discussão de casos clínicos e planejamento terapêutico singular.⁵

É importante ressaltar que muitos pacientes oncológicos podem não apresentar mais possibilidades de cura, o que torna essencial, na perspectiva do atendimento integral ao paciente e familiares, a atuação baseada na filosofia dos cuidados paliativos. Neste intuito, a busca por promoção da qualidade de vida dos pacientes e familiares e o alívio da dor total (física, psicológica, espiritual e social) são focos do atendimento da equipe. Ao se atender nessa perspectiva, a morte é enfrentada como um processo natural, que não deve ser postergada e nem adiantada, e toda a assistência permanece até o período de luto dos cuidadores/familiares.⁶⁻⁸

De acordo com Oliveira, Souza, Bushatsky, Dâmaso, Bezerra e Brito⁹, ao se aproximarem os últimos dias de vida, a necessidade por cuidados paliativos aumenta, sendo essencial uma integração entre o cuidador e a equipe de saúde, buscando ofertar qualidade de vida ao paciente até o fim da vida. Neste sentido, o PIDI consegue fornecer um cuidado integral ao paciente e seu familiar, devido às ações que são planejadas e desenvolvidas de acordo com os princípios dos cuidados paliativos.

Lidar com pacientes em cuidados paliativos que, em muitos casos, já se encontram em fase final de vida pode ser difícil para o profissional da saúde, pois a oncologia é considerada uma área que provoca grande estresse nesses indivíduos, tendo em vista os cuidados que precisam ser ofertados, que não se restringem apenas ao paciente, mas se estendem à família.¹⁰

Por serem agentes do cuidado, esses profissionais precisam estar bem para suportar a carga física e emocional imposta pelo trabalho, pois atuar na área da saúde, especificamente com pacientes oncológicos, requer do profissional lidar com o sofrimento alheio e com a morte.¹¹ Neste sentido, este trabalho teve como objetivo avaliar a qualidade de vida dos profissionais atuantes em um Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico.

MÉTODO

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de abordagem quantitativa que visa a analisar a qualidade de vida dos profissionais atuantes na assistência domiciliar a pacientes oncológicos em um hospital de referência em oncologia no município de Pelotas, região sul do Rio Grande do Sul.

Todos os profissionais do PIDI que atuam diretamente com o paciente no domicílio, incluindo as equipes de referência e as equipes de apoio, foram convidados a participar do estudo. Os residentes que atuam neste cenário também foram convidados a participar.

Foram utilizados como critérios de inclusão: aceitar participar da pesquisa de forma voluntária; ser profissional da saúde da equipe do Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar (PIDI) Oncológico do Hospital Escola da Universidade Federal de Pelotas, incluindo residentes; atuar na assistência domiciliar no período mínimo de três meses. Critério de exclusão: não estar atuando no período da coleta de dados; apresentar questionário incompleto, impossibilitando cálculo dos domínios.

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um questionário autoaplicável para obtenção dos dados sociodemográficos e informações referentes a idade, sexo, estado civil, nível de escolaridade, profissão, tempo de atuação no serviço, religião, carga horária de trabalho semanal e outras atividades laborais realizadas. Foi aplicado também o questionário de qualidade de vida *WHOQOL-100* (versão em português), criado pela Organização Mundial de Saúde, que apresenta 100 itens divididos em 6 domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais/religião/crenças pessoais), 24 facetas e um domínio geral sobre qualidade de vida na percepção do participante. Esse instrumento não demonstra dados normativos para o Brasil, para isso seria necessário a realização de um grupo controle local para comparar os resultados. Porém, parte-se do pressuposto que, quanto mais perto do valor total 100, melhor é considerada a qualidade de vida do indivíduo.¹²

Os profissionais foram abordados em seu local de trabalho e alguns optaram por levar o questionário para casa, entregando-o posteriormente. A coleta foi realizada nos meses de janeiro e fevereiro de 2019. Dos 25 profissionais que atuam diretamente na assistência realizando visitas domiciliares regulares, três encontravam-se afastados das atividades de trabalho, um não se enquadrou nos critérios de inclusão, e um dos profissionais é o pesquisador. Os demais aceitaram participar da pesquisa (n = 20). Contudo um questionário foi descartado por apresentar questões incompletas que impossibilitaria a análise de alguns domínios do questionário *WHOQOL-100*.

Os dados sociodemográficos foram analisados através do programa estatístico IBM SPSS versão 23.020 e os dados do *WHOQOL-100* através do *Microsoft Excel*.

Para o desenvolvimento desta pesquisa foram tomadas todas as medidas éticas previstas na Resolução CNS nº 466, de 12 de dezembro de 2012. A pesquisa foi submetida à Plataforma Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) em 21/12/2018 e recebeu o número CAAE 04710818.6.0000.5317. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à caracterização da amostra, o sexo feminino foi predominante, com 63,2% (n=12), e a faixa etária da amostra variou entre 25 a 65 anos, tendo idade média de 39 anos. Com relação ao estado civil, a maioria da amostra se dividiu entre solteiros 36,8% (n = sete) e casados 31,6% (n=seis). A maioria da amostra declarou ter um ou mais filhos 57,9% (n=11). No que concerne à escolaridade, 52,9% (n=10) referiram ter no mínimo graduação, alguns com especialização em andamento, como é o caso dos residentes. Dos 19 participantes, 21,1% (n=quatro) eram residentes, 36,8% (n=sete) têm alguma pós-graduação e 10,5% (n=dois) possuem mestrado. A amostra do estudo foi formada por médicos 15,8% (n=três), enfermeiros 21,1% (n=quatro, sendo um residente), técnicos de enfermagem 21,1% (n=quatro), psicólogo 5,3% (n=um residente), dentista 10,5% (n=dois residentes), terapeuta ocupacional 5,3% (n=um), fisioterapeuta 10,5% (n=dois), nutricionista 5,3% (n=um) e assistente social 5,3% (n=um). O período de atuação no serviço variou entre 6 a 156 meses, tendo tempo médio de 53,7 meses, ou seja, aproximadamente 5 anos. Neste item, deve-se levar em consideração que muitos dos profissionais atuantes no PIDI já atuavam na assistência domiciliar no Programa Melhor em Casa, refletindo assim no grande período de alguns neste serviço, o que elevou a média. A carga horária de trabalho semanal variou entre 4 a 44 horas, sendo que a maior parte da amostra 68,42% (n=13) exerce carga horária entre 30 a 40 horas semanais. É importante salientar que muitos desses profissionais exercem atividades em outros espaços na rede hospitalar que trabalham, não sendo exclusivos do PIDI. Apenas 31,6% (n=seis) realizam outra atividade remunerada e 73,7% (n=14) declararam ter alguma religião, com predominância das religiões católica 26,3% (n=cinco) e espírita 26,3% (n=cinco).

No que diz respeito aos dados do *WHOQOL-100*, a população estudada apresentou a percepção de qualidade de vida em torno de 66%. Ao analisar a qualidade de vida e saúde por domínios, foi observado que os domínios relacionados ao nível de independência e aspectos espirituais/religião/crenças foram os que apresentaram escores maiores que 70% (Figura 1). O resultado por facetas está descrito na Figura 2.

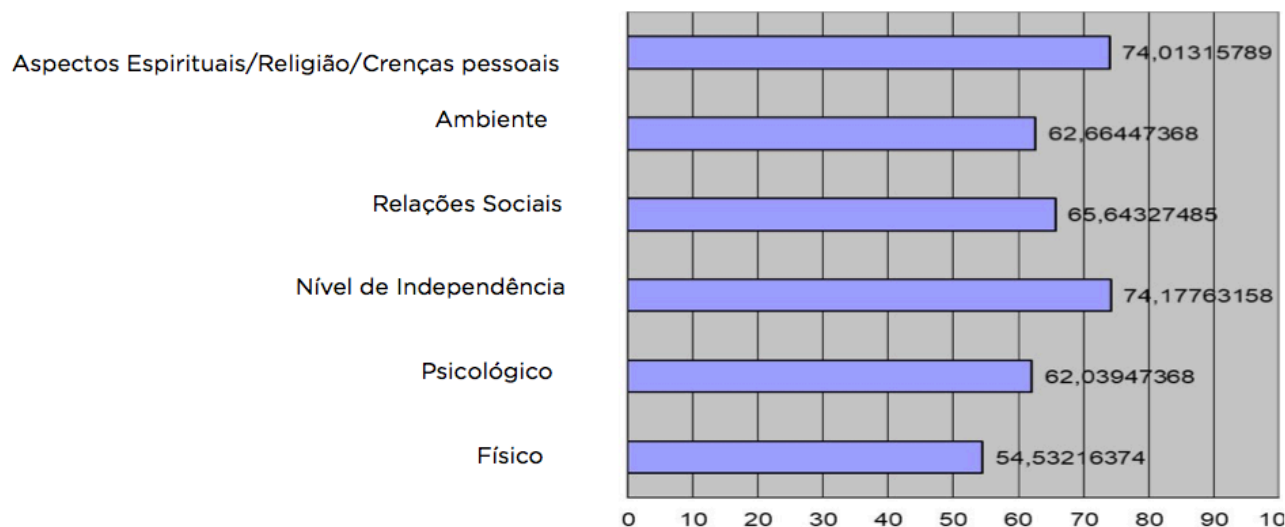
Tabela 1 - Caracterização da população.

RESIDENTE		
Sim	4	21,10%
Não	15	78,90%
IDADE		
25-35	9	47,37%
36-50	7	36,84%
>50	3	15,79%
SEXO		
Feminino	12	63,20%
Masculino	7	36,80%
ESTADO CIVIL		
Solteiro(a)	7	36,80%
Casado(a)	6	31,60%
Divorciado(a)	4	21,10%
Outro	2	10,50%
FILHOS		
Nenhum	8	42,10%
Um	5	26,30%
Dois	5	26,30%
Três ou mais	1	5,30%
NÍVEL DE ESCOLARIDADE		
Superior	10	52,60%
Pós-graduação	7	36,80%
Mestrado	2	10,50%
PROFISSÃO		
Médico	3	15,80%
Enfermeiro	4	21,10%
Dentista	2	10,50%

Psicólogo	1	5,30%
Técnico de Enfermagem	4	21,10%
Nutricionista	1	5,30%
Terapeuta Ocupacional	1	5,30%
Assistente Social	1	5,30%
Fisioterapeuta	2	10,50%
TEMPO DE ATUAÇÃO (MESES)		
6 - 24	7	36,84%
25 - 36	4	21,05%
37 - 80	3	15,79%
> 80	5	26,32%
CARGA HORÁRIA DE TRABALHO SEMANAL		
< 30 horas	5	26,32%
30 - 40 horas	13	68,42%
> 40 horas	1	5,26%
REALIZAÇÃO DE OUTRA ATIVIDADE REMUNERADA		
Sim	6	31,60%
Não	13	68,40%
RELIGIÃO		
Católica	5	26,30%
Evangélica	1	5,30%
Umbandista	2	10,50%
Espírita	5	26,30%
Outra	1	5,30%
Nenhuma	5	26,30%
TOTAL	19	100%

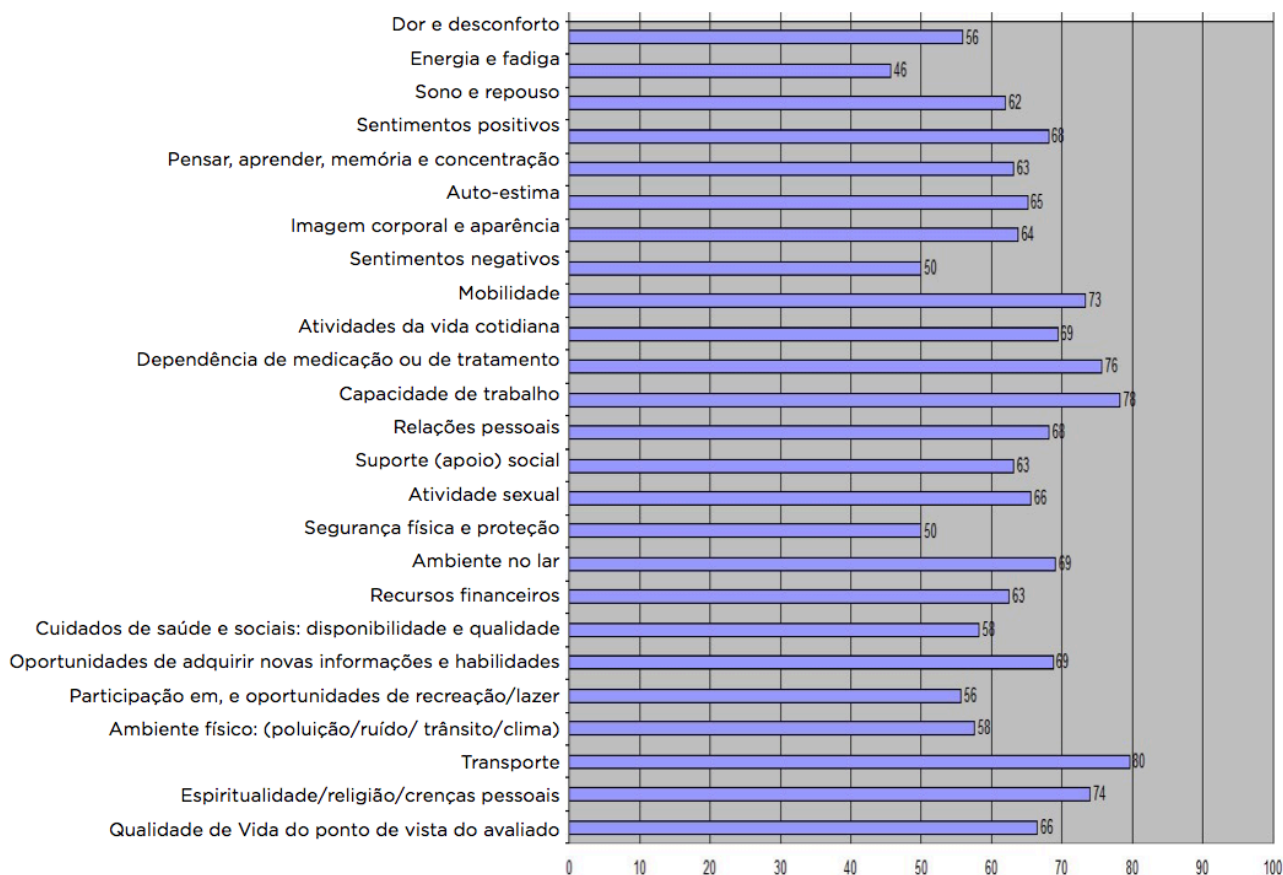
Fonte: Pesquisa, 2019.

Figura 1 - Domínios do WHOQOL-100.



Fonte: Pesquisa, 2019.

Figura 2 - Facetas dos domínios do WHOQOL-100.



Fonte: Pesquisa, 2019.

Os domínios que apresentaram melhores escores foram os relacionados a “nível de independência” e “aspectos espirituais/religião/crenças pessoais”. No primeiro domínio, as facetas correspondentes se referiam à “mobilidade” (73%), “atividades de vida cotidiana” (69%), “dependência de medicação ou tratamento” (76%) e “capacidade de trabalho” (78%). Observa-se, então, que esses profissionais apresentaram um bom nível de independência e que consideram que conseguem executar as atividades de trabalho. Fernandez, Miranzi, Iwamoto, Tavares e Santos¹³ apresentaram, em sua pesquisa com enfermeiros da estratégia de saúde da família, escore semelhante nesse domínio. Porém, observa-se escassez de estudos brasileiros com uso do instrumento *WHOQOL-100* voltados à população estudada, o que dificulta a exploração dos dados com referências nacionais.

No domínio relacionado aos “aspectos espirituais/religião/crenças pessoais”, observa-se na faceta sobre “espiritualidade/religião/crenças pessoais” que o escore obtido foi de 74%. Esse domínio avalia as crenças pessoais de uma pessoa, independente de uma religião específica, analisando, assim, a influência na qualidade de vida do entrevistado. La Longuiniere, Yarid, e Silva¹⁴, em sua pesquisa sobre a influência da religiosidade/espiritualidade do profissional da saúde no cuidado ao paciente crítico, relatam a importância da vivência da espiritualidade para a qualidade de vida dos profissionais, bem como para sua saúde física e para melhora das relações interpessoais. A vivência da espiritualidade pode aumentar a qualidade de vida, uma vez que as crenças podem

modificar a forma como cada profissional compreende a doença e a terminalidade.

As “relações sociais” que incluem as facetas relacionadas a “suporte (apoio) social” (63%), “relações pessoais” (68%) e “atividade sexual” (66%) não apresentaram alterações significativas entre as facetas. Porto, Thofehrn, Pai, Amestoy, Arrieira e Joner¹⁵, a partir de sua pesquisa sobre a visão dos profissionais do PIDI acerca de sua atuação no programa, demonstraram a importância das relações interpessoais no ambiente de trabalho, sendo utilizada como ferramenta para enfrentamento das situações adversas vivenciadas nesse ambiente. O escore desse domínio corrobora com os dados obtidos relacionados à faceta discutida anteriormente, na qual, a partir do exposto por La Longuiniere, Yarid, e Silva¹⁴ e Porto, Thofehrn, Pai, Amestoy, Arrieira e Joner¹⁵, compreende-se sua importância para fornecer suporte aos profissionais para lidarem com pacientes em cuidados paliativos.

No domínio psicológico, observa-se que as facetas correspondentes apresentaram os seguintes valores: “sentimentos positivos” (68%), “pensar, aprender, memória e concentração” (63%), “autoestima” (65%), “imagem corporal e aparência” (64%) e “sentimentos negativos” (50%). Este último de acordo com seu conceito no manual do *WHOQOL-100* refere quão angustiantes são os sentimentos negativos vivenciados e o impacto no cotidiano dos indivíduos.¹² Nesse sentido, pode-se refletir sobre a origem desses sentimentos negativos, os quais podem estar relacionados à prática profissional por lidarem diariamente

com o sofrimento dos pacientes com câncer e sua família, bem como relacionados à sua vida pessoal.¹¹ É preciso refletir que mesmo sendo agentes do cuidado, esses profissionais não estão ilesos a situações de sofrimento em suas vidas, podendo, assim, vivenciar o processo de adoecimento com entes querido, bem como sofrimentos de outras fontes. Dessa forma, fica impossibilitado de se fazer uma correlação direta do escore dessa faceta e sua ligação com as atividades de trabalho.

No domínio “ambiente”, as facetas que apresentaram um escore mais baixo foram as relacionadas à “segurança física e proteção” (50%), “cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade” (58%), “participação em, e oportunidades de recreação e lazer” (56%) e “ambiente físico (poluição, ruído, trânsito, clima)” (58%). Dada a carga horária semanal que a maioria dos profissionais (entre 30 a 40 horas semanais) desempenham, bem como a realização de outras atividades além do trabalho, a faceta “participação em, e oportunidade de recreação e lazer” nos fazem refletir sobre como os profissionais têm organizado seu tempo, quais são as ocupações que eles têm priorizado no tempo livre, o que compreendem sobre o lazer e sua importância.

O lazer pode ser entendido como uma ocupação desnecessária ou associada a um alto custo financeiro. Porém, como as demais ocupações (atividades de vida diária, atividades instrumentais de vida diária, descanso e sono, trabalho, educação), possui um papel importante na vida do indivíduo, possibilitando promoção da autonomia e, conseqüentemente, realização pessoal, pois está relacionada à realização de atividades significativas.¹⁶

Com relação às facetas relacionadas à “segurança física e proteção” e “ambiente físico” podemos refletir sobre quais recursos físicos o espaço laboral oferece para promover qualidade de vida no trabalho, bem como as estratégias utilizadas para promoção da segurança dos profissionais que diariamente visitam pacientes em diversos bairros da cidade.¹⁷

Dentre todos os domínios, o que apresentou escore mais baixo foi o domínio “físico”. Dentre suas facetas, a com escore mais baixo foi a relacionada à “energia e fadiga” (46%), seguida de “dor e desconforto” (56%) e “sono e repouso” (62%). Isso demonstra que mesmo não atuando na parte física do hospital, o profissional ao atuar no domicílio do paciente também apresenta comprometimentos à sua saúde física, tendo em vista realizar procedimentos que requerem algum esforço físico, bem como a dinâmica das visitas domiciliares com endereços distintos, exposição a condições climáticas e outros fatores. Os resultados obtidos nos domínios “físico” e “ambiental” são semelhantes ao encontrado por Souza, Silva, Lima, Teston, Benedetti e Costa¹⁷, que identificaram prejuízo na qualidade de vida de profissionais que atuam em setores críticos do hospital.

O instrumento *WHOQOL 100* (versão português) não demonstra dados normativos para o Brasil, para isso seria necessária a realização de um grupo controle para comparar os resultados.¹² Porém, a partir da compreensão de que, quanto mais perto do valor total 100, melhor é considerada a

qualidade de vida do indivíduo, pode-se observar que o escore relacionado à qualidade de vida do ponto de vista do avaliado foi de 66%, demonstrando, assim, que há fatores que precisam ser melhorados. Contudo, entende-se como limitador neste estudo a impossibilidade de correlacionar diretamente os escores mais baixos com a atividade de trabalho, bem como a escassez de estudos semelhantes para comparação.

CONCLUSÃO

De acordo com os resultados obtidos nesse estudo, observou-se que os participantes consideraram ter uma boa capacidade para realização das atividades que lhe são requeridas diariamente, incluindo mobilidade e atividade de trabalho. Outro domínio que apresentou um bom escore foi o relacionado a aspectos espirituais/religião/crenças pessoais, demonstrando que, mesmo alguns não tendo declarado ter alguma religião, a vivência da espiritualidade de alguma forma reflete em sua qualidade de vida.

Mesmo demonstrando escores mais altos nesses domínios, é importante ressaltar que os profissionais atuantes no campo da oncologia na atenção domiciliar demonstraram comprometimentos em algumas áreas de domínio do teste, sendo o escore mais baixo relacionado ao domínio físico. Com relação às facetas, as que apresentaram menores escores são referentes à energia e fadiga (domínio físico), sentimentos negativos (domínio psicológico) e segurança e proteção (domínio ambiente). Diante disso, torna-se fundamental um olhar sensível aos resultados obtidos e a ampliação das ações voltadas à promoção da qualidade de vida dos profissionais.

Consideram-se como fatores limitantes neste estudo a pesquisadora principal ter feito parte da equipe avaliada, bem como pouca literatura nacional voltada a essa temática e utilizando o instrumento *WHOQOL-100*, impossibilitando uma maior exploração dos dados obtidos.

Sugere-se um estudo qualitativo que aprofunde as questões apontadas nas facetas a fim de esclarecer a influência do trabalho na pontuação do *WHOQOL-100*. Enfatiza-se a importância de novas pesquisas na área da atenção domiciliar e qualidade de vida dos profissionais, bem como a ampliação da pesquisa a outros espaços do hospital, visando avaliar a qualidade de vida dos profissionais e residentes atuantes na oncologia. Buscando assim, fortalecer as ações de prevenção e promoção da saúde no ambiente de trabalho.

REFERÊNCIAS

1. Teston EF, Fukumori EFC, Benedetti GMS, Spigolon DN, Costa MAR, Marcon SS. Sentimentos e dificuldades vivenciadas por pacientes oncológicos ao longo dos itinerários diagnóstico e terapêutico. Escola Anna Nery. [Internet]. 2018. [acesso em 2019 fev 17]; 22(4):1-8. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000400214&lng=pt&nrm=iso.
2. Alavares RB, Santos IDL, Lima NM, Mattias SR, Cestari MEW, Gomes NCRC et al. Sentimentos despertados nas mulheres frente ao diagnóstico de câncer de mama. Journal of Nursing and Health. [Internet]. 2017. [acesso em 2019 jan 28]; 7(3):01-10. Disponível em: <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/12639/8347>.

3. BRASIL. LEI nº10.424, de 15 de abril de 2002. Acrescenta capítulo e artigo à Lei no 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 [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2002 abr. 15 [acesso em 2018 out 17]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2002/l10424.htm
4. BRASIL. Portaria nº 825, de 25 de abril de 2016. Redefine a Atenção Domiciliar no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e atualiza as equipes habilitadas [Internet]. Diário Oficial da República Federativa do Brasil. 2016 abr. 25 [acesso em 2019 fev 17]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2016/prt0825_25_04_2016.html
5. Arrieira ICO, Thofehrn MB, Fripp JC, Duval P, Valadão M, Amestoy SC. Programa de Internação Domiciliar Interdisciplinar Oncológico: Metodologia de trabalho. Ciência, cuidado e saúde [Internet]. 2009 [acesso em: 2019 fev 17]; 8(supl): 104-109. Disponível: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9725>
6. WHO. Cancer: palliative care. [Internet]. [acesso em: 2018 out 17]. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/palliative/es/>.
7. Gomes ALZ, Othero MB. Cuidados paliativos. Revista Estudos Avançados [Internet]. 2016 [acesso em: 2019 fev 17]; 30(88):155-166. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-40142016000300155.
8. Andrade CG, Costa SFG, Costa ICP, Santos KFO, Brito FM. Cuidados Paliativos e comunicação: estudo com profissionais da saúde do serviço de atenção domiciliar. Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental [Internet]. 2017 [acesso em: 2019 fev 17]; 9(1): 215-221. Disponível em: http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5368/pdf_1
9. Oliveira, MBP, Souza NR, Bushatsky M, Dâmaso BFR, Bezerra DM, Brito JA. Atendimento domiciliar oncológico: percepção de familiares/cuidadores sobre cuidados paliativos. Escola Anna Nery [Internet]. 2017 [acesso em: 2019 fev 17]; 21(2): 01-06. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452017000200202
10. Zanatta AB, Lucca SR. Prevalência da síndrome de burnout em profissionais da saúde de um hospital oncohematológico infantil. Revista da Escola de Enfermagem da USP [Internet]. 2015 [acesso em: 2019 out 25]; 49(2): 0253-0258. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342015000200253&script=sci_abstract&tlng=pt
11. Ayala ALM, Felício ACR, Pachao J. Sofrimento dos profissionais que atuam no setor de oncologia em um hospital público de Joinville, SC. Revista de Atenção Saúde [Internet]. 2017 [acesso em: 2019 fev 19]; 15(51): 106-117. Disponível em: http://seer.uscs.edu.br/index.php/revista_ciencias_saude/article/view/4376
12. QUALIDEP. Projeto Whoqol-100 [Internet]. 2019 [acesso em: 2019 fev 17]. Disponível em: <https://www.ufrgs.br/qualiddep/qualidade-de-vida/projeto-whoqol-100>
13. Fernandes JS, Miranzi SSC, Iwamoto HH, Tavares DMS, Santos CB. Qualidade de vida dos enfermeiros das equipes de saúde da família: a relação das variáveis sociodemográficas. Texto & contexto enfermagem [Internet]. 2010 [acesso em: 2019 fev 20]; 19 (3): 434-442. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000300004&lng=en&nrm=iso
14. La Longuiniere ACF, Yarid SD, Silva ECS. Influência da religiosidade/espiritualidade de profissional da saúde no cuidado ao paciente crítico. Revista Cuidarte (Bucaramanga. 2010) [Internet]. 2018 [acesso em: 2019 fev 17]; 9(1): 1758-66. Disponível em: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/413/891>
15. Porto AR, Thofehrn MB, Pai DD, Amestoy AC, Arrieira ICO, Joner LR. Visão dos profissionais sobre seu trabalho no programa de internação domiciliar interdisciplinar oncológico: uma realidade brasileira. Avances em enfermería [Internet]. 2014 [acesso em: 2019 fev 19]; 23(1). Disponível em: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/46065>
16. AOTA. Estrutura da prática da Terapia Ocupacional: domínio & processo 3ª ed. 2014. Tradução: Cavalcanti, A, Silva e Dutra FCM; Elui VMC. Revista de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo [Internet]. 2015 [acesso em: 2019 fev 17]; 26(ed. esp.):1-49. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/rto/article/view/97496/96423>
17. Souza VS, Silva DS, Lima LV, Teston EF, Benedetti GMS, Costa MAR. Qualidade de vida dos profissionais de enfermagem atuantes em setores críticos. Revista Cuidarte (Bucaramanga. 2010) [Internet]. 2018 [acesso em: 2019 fev 17]; 9(2): 2177-86. Disponível em: <https://revistacuidarte.udes.edu.co/index.php/cuidarte/article/view/506/935>

Este artigo é resultado do trabalho de conclusão de residência em Atenção à Saúde Oncológica pela Universidade Federal de Pelotas, 2019.

Recebido em: 16/10/2019
Revisões requeridas: 18/10/2019
Aprovado em: 04/02/2020
Publicado em: 20/04/2021

Autora correspondente

Elaine Rayane Cavalcanti Gomes Porciúncula
Endereço: Rua Nabor do Régo, 316, Ramos
Rio de Janeiro/RJ, Brasil
CEP: 21.031-720
Email: elainerayane@hotmail.com
Número de telefone: +55 (21) 98829-0227

Divulgação: Os autores afirmam não ter conflito de interesses.