

A percepção do paciente e sua família sobre a influência do ambiente relacional no processo de saúde e doença

The perception of the patient and family about the influence of the relational environment in the process of health and disease

Ana Laura Stahlhoefer, Laís Rocha Lopes*, Rubia Mariano da Silva

Centro Universitário de Anápolis – UniEVANGÉLICA, Anápolis- GO- Brasil.

Resumo

Objetivo: Avaliar a influência do ambiente relacional no surgimento, melhora e piora da doença visto pelo paciente e seus familiares. **Métodos:** É uma pesquisa qualiquantitativa, de campo, do tipo corte transversal descritiva, os participantes da pesquisa foram 16 pacientes e 16 acompanhantes, que responderam a um questionário feito pelas autoras. **Resultados:** Quatro dimensões foram avaliadas nessa pesquisa. Na dimensão pessoal, 15 pacientes afirmaram contribuir para sua melhora, sendo que 14 acompanhantes concordaram com a afirmativa. A dimensão profissional mostra que 13 pacientes relatam que a doença interferiu em seu trabalho, enquanto 11 acompanhantes acreditam que o trabalho poderia contribuir para a melhora do paciente. Na dimensão familiar, todos os pacientes relatam que suas famílias são responsáveis por sua melhora, informação comprovada por 14 acompanhantes. Na dimensão social, 14 pacientes e acompanhantes relatam a importância do apoio social para a melhora. **Conclusão:** Os pacientes e suas famílias reconhecem a influência do ambiente relacional no processo saúde-doença. Este trabalho mostra a importância de encorajar a qualidade do ambiente relacional do paciente, intervindo com uma medicina ética e humanizada e uma abordagem terapêutica mais ampla, na qual a doença vai além do acometimento físico, considerando o aspecto biopsicossocial do homem.

Abstract

Objective: This article aims to evaluate the influence of the relational environment on the appearance, improvement and worsening of the disease seen by the patient and his relatives. **Methods:** It is a quali-quantitative, field-based, descriptive cross-sectional study, the participants of the study were 16 patients and 16 companions, who answered a questionnaire made by the authors. **Results:** Four dimensions were evaluated in this study. In the personal dimension, 15 patients reported contributing to their improvement, and 14 companions agreed with the affirmative. The professional dimension shows that 13 patients report that the disease interfered in their work, while 11 companions believe that the work could contribute to the improvement of the patient. In the family dimension, all the patients report that their families are responsible for their improvement, information proven by 14 companions. In the social dimension, 14 patients and companions report the importance of social support for improvement. **Conclusion:** Patients and their families recognize the influence of the relational environment on the health-disease process. This work shows the importance of encouraging the quality of the patient's relational environment, intervening with an ethical and humanized medicine and a broader therapeutic approach, in which the disease goes beyond physical involvement, considering the biopsychosocial aspect of the man

Palavras-chave:

Saúde.
Doença.
Família. Meio ambiente.
Doente.

Keyword:

Health.
Disease.
Family.
Environment.

*Correspondência para/ Correspondence to:

Laís Rocha Lopes: laisrochalopes@gmail.com

INTRODUÇÃO

Ao longo dos séculos, diversas teorias buscaram elucidar o processo saúde-doença. Sobre esse processo, é conhecido o predomínio da multicausalidade, tendo essa como condicionantes o ambiente para o surgimento da doença. Esse fator condicionante é subjetivo, sendo que para alguns é mais relevante que para outros¹.

O conhecimento humano pode estar muitas vezes unidirecionado à visão do processo saúde doença, limitando a compreensão dos aspectos psicofisiológicos do homem. Esse estudo atenta a uma nova ótica para o surgimento, evolução e cura de uma patologia. Abrange diversas variáveis, afinal a doença é um complexo de elementos facilmente abaláveis. A saúde do indivíduo e suas necessidades podem ser afetadas de acordo com a edificação do ambiente em que se relaciona².

Esta pesquisa é de grande relevância e acréscimo para a ciência, devido o tema ainda não ser suficientemente explorado. O estudo tem como foco a visão de quem sofre a doença e de quem vivência o sofrimento junto ao enfermo. O objetivo dessa pesquisa é avaliar a influência do ambiente relacional no surgimento e piora da doença visto pelo paciente e seus familiares.

METODOLOGIA

Este trabalho contou com o apoio do programa de bolsa da Fundação Nacional de Desenvolvimento do Ensino Superior Particular (FUNADESP), e foi submetido e aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Anápolis – UniEvangélica. A presente pesquisa baseou-se em revisão de artigos científicos através dos sites da PubMed, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). É uma pesquisa qualitativa, de campo, do tipo corte transversal descritiva.

A amostra foi composta por pacientes e seus acompanhantes que estavam em

tratamento em uma Clínica Escola de Fisioterapia de uma Instituição de Ensino Superior Privada da cidade de Anápolis-GO, perfazendo o total de 32 pessoas, formada por 16 pacientes e 16 acompanhantes. Os entrevistados foram selecionados por conveniência de acordo com critérios como idade (maior de 18 anos), presença necessária de um acompanhante junto ao paciente, que nessa pesquisa foi referido como família.

Foram elaborados dois questionários semiestruturados pelas autoras da pesquisa, um para o paciente e outro para o acompanhante. Teve como embasamento teórico o texto do Ministério da Educação³, que afirma que o ser humano é concreto, composto por expressões como comportamento e sentimentos construídos a partir das vivências individuais, das relações sociais, e de sua constituição biológica.

Esse documento questionava dados de identificação do paciente/acompanhante, seguido por questões a respeito dos quatro domínios do ser humano: Domínio Pessoal, Profissional, Familiar e Social. Um gravador foi utilizado para registrar as respostas dos pacientes e acompanhantes. Após a coleta de dados, os resultados foram analisados estatisticamente, estudados através de frequência relativa e absoluta e desvio padrão, e por fim, demonstrados por meio de gráficos.

RESULTADOS

A média das idades dos pacientes da pesquisa foi de 57,18 anos (desvio padrão 17,22 anos) e de 53,31 anos (desvio padrão 10,71 anos) para os acompanhantes. Dos entrevistados, 9 pacientes (56,25%) são do gênero feminino, e 7 dos familiares (43,75%) do gênero masculino. Quanto a escolaridade, 8 pacientes (50%) e 6 acompanhantes (37,5%) possuem ensino fundamental incompleto. De forma geral, os entrevistados eram em sua maioria (87,5%) de baixa renda, todos os pacientes eram aposentados e 14 acompanhantes (87,5%) economicamente ativos. aposentados e 14

acompanhantes (87,5%) economicamente ativos.

DIMENSÃO PESSOAL

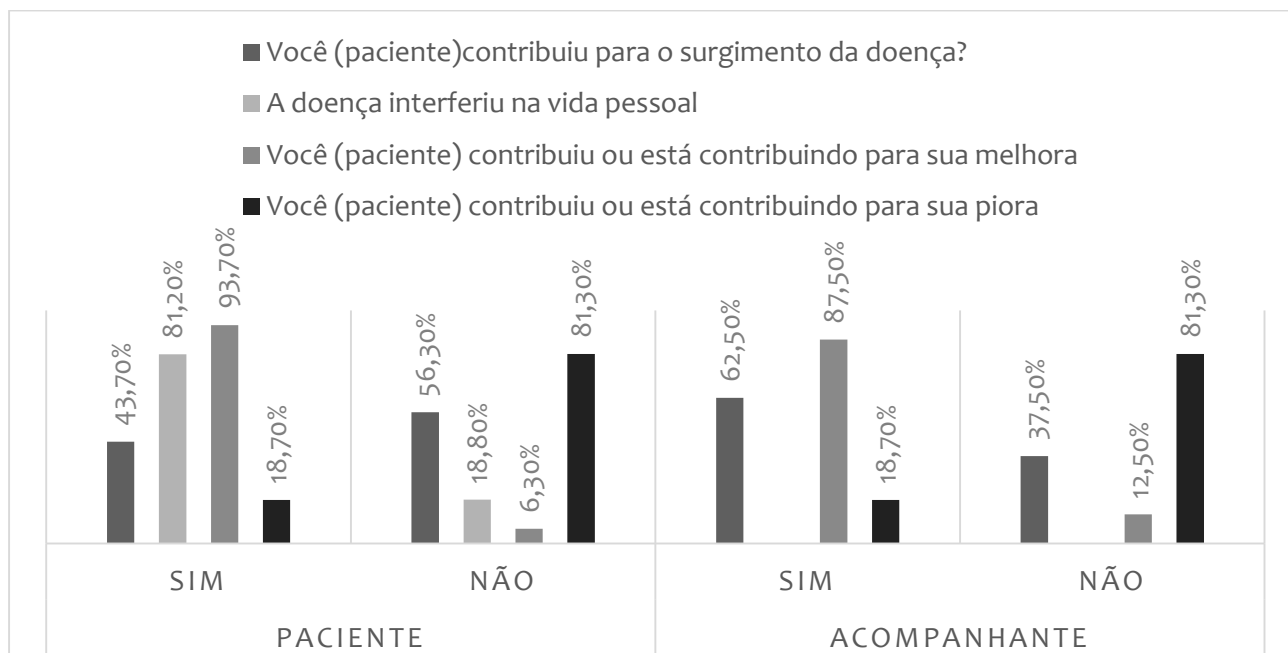
A dimensão pessoal do paciente, foi composta pelas seguintes questões: você contribuiu para o surgimento da doença? A doença interferiu na sua vida pessoal? Você contribuiu ou está contribuindo para sua melhora? Você contribuiu ou está contribuindo para sua melhora?

Para os acompanhantes (família) as questões foram as seguintes: O paciente contribuiu para o aparecimento da doença? O paciente contribuiu ou está contribuindo para sua melhora? O paciente contribuiu ou está contribuindo para sua piora?

Quando questionados sobre o impacto da doença na vida pessoal do ser humano, 13 pacientes (81,25%) afirmaram que sua moléstia interferiu na sua vida, sendo que a grande maioria destes referiu ser devido a perda da sua independência, e 15 desses (93,7%), disseram que estão contribuindo para sua própria melhora, corroborando com a resposta de 14 acompanhantes (87,5%).

Dos acompanhantes entrevistados, 12 (75%) afirmaram que o próprio paciente interferiu no surgimento da sua doença, sendo o tabagismo, sedentarismo, má alimentação e alcoolismo os principais motivos relatados. Houve entrevistados cuja doença era de origem genética ou acidental, sendo o paciente incapaz de interferir em seu surgimento, conforme figura 1.

Figura 1: Domínio pessoal pelo ponto de vista do paciente e do acompanhante



Na dimensão pessoal, 15 pacientes (93,7%) contribuíram ou estão contribuindo para a melhora. Quando questionados o porquê, as respostas mais frequentes seguem abaixo:

Paciente 01: “Faço Fisioterapia direitinho, faço consultas regulares com omédico, parei de fumar há 6 anos”.

Paciente 08: “ Não falto minhas sessões na clínica, e faço exercícios em casa”.

Paciente 09: “Faço coisas para melhora: Regime”.

Paciente 16: “Contribuo para a melhora tomando os remédio”.

Quanto aos acompanhantes, 14 deles (87,5%) concordam quando afirmam que os pacientes estão contribuindo para sua melhora:

Acompanhante 03: “ Ela ajuda com os exercícios, recusa nada, topa fazer tudo que a gente pede, tanto que nos quatros primeiros meses que ela ficou paraplégica, ela não sentia nada da cintura pra baixo e foi muito esforçada. Tudo que a gente falava pra ela: mãe faz isso, ela fazia, tanto que ela conseguiu reabilitar. E assim, o diagnostico dela já tinha fechado que ela não ia conseguir andar mais, o médico já tinha preparado a família, acho que foi mais esforço dela”.

Acompanhante 07: “Está se esforçando pra andar e tenta melhorar a alimentação”.

Acompanhante 08: “Sim, a dificuldade física está fazendo com que ela tenha consciência de querer mudar e melhorar”.

Acompanhante 13: “Sim, ele quer melhorar, toma a medicação direito, alimenta direito, tenta fazer exercícios”.

DIMENSÃO PROFISSIONAL

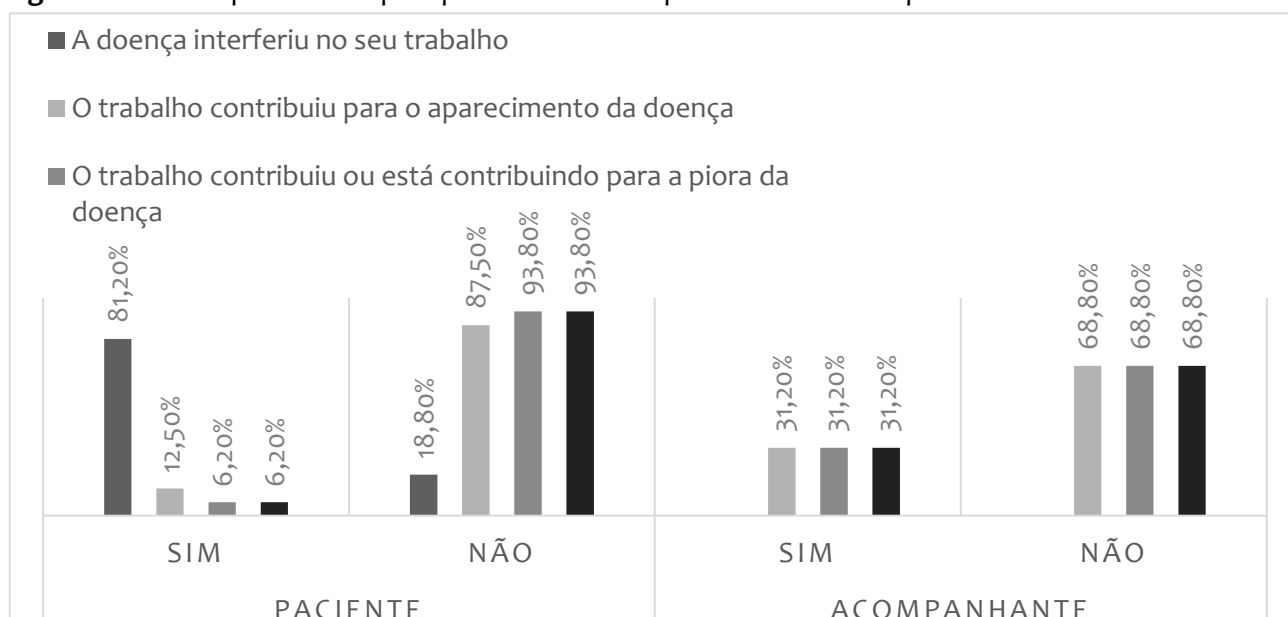
Na dimensão profissional, os questionamentos feitos aos pacientes e seus acompanhantes. Para os pacientes: A doença interferiu no seu trabalho?; O trabalho contribuiu para o aparecimento da doença?; O trabalho

contribuiu ou está contribuindo para piora da doença?; O trabalho contribuiu ou está contribuindo para piora da doença?

As questões indagadas aos acompanhantes foram: O trabalho contribuiu para o aparecimento da doença do paciente?; O trabalho contribuiu ou está contribuindo para a piora da doença do paciente?; O trabalho contribuiu ou está contribuindo para a melhora do paciente?

Todos os entrevistados estavam afastados de seus trabalhos, a maioria compulsoriamente, totalizando 13 pacientes (81,25%) que acreditam que a doença interferiu no seu trabalho, desses, 7 (43,75%) afirmaram que se pudessem e estivessem trabalhando seria positivo para a melhora da doença, afinal estaria mais satisfeito consigo mesmo. Ao analisar as respostas dos acompanhantes, 5 (31,2%) referiram que o trabalho do enfermo contribuiu para o aparecimento da moléstia. Também foi afirmado por 5 acompanhantes (31,2%) que a profissão contribuiu ou está contribuindo para a piora do paciente. Todavia, 5 familiares (31,2%) relatam que a profissão contribuiu ou está contribuindo para a melhora do enfermo (Figura 2).

Figura 2- Domínio profissional pelo ponto de vista do paciente e do acompanhante



Todos os pacientes entrevistados encontravam-se afastados de seu trabalho, sendo que 13 deles (81,2%) relatam que a doença interferiu no seu trabalho. As respostas abaixo, mostra as opiniões dos mesmos:

Paciente 03: “Se eu trabalhasse me sentiria melhor”.

Paciente 5: “Atrapalhou meu trabalho, mas consigo trabalhar em casa”.

Paciente 11: “Se eu estivesse trabalhando me sentiria bem melhor, porque eu era operador de máquina, de repente uma profissão que eu fazia com amor desapareceu. Agora minha vida tá muito devagar”.

Paciente 15. “Não consigo fazer nada, carregar nada, fico muito em pé fico cansado”.

Quando os acompanhantes foram questionados se o trabalho influenciou no aparecimento, piora ou melhora da doença, foi obtida as seguintes respostas:

Acompanhante 1: “Não, ela está fazendo o tratamento [...] Como ela parou de trabalhar, tá interferindo na melhora”.

Acompanhante 06: “É porque ele não faz mais nada, perdeu as forças dos braços,

então não melhora nem piora, porque não faz mais nada.”

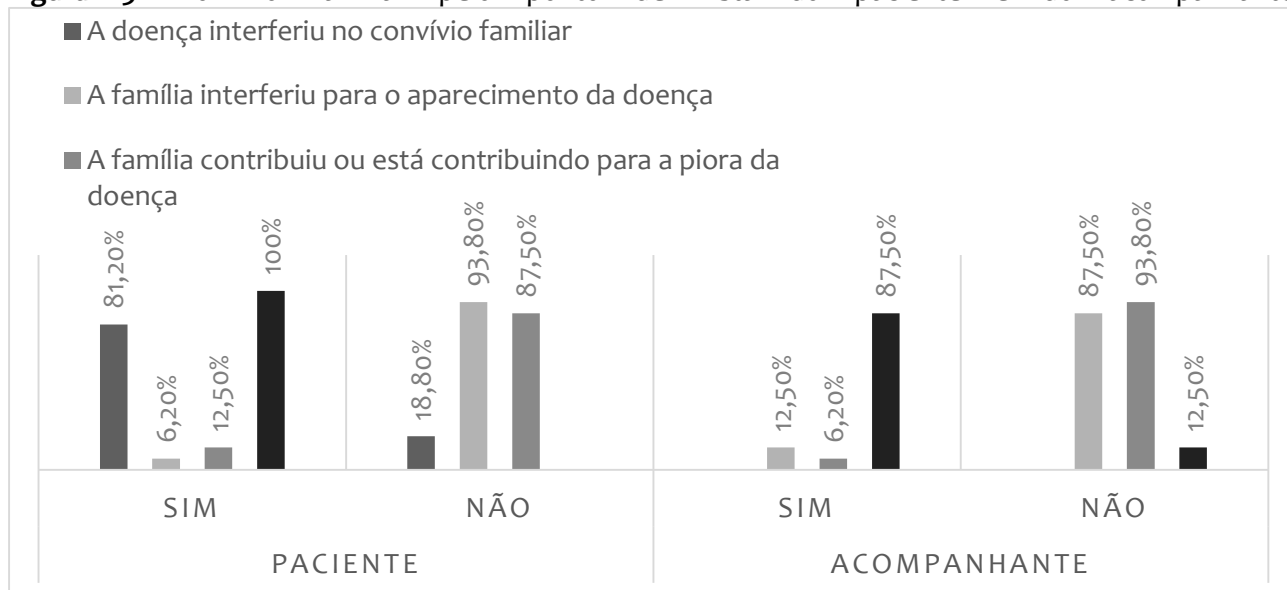
Acompanhante 12: “Piora, porque ela está em casa, fica ociosa, não sai pra nada.”

DIMENSÃO FAMILIAR

A dimensão familiar foi composta pelas seguintes indagações aos pacientes: A doença interferiu no convívio familiar?; A família interferiu para o aparecimento da doença?; A família contribuiu ou está contribuindo para a piora da doença? A família contribuiu ou está contribuindo para a melhora da paciente? Para os acompanhantes as questões foram: A família interferiu para o aparecimento da doença?; A família contribuiu ou está contribuindo para a piora da doença? A família contribuiu ou está contribuindo para a melhora da paciente?

Entre os pacientes entrevistados, 13 (81,25%) referiram que a doença interferiu na família, devido maior aproximação. Todos os pacientes dessa pesquisa confirmaram que a família provoca reflexos positivos em sua doença, enquanto apenas 2 desses (12,5%) disseram que seus familiares contribuíram para sua piora.

Figura 3- Domínio familiar pelo ponto de vista do paciente e do acompanhante



A maioria dos acompanhantes afirmam que a família não influenciou no surgimento da

doença de seu parente, sendo que 14 dos entrevistados (87,5%) disseram que a família

contribui a melhora do paciente, através da busca de auxílio médico e medicamentoso, e ao se compadecer com o doente (Figura 3)

Quando inqueridos, 16 dos pacientes (100%) afirmam que a família influencia positivamente na sua melhora, evidenciado pelas falas abaixo:

Paciente 01: “A família se aproximou devido a doença, contribuindo para melhora”.

Paciente 12: “A doença fez eu me aproximar da família. Eles me tratam melhor agora”.

Paciente 15: “A família melhora, tem mais carinho, mais jeito. São as únicas pessoas que me dão atenção e andam comigo”.

Quando os acompanhantes foram questionados se a família contribuiu ou está contribuindo para a melhora dos pacientes, foram obtidas as seguintes respostas:

Acompanhante 03: “Com certeza, a gente põe a autoestima dela sempre lá em cima, o tratamento dela não é só aqui, tem em outros lugares também. Tudo que está ao nosso alcance a gente tá fazendo, pra que ela sinta melhor, tanto espiritual como a forma física dela também”.

Acompanhante 04: “Eu tento ajudar muito, eu abri mão do meu serviço tem 7 anos e as vezes até de mim, pra poder tá do lado dele”.

Acompanhante 05: “Quem mais conversa com ele sou eu, eu faço tudo que eu puder, oro pra ele e tenho fé em Deus que meus filhos não vão ter esse problema”.

DIMENSÃO SOCIAL

Nessa dimensão, as questões para os pacientes foram: A doença interferiu nos relacionamentos sociais?; Seus relacionamentos sociais contribuíram para o aparecimento da doença?; Seus relacionamentos sociais contribuíram ou estão contribuindo para piora da doença?; Seus relacionamentos sociais contribuíram ou estão contribuindo para sua melhora?

Já para os acompanhantes, as perguntas foram as seguintes: Os relacionamentos sociais do paciente contribuíram para o aparecimento da doença?; Os relacionamentos sociais do paciente contribuíram ou estão contribuindo para sua melhora?; Os relacionamentos sociais do paciente contribuíram ou estão contribuindo para sua melhora?

Nessa dimensão, 14 pacientes (87,5%) e 14 acompanhantes (87,5%) relatam que o convívio social interfere positivamente para sua melhora, e 11 pacientes (68,7%) afirmam que sua doença interferiu no seu convívio social. Quanto a influência do convívio social no surgimento da doença, 15 pacientes (93,7%) negam essa correlação, enquanto 2 acompanhantes confirmam essa influência (Figura 4).

Os pacientes quando questionados se os seus relacionamentos sociais contribuíram ou estão contribuindo para a melhora:

Paciente. 02: “Continua com alguns amigos, apenas os bons.”

Paciente 05: “Não afastou os amigos; mais próximos; contribuem para a melhora.”

Paciente 08: “Amigos continuaram unidos. Amigos não contribuíram para aparecimento, apenas para a melhora. “Visitando, conversando, dando apoio.”

Paciente 09: “Não afastou meus amigos, mesma coisa, mas saio menos.” Quando os acompanhantes foram questionados se os relacionamentos sociais do paciente estavam contribuindo para sua melhora, com as seguintes respostas:

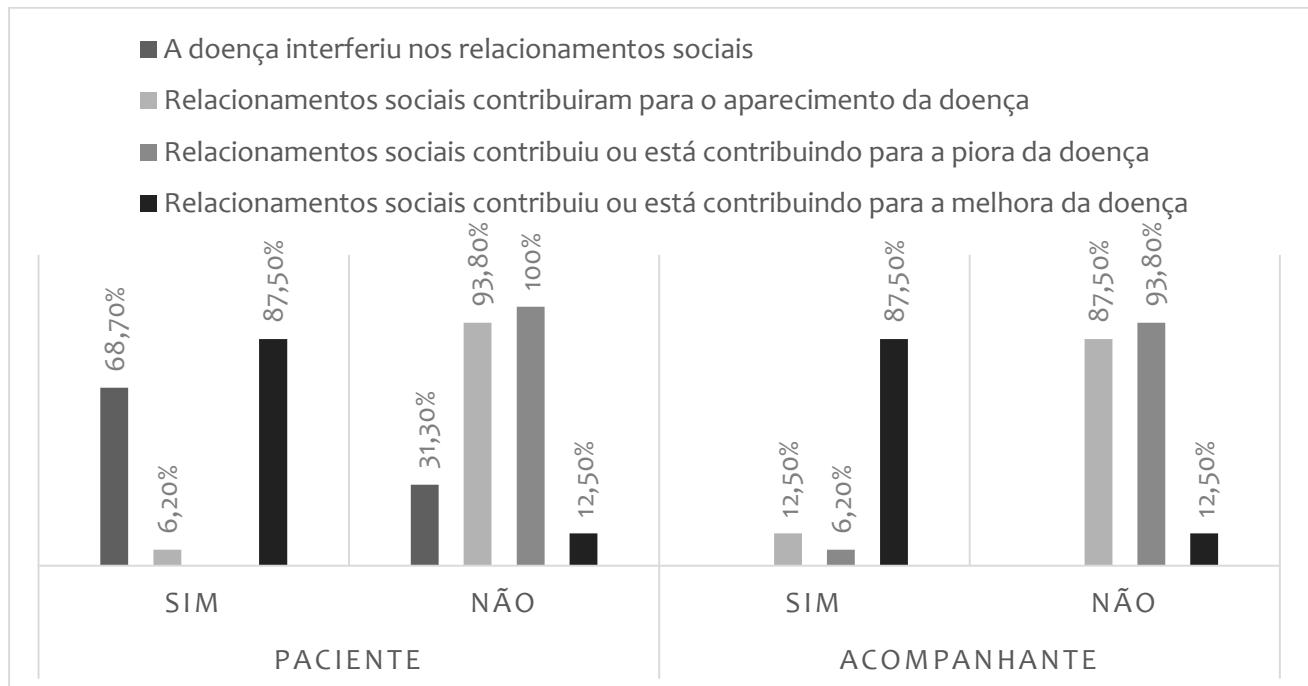
Acompanhante 02: “Na igreja eles dá oração, ora pra melhorar.”

Acompanhante 03: “Faz parte a gente ter amigo, a gente tá buscando um lado espiritual e isso tem uma forma muito positiva na vida dela.”

Acompanhante 04: “Contribuiu muito pra melhora, ele que tá ausentando todo mundo, por causa da doença, não quer ficar saindo. Os amigos vêm de longe, liga pra ele.”

Acompanhante 05: “Sim, ela está sempre conversando e isso tira o foco da doença e melhora o estado psicológico.”

Figura 4- Domínio social pelo ponto de vista do paciente e do acompanhante



DISCUSSÃO

Quanto a análise da amostra desta pesquisa, a grande maioria é de baixa renda, devido ser uma instituição do Sistema Único de Saúde, fato respaldado por outras literaturas, a exemplo do estudo de perfil sociodemográfico de instituições públicas realizado por Valente, Andrade e Mendes⁴ no ano de 2016.

O gênero feminino constitui a maior parte da amostra, resultado justificado por Gomes, Nascimento e Araújo⁵, ao afirmar que os homens adoecem e morrem mais, mas a procura por serviços de saúde é maior por parte das mulheres. Pinheiro et al⁶ apontam para a preferência masculina por serviços emergenciais.

A dimensão pessoal foi a primeira a ser abordada, e leva em consideração a percepção da doença pelo doente. A interpretação de seu fenômeno patológicos por meio da experiência leva o indivíduo a observar excessos, contenções, disfunções e equilíbrio, buscando entender sua nova condição.⁷

Para Albuquerque e Oliveira⁸, a doença é um problema pessoal e social. É pessoal, pois pode alterar a capacidade do indivíduo em trabalhar, produzir e se divertir, promovendo alterações físicas e mentais da pessoa. No aspecto social a doença pode afetar diretamente as pessoas que convivem com o paciente. A doença gera no paciente uma visão destruidora, limitando a capacidade pessoal em assumir responsabilidades, perdendo sua posição social, causando um isolamento social.

O reconhecimento da culpa de sua enfermidade é considerado um fator importante para melhora da doença, exemplificado no estudo de Chaves e Alves⁹, em que pacientes diabéticos reconhecem sua responsabilidade no acometimento da doença. A mudança de hábitos, entretanto, é vista como um desafio, sofrimento, repressão e sentimento de negação do prazer.

Araújo e Silva¹⁰ relatam a importância do paciente em sua recuperação, esse, deve estar disposto a receber cuidado, cooperando

com o tratamento proposto, mantendo o bom humor e a alegria, que são capazes de aliviar a tensão em um contexto sofrimento.

Quanto a dimensão profissional, Miranda¹¹ afirma que o trabalho é uma atividade própria do ser humano, assim, quando o homem é afastado de suas atividades por fatores que contradizem a sua vontade sentem ter sua vida obstruída. Todos os pacientes desta pesquisa mencionaram determinada forma de dependência após o acometimento da doença, mas é a noção de se sentirem incapacitados que reflete negativamente na doença.

A partir dos relatos é possível inferir que trabalhadores ativos apresentam melhores condições de saúde do que aqueles que por algum motivo estão afastados do mercado de trabalho. O afastamento do trabalho tem sido causa de piores condições de saúde, aumento das taxas de mortalidade e maior prevalência de sintomas psiquiátricos, hipertensão arterial e hábitos de vida nocivos, como consumo de bebida alcoólica e cigarro.¹²

As condições de trabalho têm como alvo o corpo do indivíduo, e refletem positivamente ou negativamente em sua saúde, concordando com os relatos dos pacientes, que ao sentirem-se afastados compulsoriamente de seus ofícios observaram a situação como um obstáculo para a melhora de sua enfermidade¹³.

Outra dimensão abordada foi a familiar, a família é o principal alicerce do enfermo, essa, assume a responsabilidade pela fragilidade e dependência do parente, reorganizando a própria vida em função do doente.¹⁴ Ferreira e Pereira,¹⁵ afirmam que a partir do momento que o indivíduo percebe seu familiar acometido por uma enfermidade, passa a enfrentar novos problemas e exigências.

A família é o apoio para o indivíduo e é por meio dela que as relações são supridas de amor, acolhimento, cuidados e carinho. São essas relações que caracterizam a qualidade de vida do doente, pois garantem o bem-estar físico, mental e social do paciente. Na relação com a família, as pessoas ganham força e

vontade de vencer e lidar da melhor forma possível com a doença.¹⁶

De acordo com Fráguas, Soares e Silva,¹⁷ o suporte dado pela família é um meio auxiliador no enfrentamento da enfermidade, além disso, uma rede de apoio é formada quando há envolvimento dos membros da família, seja por apoio emocional ou pela mera presença.

A última dimensão discutida é a do convívio social. A doença está presente cotidianamente no indivíduo, penetrada em suas ações e conversas, portanto suas relações sociais acabam se tornando objeto de interferência no curso dessa patologia.⁴

As relações, sejam elas entre a família ou entre os amigos, contribuem de forma positiva para a melhora da doença do indivíduo e de sua qualidade de vida. É comum encontrar nos doentes, sentimentos de angústias, medos e dúvidas; as relações positivas permitem que o doente se sinta amado e apto para seguir em frente em busca da melhora de sua enfermidade, assim como afirmado pelos pacientes dessa pesquisa.¹⁸

Ter contato com outras pessoas, desvia a atenção do doente para assuntos aquém de sua doença, propiciando momentos de liberdade e bem-estar. Em situações de crise familiar, a necessidade de apoio do outro se faz presente na vida do doente, demonstrando que a doença é um fenômeno de dimensão social.¹⁷

Logo, os resultados dessa pesquisa corroboram para a afirmação que a maneira como determinado indivíduo se porta perante sua enfermidade é reflexo e resultado de seu universo sociocultural.¹⁹ Flores²⁰ afirma que a doença é um determinante na vida do indivíduo, uma construção social vivida e entendida pelo homem, e por final, torna-se parte de seu funcionamento global.

A partir das considerações desse estudo conclui-se que tanto os pacientes como seus familiares têm a mesma opinião, os pacientes contribuíram ou estão contribuindo para sua melhora, através da participação ativa

no processo de cura, seja aderindo o tratamento proposto ou mesmo pela vontade de melhorar, sentindo-se mais capazes no meio ambiente em que vivem. O ambiente relacional mostrou-se de suma importância para a melhora da doença no ponto de vista dos pacientes e de seus familiares.

Entende-se a importância de encorajar a qualidade do ambiente que o paciente frequenta, intervindo com uma medicina ética e humanizada e uma abordagem terapêutica mais ampla, onde o foco não é a intervenção medicamentosa, e a doença não é percebida apenas como um acometimento físico, pois essa, interfere no caráter biopsicossocial do homem.

DECLARAÇÃO DE CONFLITOS DE INTERESSE

Os autores declaram a inexistência de conflito de interesses.

FONTE FINANCIADORA DA PESQUISA

FUNADESP - fundação nacional de desenvolvimento do ensino superior particular, edital do ano 2015/2016.

Forma de citar este artigo: Stahlhoefer AL, Lopes LR, Silva RM. A percepção do paciente e sua família sobre a influência do ambiente relacional no processo de saúde e doença. Rev. Educ. Saúde 2019; 7 (1): 37-46.

REFERÊNCIAS

1. Vianna LAC. Processo saúde-doença, São Paulo: Universidade Federal de São Paulo. Acesso em 10/11/2015. [citado em 23 fev. 2016] Disponível em: <http://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/166> ; 2011
2. Kuhnen A, Felipe ML, Luft CDB, Faria JG. A importância da organização dos ambientes para a saúde humana. Psicologia e Sociedade (Impresso). 2010; 22: 538-47.
3. Brasil. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. B823 Relações interpessoais: abordagem psicológica / [Regina Lúcia Sucupira Pedroza]. – Brasília : Universidade de Brasília. Centro de Educação a Distância. 2006: 16-28
4. Valente JSP, Andrade MFA, Mendes CMC. Perfil sociodemográfico de mães provenientes de serviços de triagem auditiva neonatal de maternidades públicas de Salvador, no período de 2007 a 2011. Revista de Ciências Médicas e Biológicas. 2016. 14(3): 274-80.
5. Gomes R, Nascimento EF, Araújo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. Cad. Saúde Pública. 2007. 23(3):565-74.
6. Pinheiro RS, Viacava F, Travassos C, Brito A S. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de saúde no Brasil. Ciênc Saúde Coletiva 2002; 7:687-707.
7. Figueiredo R. Noções de saúde, doença e cura como construções sócio-culturais. BIS. Boletim do Instituto de Saúde (Impresso). 2007. 41: 6-10.
8. Albuquerque CMS, Oliveira CPF. Saúde e doença: significações e perspectivas em mudança. Revista do ISP. 2002. Disponível em: http://www.ipv.pt/millennium/millennium25/25_27.htm
9. Chaves JM, Alves SHS. Estratégias utilizadas por pessoas com diabetes mellitus tipo 2 para o controle dos aspectos emocionais. Perspectivas em psicologia. 2015. 19(2): 199-220
10. Araújo MMT, Silva MJP. A comunicação com o paciente em cuidados paliativos: valorizando a alegria e o otimismo. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2007. 41(4): 668-74.
11. Miranda CR. Introdução à Saúde do trabalhador. 1ª ed. São Paulo: Atheneu; 1999.

12. Giattl L, Barreto SM. Saúde, trabalho e envelhecimento no Brasil. Cad. Saúde Pública. mai-jun, 2003. 19(3):759-771,
13. Carneiro R M, Maciel IJ. Síndrome de burnout: um desafio para o trabalho do docente universitário. Dissertação apresentada ao Mestrado Multidisciplinar em Sociedade, Tecnologia e Meio Ambiente. Acesso em 10/11/2015. [citado em 23 fev. 2016] Disponível em: www.unievangelica.edu.br/.../rúbia%20mariano%20-%20osíndrome%20de%20bournou.
14. Faber V, Rosanell CP, Loro MM, Kolankiewicz ACB, Piovesan S, Leite MT. Percepções de doentes crônicos acerca do cuidado prestado por familiares. Ciênc Cuid Saude. 2012; 11(3):565-72.
15. Ferreira MSM, Pereira M.G. O papel moderador do tipo de família na relação entre incapacidade funcional e qualidade de vida em doentes com lombalgia crônica. Ciência & Saúde Coletiva. 2016 21(1): 303-9.
16. Santos TC, Carrapato JL. A importância da família na qualidade de vida das pessoas com doença mental. In: V Encontro de iniciação científica, IV Encontro de extensão universitária e I Encontro de iniciação científica p/o ensino médio. Presidente Prudente-SP. 2009.[Internet] 5(5).
17. Fráguas G, Soares SM, Silva PAB. A família no contexto do cuidado ao portador de nefropatia diabética: demandas e recursos. Esc Anna Nery Rev Enferm. 2008. 12(2): 271-7.
18. Rennó CSN, José C, Campos G. Comunicação interpessoal: valorização pelo paciente oncológico em uma unidade de alta complexidade em oncologia. Revista Mineira de Enfermagem. 2014. 18(1): 106-125.
19. Costa, G, Gualda DMR. Antropologia, etnografia e narrativa: caminhos que se cruzam na compreensão do processo saúde-doença. História, Ciências, Saúde-Manguinhos. 2010. 17(4): 925-937.
20. Flores, J., & Maranhão, B. (2014). O processo de cura e sua dimensão social. Reverso, 36(68), 47-54.