

# PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

## DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

**Autores:**

**Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá**

**Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira**

**Laura Maria Monteiro Viegas**

**Cristina Maria Rosa Jeremias**

**José Edmundo Xavier Furtado de Sousa**

**Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço**

**Fátima Moreira Rodrigues**

**Amâncio António de Sousa Carvalho**

**Anabela Salgueiro-Oliveira**

**Olga Maria Martins de Sousa Valentim**

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



**Volume 1**

# PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

## DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

**Autores:**

**Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá**

**Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira**

**Laura Maria Monteiro Viegas**

**Cristina Maria Rosa Jeremias**

**José Edmundo Xavier Furtado de Sousa**

**Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço**

**Fátima Moreira Rodrigues**

**Amâncio António de Sousa Carvalho**

**Anabela Salgueiro-Oliveira**

**Olga Maria Martins de Sousa Valentim**

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



**Volume 1**

Editora Omnis Scientia

**PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA  
DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS**

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

## **Editor-Chefe**

Me. Daniel Luís Viana Cruz

## **Autores**

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

Laura Maria Monteiro Viegas

Cristina Maria Rosa Jeremias

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

Fátima Moreira Rodrigues

Amâncio António de Sousa Carvalho

Anabela Salgueiro-Oliveira

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

## **Conselho Editorial**

Dr. Cássio Brancaleone

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior

Dr. Wendel José Teles Pontes

## **Editores de Área - Ciências da Saúde**

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Leandro dos Santos

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

## **Assistente Editorial**

Thialla Larangeira Amorim

## **Imagem de Capa**

Freepik

## **Edição de Arte**

Vileide Vitória Larangeira Amorim

## **Revisão**

Os autores



**Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição-  
NãoComercial-SemDerivações 4.0 Internacional.**

**O conteúdo abordado nos artigos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são  
de responsabilidade exclusiva dos autores.**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)  
Lumos Assessoria Editorial  
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

P962 Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea : diversidade de perspectivas e contextos : volume 1 [recurso eletrônico] / Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá... [et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.  
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.  
ISBN 978-65-5854-626-9  
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9

1. Cuidados de saúde. 2. Enfermagem – Prática. 3. Serviços de saúde. 4. Medicina social. I. Sá, Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de. II. Oliveira, Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de. III. Viegas, Laura Maria Monteiro. IV. Jeremias, Cristina Maria Rosa. V. Sousa, José Edmundo Xavier Furtado de. VI. Cabaço, Lina Maria de Jesus Antunes. VII. Rodrigues, Fátima Moreira. VIII. Carvalho, Amâncio António de Sousa. IX. Salgueiro-Oliveira, Anabela. X. Título.

CDD 610.736

**Editora Omnis Scientia**

Triunfo – Pernambuco – Brasil

Telefone: +55 (87) 99656-3565

[editoraomnisscientia.com.br](http://editoraomnisscientia.com.br)

[contato@editoraomnisscientia.com.br](mailto:contato@editoraomnisscientia.com.br)



# PREFÁCIO

A coletânea de artigos que integram a obra com o título *Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea - Diversidade de perspectivas e contextos*, publicada pela Editora Omnis Scientia, apresenta diversas temáticas do conhecimento na área da saúde e também das ciências sociais. Os estudos apresentados neste volume abordam temas atuais e de interesse para diferentes tipos de público.

Agradecemos aos autores por todo esforço e empenho na elaboração do e-book, desejando que os materiais divulgados possam contribuir para a fundamentação, discussão e olhares renovados sobre questões contemporâneas na área da saúde, que interessam a estes profissionais, em diferentes domínios, mas também a docentes, estudantes e investigadores, potenciando a reflexão em torno da saúde na atualidade.

Fatima Moreira Rodrigues

# SUMÁRIO

**CAPÍTULO 1.....10**

**CUIDADOS DE SAUDE CULTURALMENTE COMPETENTES-PRECONCEITO**

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/10-20**

**CAPÍTULO 2.....21**

**CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL NUMA PERSPETIVA MULTICULTURAL**

Cristina Maria Rosa Jeremias

Maria dos Anjos Pereira Lopes

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/21-39**

**CAPÍTULO 3.....40**

**O ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA**

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/40-52**

**CAPÍTULO 4.....53**

**INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO CUIDADOR FAMILIAR**

Laura Maria Monteiro Viegas

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/53-71**

**CAPÍTULO 5.....72**

**CIDADANIA (IN)VISÍVEL DA PESSOA EM CONDIÇÃO DE SEM-ABRIGO: PERCURSOS COM DIVERSOS ANDAMENTOS**

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/72-88**

<b>CAPÍTULO 6.....</b>	<b>89</b>
<b>A DIMENSÃO HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE</b>	
Amâncio António de Sousa Carvalho	
<b>DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/89-110</b>	
<b>CAPÍTULO 7.....</b>	<b>111</b>
<b>TRAJETÓRIA PEDAGÓGICA DE PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA</b>	
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira	
<b>DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/111-124</b>	
<b>CAPÍTULO 8.....</b>	<b>125</b>
<b>MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CONTINUIDADE</b>	
Fátima Moreira Rodrigues	
Cristina Maria Rosa Jeremias	
<b>DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/125-144</b>	
<b>CAPÍTULO 9.....</b>	<b>145</b>
<b>PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: CONTRIBUTOS PARA A PREVENÇÃO DE INFECCÕES</b>	
Anabela Salgueiro-Oliveira	
Remy Cardoso	
Beatriz Serembeque	
Paulo Santos-Costa	
Rafael A. Bernardes	
Fernando Gama	
David Adriano	
Joana Bernardo	
Liliana B. Sousa	
Nádia Osório	
João Graveto	

Pedro Parreira

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/145-161**

**CAPÍTULO 10.....162**

**CONHECIMENTOS ÚTEIS SOBRE PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL:  
CONTRIBUTOS PARA A LITERACIA FAMILIAR**

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Lídia Susana Mendes Moutinho

Ana Isabel Fernandes Querido

João José Rolo Longo

Tânia Sofia Pereira Correia

Carlos António Laranjeira

**DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/162-176**

### INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO CUIDADOR FAMILIAR

**Laura Maria Monteiro Viegas.**

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), Lisboa.

ORCID <https://orcid.org/0000-0003-1411-7245>

**RESUMO: Objetivo:** Avaliar o impacto de uma intervenção de enfermagem suportada num programa psicoeducativo de gestão do stresse, na auto eficácia do cuidador. **Métodos:** Estudo quase-experimental. A amostra são 64 cuidadores familiares de idosos com dependência, no domicílio, distribuídos pelo Grupo Experimental (GE=32) e pelo Grupo Controlo (GC=32) que foram avaliados em 3 momentos durante 8 meses. O instrumento de avaliação foi o questionário de caracterização das dimensões do modelo de desenvolvimento de stresse de Pearlin: contexto de cuidados, stressores primários. A dimensão stressores secundários foi avaliada pela Escala de Auto eficácia do cuidador (Mata, 2012). **Resultados:** Após a intervenção de enfermagem o GE manteve a auto eficácia enquanto que no GC diminuiu. Entre T2 –T3 verificou-se a diminuição da auto eficácia em ambos os grupos mas mais acentuada no GC. **Conclusão:** A intervenção de enfermagem suportada pelo programa psicoeducativo é de fácil aplicação, deve ser implementada no início do desempenho do papel de cuidador para promover a confiança na competência nesse papel no *continuum* de cuidados. Durante este processo, é importante o enfermeiro explorar e integrar novas formas de reforço da auto eficácia do cuidador neste seu papel contribuindo para a proteção da sua saúde reduzindo o risco de ele se tornar cliente do sistema de saúde.

**PALAVRAS-CHAVE:** Enfermagem. Cuidador. Auto eficácia.

### NURSING INTERVENTION IN THE PROMOTION OF FAMILY CAREGIVER SELF-EFFICIENCY

**ABSTRACT: Objective:** To assess the impact of a nursing intervention supported by a psychoeducational stress management program on a caregiver self-efficacy. **Methods:** Quasi-experimental study. The sample consist of 64 family caregivers of elderly people with dependence, at home, distributed by the Experimental Group (EG=32) and by the Control Group (EC=32) who were evaluated at 3 moments during 8 months. The assessment instrument was the questionnaire characterizing the dimensions of Pearlin's stress development model: context of care, primary stressors. The secondary stressors dimension

was assessed by the Caregiver Self-Efficacy Scale. **Results:** After the nursing intervention, the EG maintained self-efficacy while in the CG it decreased. Between T2-T3, there was a decrease in self-efficacy in both groups, but more pronounced in the CG. **Conclusion:** The nursing intervention supported by the psychoeducational program is easy to apply and should be implemented at beginning of the caregiver role to promote confidence in the competence in this role in the care continuum. During this process, it is important for nurse to explore and integrate new ways of strengthening the caregiver's self- efficacy in this role, contributing to the protection of their health, reducing the risk of them becoming a client of the health system.

**KEY-WORDS:** Nursing. Caregiver. Self-efficacy.

## INTRODUÇÃO

Portugal mantém a tendência verificada a nível mundial sobre o envelhecimento demográfico. Os Censos de 2021 revelam que o número de pessoas com 65 anos ou mais de idade aumentou 20,6 por cento nos últimos 10 anos, representando, atualmente, 23,4% da população portuguesa [INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE), 2021].

O aumento da proporção de pessoas idosas e da esperança de vida leva a que um número cada vez maior de famílias tenha a seu encargo uma pessoa idosa com dependência e deste modo aumenta o número de cuidadores idosos (DIXIE, TEIXEIRA, AREOSA, FRONTINI, PERALTA, QUERIDO, 2019). O assumir do papel de cuidador, muitas das vezes, de forma involuntária e imprevista conduz a uma obrigação pessoal, familiar e/ou moral no aceitar a responsabilidade pela prestação desses cuidados (MÓNICO, CUSTÓDIO, FRAZÃO, PARREIRA, CORREIA, FONSECA, 2017), que condiciona a dinâmica familiar (FERREIRA, MUTRO, CONDE, MARIN, MEGUIN, MAZZARETTO, 2018).

Segundo a Lei nº 100/2019 de 7 de setembro, que aprova o Estatuto do cuidador informal, é considerado cuidador principal, o conjugue ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

Com o passar do tempo, a atividade de cuidar torna-se extremamente cansativa (FELIPE, OLIVEIRA, SILVA, MENDES, CARVALHO, SILVA-JÚNIO, FIGUEIREDO, 2020) pelo que o processo de cuidados, descrito na literatura como *caregiving*, pode ser estressante emergindo o cuidado como agente estressor que leva o cuidador familiar (CF) a procurar um ajustamento no sentido de lidar com a situação estressante.

O modelo de desenvolvimento do estresse de Pearlin é usado no estudo do estresse do cuidador (CHENG, AU, LOSADA, THOMPSON, GALLAGHER-THOMPSON, 2019) e define o estresse como o resultado de uma interação entre as pessoas, o ambiente e o

contexto em que se encontram; também do ponto de vista psicológico permite entender em que consiste o processo de cuidado e porque habitualmente este processo está associado a consequências negativas para o cuidador (GAUGLER et al., 2018).

O *caregiving* associa a sobrecarga do cuidador a problemas psicológicos, saúde física e financeira (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2019; PEGO, NUNES, 2018) mais insónia, maior prevalência de consumo do tabaco e de álcool (HOPPS, IADELUCA, MCDONALD, MAKINSON, 2017). Além disso, o *caregiving* também tem repercussões diretas nos cuidados prestados (HENRIQUE DE SOUZA, RODRIGUES, ALCANTARA, ARAÚJO DE CARVALHO, BRITO DE SANTOS, MACHADO, 2021), nomeadamente a prestação de cuidados cujo foco é a pessoa idosa com dependência (FELIPE et al, 2020). Tal impacto ao nível da saúde do cuidador envolve maiores necessidades de recurso dos cuidados de saúde aos cuidadores com implicações para os sistemas de saúde e organizações empregadoras (HOPPS et al., 2017).

Importa implementar redes de apoio com suporte ao nível da saúde, e acompanhamento pelas equipas de saúde a fim de evitar que o cuidador se torne cliente do sistema de saúde (HENRIQUE DE SOUZA et al., 2021).

Perante esta realidade torna-se prioritário intervir (SOUSA, SEQUEIRA, FERRÉ-GRAU, 2020) perspectivando-se a necessidade de um conjunto de ações para apoiar os cuidadores no seu papel (DIXIE et al., 2019).

A auto eficácia do cuidador é um forte fator preditivo para adquirir comportamentos promotores da saúde. As crenças de auto eficácia refletem a confiança na capacidade de executar comportamentos específicos perante acontecimentos situacionais (STEFFEN et al., 2019).

A enfermagem é capaz de responder eficazmente ao desafio de cuidar de alguém que cuida de idosos (IWASAKI, YAMAMOTO-MITANI, SATO, YUMOTO, NOGUCHI-WATANABE, OGATA, 2017). O conhecimento é a pedra basilar do cuidado profissional. GAUT, citado por WATSON salienta a necessidade de que “exista consciência e *conhecimento* acerca das necessidades individuais para cuidar; uma intenção para atuar e ações baseadas no *conhecimento* e por último que ocorra, uma mudança positiva como resultado do cuidar, julgada unicamente com base no bem-estar dos outros” (WATSON, 2002, p.60). Outra condição essencial para o cuidado de enfermagem a uma pessoa, é que ele tem de ser individualizado. SUHONEN, VALIMAKI, LEINO-KILPI (2008) salientam que uma experiência de saúde é um fenómeno individual e como tal a intervenção de enfermagem precisa ser também individualizada e para tal acontecer importa que a enfermeira recolha informação sobre as características, preferências, necessidades e percepções da pessoa cuidada, pois daí decorrerão intervenções, em que a pessoa cuidada toma a decisão sobre qual deve ser a ação mais ajustada a si.

De facto, a implementação de intervenções estruturadas e contextualizadas, permitem aos cuidadores uma melhor adaptação e um *coping* mais eficaz (MELO,

RUA, SANTOS, NOVAIS, MOTA, PRÍNCIPE, SILVA, 2021). A teoria da auto eficácia, na perspectiva de STEFFEN et al. (2019) pode explicar a variabilidade de respostas dos cuidadores a situações similares de prestação de cuidados. Além disso, compreender o perfil das crenças de cada cuidador acerca da sua capacidade de cuidar pode identificar áreas de vulnerabilidade em lidar com as exigências do ato de cuidar e assim orientar os profissionais para a implementação de intervenções psicoeducativas com vista à promoção da auto eficácia e bem-estar do cuidador. A psicoeducação possibilita ao cuidador adquirir estratégias de adaptação para lidar com o estresse decorrente do *caregiving* através de um formato estruturado dispondo de tempo para a didática e para a prática (CHENG, et al, 2019).

Esta pesquisa [parte do resultado da investigação no âmbito do doutoramento em enfermagem (VIEGAS, 2020)], foi norteada pelo objetivo do estudo: avaliar o impacto de uma intervenção de enfermagem suportada num programa psicoeducativo de gestão do estresse na auto eficácia do cuidador.

## METODOLOGIA

**Tipo de estudo** - quase experimental.

### Participantes

Os cuidadores familiares (CF) de idosos inscritos no apoio domiciliário nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) da Região de Lisboa. O processo de constituição da amostra decorreu entre maio 2015 até maio 2017.

Os participantes do estudo foram recrutados pelos enfermeiros da UCC. Estes foram distribuídos por dois grupos: GE (Grupo Experimental) e GC (Grupo Controlo): de acordo com a lista de espera existente para atendimento domiciliário e o CF mostrar disponibilidade para os encontros com a enfermeira e investigador o que correspondeu a um encontro de uma sessão individual de acompanhamento durante 5 semanas. Os participantes que aderiram foram alocados para o GE que recebeu a intervenção com base no programa psicoeducativo de gestão do estresse. Os CF que integraram o GC receberam os cuidados habituais proporcionados pela UCC.

Os participantes estiveram num período avaliação continuado durante 8 meses. Procedeu-se à 1ª avaliação antes da intervenção (momento T1), a 2ª avaliação 2 meses após a primeira avaliação (neste período decorreu a intervenção no GE) (momento T2) e a 3ª avaliação 6 meses após a 2ª avaliação (momento T3- *follow-up*).

Dos 86 participantes elegíveis, aplicados os critérios de inclusão e exclusão ficaram 77.

### **Critérios de inclusão:**

#### **Cuidadores:**

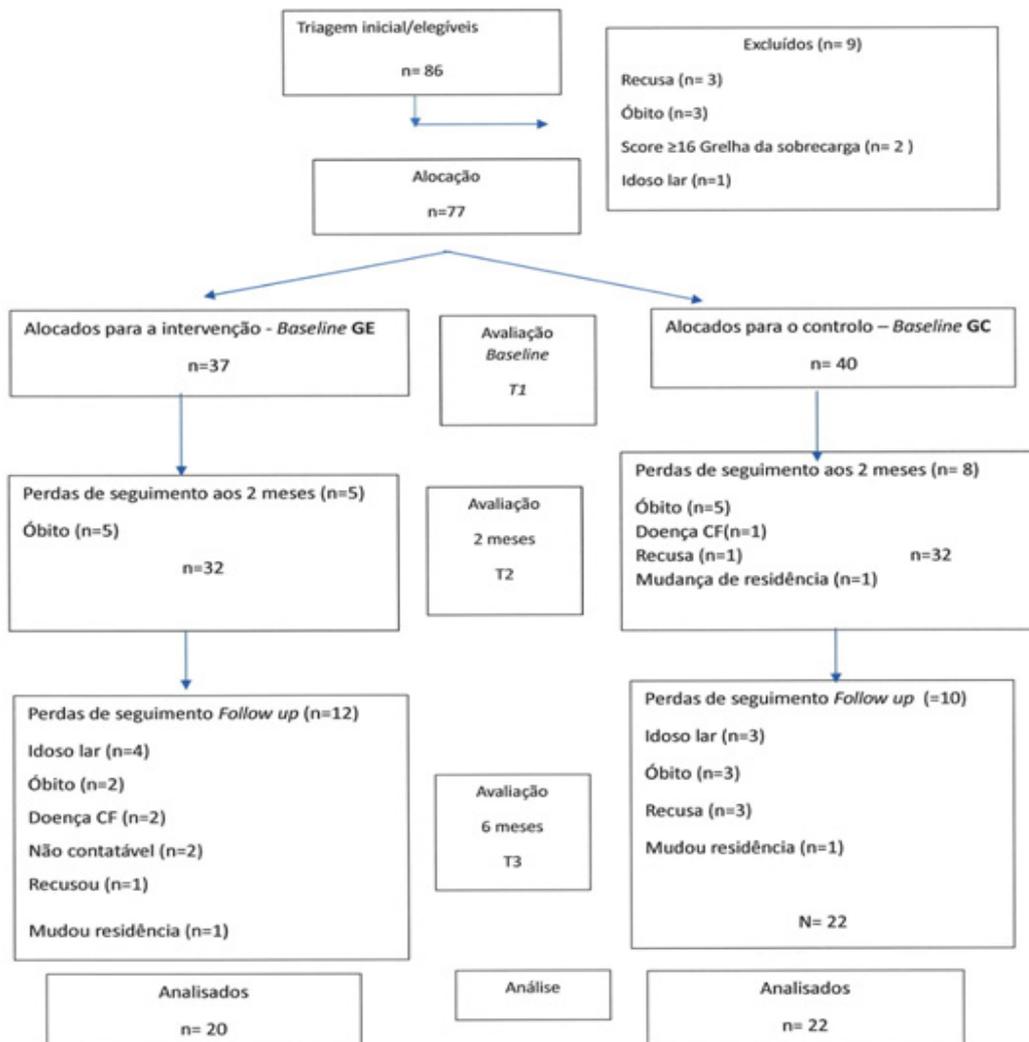
- Familiares, de ambos os sexos que assumiam a responsabilidade pelos cuidados ao idoso com dependência nas AVD.
- Utilizando a “Grelha para despiste do cuidador em risco de sobrecarga” todos os cuidadores com score  $\leq 16$  (DUCHARME, TRUDEAU, WARD, 2008);
- Idade superior a 18 anos;
- Saber ler e escrever português, disporem de contato telefônico;
- Aceitarem participar no estudo e darem o consentimento informado por escrito.

### **Critérios de exclusão:**

CF de pessoas com doença de Alzheimer diagnosticada à data do recrutamento.

Do T1 para T2 verificou-se uma perda de 13 participantes (17%). Assim o GE contou com 32 participantes e o GC com o mesmo número 32. Do estudo T2 para T3 registou-se uma perda de 22 participantes (34.4%), assim o GE terminou com 20 participantes e o GC com 22 (figura 1).

Figura 1 – Fluxograma do GE +GC



### Instrumentos de medida e variáveis

O instrumento de avaliação contemplou as variáveis que operacionalizam as dimensões do modelo de desenvolvimento estresse de PEARLIN (1990). As dimensões avaliadas no estudo: *i)* contexto de cuidados; *ii)* fatores de estresse primários, apenas os objetivos; *iii)* fatores de estresse secundários, apenas a tensão intrapsíquica.

#### *i)* Dimensão Contexto de cuidados

Nesta dimensão avaliou-se além das características sociodemográficas do CF e do idoso cuidado (sexo, idade, estado civil, escolaridade e situação perante o trabalho, apenas para o CF); história da prestação do cuidado (relação de parentesco, situação ou não de coabitação, tempo que cuida em anos, número de horas diárias na prestação de cuidados)

#### *ii)* Dimensão estressores primários objetivos.

Nesta dimensão os dados dizem respeito ao idoso: grau de dependência do idoso nas AVD e estado cognitivo.

As AVD dividem-se em básicas (AVDB) e instrumentais (ADVI). Assim, para avaliar as referidas atividades incluiu-se uma questão do estudo de FIGUEIREDO (2007) com o objetivo de conhecer o grau de dependência do idoso em relação ao cuidador na realização das AVD. A possibilidade de resposta era: Nada (1); Pouco (2); Muito (3); Completamente (4).

Para avaliar o estado cognitivo do idoso recorreu-se ao Instrumento de Avaliação Integrada usada nas Unidades de saúde para a avaliação regular da pessoa em acompanhamento. A informação selecionada deste instrumento refere-se à orientação no tempo e orientação no espaço. A possibilidade de avaliação: Mau (0); Insatisfatório (1); Satisfatório (2) e Bom (4).

### iii) Dimensão estressores secundários

Dos três construtos da tensão intrapsíquica: a clausura de papel, ganhos e competência apenas foi avaliada a última, em termos de auto eficácia pelo que usamos a versão portuguesa da Escala de Auto eficácia do cuidador elaborada por Mata (2012) a partir da *The Revised Scale for Caregiving Self – Efficacy* de STEFFEN, MCKIBBIN, ZEISS, GALLAGHER-THOMPSON, BANDURA (2002). A escala tem 22 itens, os quais distribuem-se por 4 dimensões da Auto eficácia (AE):

**AE para obter pausa junto dum amigo** - avaliada por 5 itens relacionados com a auto eficácia para obter uma pausa junto dos amigos.

**AE para obter pausa junto dum familiar** - avaliada por 5 itens relacionados com a auto eficácia para obter uma pausa junto dos familiares.

**AE para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada** - avaliada por 6 itens relacionados com a auto eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.

**AE para controlar comportamentos negativos acerca do ato de cuidar** - avaliada por 6 itens relacionados com a auto eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar.

As questões para obter uma pausa são as mesmas para o amigo ou para o familiar (MATA, 2012) sendo as questões ímpares destinadas ao amigo e os pares destinadas à

família. Os autores utilizaram uma escala de medida de 0% a 100% para medir a segurança dos respondentes na capacidade de realizar as atividades referenciadas no instrumento. Assim a escala é tipo *Likert* com possibilidade entre: Nada capaz = 0 (0%); Pouco capaz = 1 (25%); Moderadamente capaz = 2 (50%); Bastante capaz = 3 (75%) e Completamente capaz = 4 (100%). A pontuação obtida oscila entre 0-88 pontos. A maior pontuação corresponde uma maior auto eficácia e a média da escala corresponde a 44 pontos (Pereira, 2018).

No nosso estudo além de calcular em separado a AE para obter pausa junto dum familiar e junto dum amigo, também calculamos a AE para obter uma pausa somando estas duas resultando “Pausa total”.

Estabelecemos como hipóteses:

- 1- O sistema cliente do GE apresenta melhores resultados nas variáveis em comparação com o sistema cliente do GC no momento T2 (pós intervenção);
- 2- O sistema cliente do GE apresenta melhores resultados do momento T1 para o momento T3 nas variáveis em comparação com o sistema cliente do GC.

### **Programa Psicoeducativo de gestão do estresse destinado aos cuidadores de um familiar idoso no domicílio**

O “*Programme psychoéducatif de gestion du stress destiné aoux proches-aidants d’un parent âgé à domicile*” de DUCHARME, TRUDEAU, WARD (2008) tem subjacente o conceito de estresse e de *coping* do modelo de LAZARUS, FOLKMAN (1984) na prestação de cuidados. Este programa segundo as autoras propõe um caminho para reduzir o estresse que pode estar ligado às diferentes situações e contextos das pessoas que ocupam um papel importante no cuidar de um familiar idoso no domicílio. Este programa tem como objetivo geral que os cuidadores desenvolvam competências para gerir situações difíceis/estressantes que vivem na prestação de cuidados ao familiar idoso no domicílio. É constituído por 5 etapas, cada uma corresponde a um encontro entre o enfermeiro e o cuidador, pelo que a intervenção suportada pelo programa demora pelo menos 5 semanas e cada encontro em média 20-30 minutos. As etapas são: 1ª etapa: Tomada de consciência, 2ª etapa: Escolha de uma situação estressante e de um objetivo a atingir, 3ª etapa: Análise da situação, 4ª etapa: Escolha de uma estratégia adaptada à situação escolhida e ação, 5ª etapa: Avaliação.

Na aplicação do programa para a intervenção foram disponibilizados um manual de orientação para o enfermeiro e um caderno destinado ao cuidador.

Foi feita a adaptação para a língua portuguesa do material de apoio ao programa.

Foi acordada uma data para início da implementação da intervenção que correspondeu ao estudo piloto (VIEGAS, FERNANDES, VEIGA, 2018).

## **Análise estatística dos dados**

Todas as análises foram efetuadas com o software SPSS Statistics (v22). Para a comparação dos referidos 2 grupos recorreu-se inicialmente à estatística descritiva (média, mediana, desvio-padrão, máximo e mínimo (para o caso das variáveis quantitativas) e contagens e percentagens em coluna (para o caso das variáveis qualitativas) e estatística inferencial (o teste de *Qui-Quadrado* e o *Teste de Fisher para variáveis qualitativas* e o teste de comparação de valores médios *teste-t*, *Teste de Mann-Whitney* para variáveis quantitativas, quando não se verificou a normalidade das variáveis nos dois grupos). Para testar a normalidade das variáveis nos 2 grupos, utilizou-se tanto o teste de Kolmogorov-Smirnov como o de Shapiro-Wilk. Para todas as análises, escolheu-se um nível de significância de 10%.

## **Procedimentos Éticos**

O protocolo de investigação foi aprovado pelo Diretor Executivo do respetivo ACES e obteve-se parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 093/CES/INV/2014.

Os cuidados éticos foram sempre assegurados na realização da própria intervenção de enfermagem (HOLZEMER, 2010), pois tais princípios são intrínsecos ao cuidado de enfermagem. Particularmente o respeito pela disponibilidade do CF, a centralidade no seu problema, a individualização do cuidado, o acreditar nas potencialidades e recursos do CF e o evitamento de juízos de valor.

## **RESULTADOS E DISCUSSÕES**

Para verificar se os dois grupos eram homogéneos foram avaliados os resultados de ambos no momento pré intervenção (T1) no qual incluímos variáveis da dimensão contexto de cuidados: caracterização sociodemográfica (quadro 1) e história da prestação de cuidados (quadro 2) e da dimensão estressores primários objetivos: dependência do idoso nas AVD e estado cognitivo (quadro3).

**Quadro 1:** Comparação nos dois grupos: variáveis da dimensão contexto de cuidados (caracterização sociodemográfica)

Variáveis	Categoria da variável	Medidas estatísticas	GE n=32	GC n=32	Comparação dos grupos
<b>CF</b>					
	Idade	Media	62,97	63,59	Mann Whitney $p = ,930$
		Mediana	66	66	
		DP	15,64	13,36	
		Min-Max	24-86	31-86	
Sexo	Feminino	n (%)	25 (78,1%)	23 (71,9%)	Teste de Fisher $p = ,774$
	Masculino	n (%)	7 (21,9%)	9 (28,1%)	
Estado civil	Casado (a)	n (%)	21 (65,6%)	18 (56,3%)	Qui-Quadrado $p = ,678$
	Solteiro (a)	n (%)	7 (21,9%)	7 (21,9%)	
	Viúvo (a)	n (%)	2 (6,3%)	2 (6,3%)	
	Divorciado (a) / separado (a)	n (%)	2 (6,3%)	5 (15,6%)	
Escolaridade	Sabe ler e escrever	n (%)	0	2 (6,3%)	Qui-Quadrado $p = ,305$
	1º ciclo do ensino básico	n (%)	9 (28,1%)	12 (37,5%)	
	2º ciclo do ensino básico	n (%)	0	0	
	3º ciclo do ensino básico	n (%)	7 (21,9%)	3 (9,4%)	
	Ensino secundário	n (%)	5 (15,6%)	7 (21,9%)	
	Curso superior	n (%)	11 (34,4%)	8 (25,0%)	
Situação perante o trabalho	Empregado (a)	n (%)	7 (21,9%)	9 (28,1%)	Qui-Quadrado $p = ,949$
	Desempregado (a)	n (%)	4 (12,5%)	4 (12,5%)	
	Reformado (a)	n (%)	20 (62,5%)	18 (56,3%)	
	Outra	n (%)	1 (3,1%)	1 (3,1%)	
<b>Idoso cuidado</b>					
	Idade	Media	81,69	80,34	Mann Whitney $p = ,619$
		Mediana	83,5	81,5	
		DP	8,69	8,96	
		Min-Max	65-100	65-95	
Sexo	Feminino	n (%)	15 (46,9%)	17 (53,1%)	Teste de Fisher $p = ,803$
	Masculino	n (%)	17 (53,1%)	15 (46,9%)	
Estado civil	Casado (a)	n (%)	18 (56,3%)	14 (43,8%)	Qui-Quadrado $p = ,300$
	Solteiro (a)	n (%)	5 (15,6%)	3 (9,4%)	
	Viúvo (a)	n (%)	7 (21,9%)	14 (43,9%)	
	Divorciado (a) / separado (a)	n (%)	2 (6,3%)	1 (3,1%)	

**Quadro 2:** Comparação os dois grupos: variáveis da dimensão contexto de cuidados (história da prestação de cuidados)

Variáveis	Categoria da variável	Medidas estatísticas	GE n=32	GC n=32	Comparação dos grupos
<b>CF</b>					
Grau de parentesco	Cônjuge	n (%)	14 (43,8%)	12 (37,%)	Qui-Quadrado $p = ,731$
	Filho(a)	n (%)	15 (46,9%)	18 (56,3%)	
	Outra	n (%)	3 (9,4%)	2 (6,3%)	
Co-habitação	Sim	n (%)	28 (87,5%)	27 (84,4%)	Teste de Fisher $p = 1,000$
	Não	n (%)	4 (12,5%)	5 (15,6%)	
Tempo que cuida em anos	Menos de 6 meses	n (%)	8 (25,0%)	7 (21,9%)	Qui-Quadrado $p = ,877$
	6 meses e 1 ano	n (%)	3 (9,4%)	5 (15,6%)	
	Entre 1 e 3 anos	n (%)	9 (28,1%)	8 (25,0%)	
	Entre 3 e 5 anos	n (%)	2 (6,3%)	4 (12,5%)	
	Entre 5 e 10 anos	n (%)	5 (15,6%)	3 (9,4%)	
	Há mais de 10 anos	n (%)	5 (15,6%)	5 (15,6%)	
Nº horas diárias de prestação de cuidados	Entre 1-3 horas	n (%)	2 (6%)	6 (19%)	Qui-Quadrado $p = ,448$
	Entre 3-5 horas	n (%)	5 (16%)	6 (19%)	
	Entre 5-10 horas	n (%)	6 (19%)	5 (16%)	
	Mais 10 horas	n (%)	19 (59%)	15 (47%)	

**Quadro 3:** Comparação nos dois grupos: variáveis da dimensão estressores primários objetivos

<b>Idoso</b>					
Estado cognitivo	Mau	n (%)	8 (25%)	10 (31%)	Qui-Quadrado $p = ,889$
	Insatisfatório	n (%)	4 (13%)	3 (9%)	
	Satisfatório	n (%)	3 (9%)	4 (13%)	
	Bom	n (%)	17 (53%)	15 (47%)	
Dependência AVD					
AVDB	Media		3,1	2,8	Mann Whitney $p = ,178$
	Mediana		3,4	2,8	
	DP		0,9	0,9	
	Min-Max		1-4	1-4	
AVDI	Media		3,5	3,2	Mann Whitney $p = ,347$
	Mediana		3,9	3,4	
	DP		0,7	0,9	
	Min-Max		1-4	1-4	
AVD total	Media		46	41,9	Mann Whitney $p = ,203$
	Mediana		50,5	42	
	DP		10,9	11,8	
	Min-Max		14-56	19-56	

Não se observou qualquer diferença estatisticamente significativa ( $p > 0,1$ ) entre o GE e o GC relativamente às variáveis avaliadas.

Assim, podemos assumir a homogeneidade estatística dos dois grupos em comparação, para o nível de significância de 10%.

O quadro 4 mostra as diferenças na variável auto eficácia nos dois grupos, nos momentos T1, T2 e T3.

Quadro 4- Comparação nos 2 grupos da variável autoeficácia da dimensão\_stressores secundários (tensão intrapsíquica)

Variável Autoeficácia	Medidas estatísticas	T1			T2			T3		
		GE	GC	Teste estatística	GE	GC	Teste estatística	GE	GC	Teste estatística
AE pausa amigos	Média	7,1	6,9	Mann Whitney p=,477	7,9	7,3	Mann Whitney p=,914	6	4,8	Mann Whitney p=,242
	Mediana	4	6		4,5	5,5		6	1,5	
	DP	9,6	7,5		10,7	8,8		5,1	6,6	
AE pausa familiar	Média	10,3	11,7	Mann Whitney p=,408	9,3	10,5	Mann Whitney p=,531	8,1	8,9	Mann Whitney p=,528
	Mediana	9	11		8	9,5		5,5	7,5	
	DP	8,6	8,3		7,8	8,8		7	6,5	
Pausa total	Média	17,4	18,6	Mann Whitney p=,231	17,3	17,8	Mann Whitney p=,64	14,1	13,7	Mann Whitney p=,82
	Mediana	12	13,7		11	14		11,5	11	
	DP	16	13,7		16,7	16,1		10,5	11,4	
AE gerir comp. Inadequado idoso	Média	20,3	20,6	Mann Whitney p=,925	20,1	21,9	t=,656 P=,52	14,5	17,2	Mann Whitney p=,860
	Mediana	18,5	18		19	20		15	15	
	DP	9,6	9,7		10,1	11,8		5,7	11,8	
AE controlo pensamentos negativos sobre o cuidar	Média	17,5	22	Mann Whitney p=,031	17,8	19,8	Mann Whitney p=,882	17,1	16	Mann Whitney p=,464
	Mediana	16	19		18,5	18		5,3	16,5	
	DP	7,5	10,9		7,6	12,2		17	12,4	
AE (total da escala)	Média	55,3	61,2	Mann Whitney p=,687	55,2	59,5	Mann Whitney p=,883	45,6	46,8	Mann Whitney p=,605
	Mediana	54	54		53	52,5		45	40	
	DP	20,8	29,4		23,7	33,1		14,7	27	

No GE e GC, os CF caracterizam-se por serem mulheres tal como noutros estudos (PEREIRA, DUQUE, 2017) A idade média situa-se próxima dos 63 anos, ligeiramente inferior ao estudo de DIXIE et al. (2019). Estas são maioritariamente casadas e sobretudo filhas que co habitam com o familiar cuidado, embora no GE a percentagem seja idêntica entre filhas e conjugues tal como no estudo de HENRIQUE DE SOUSA et al, (2021). A predominância do género feminino é explicada pelo papel da mulher na sociedade sobre a família e a história do cuidar dos familiares. Desde o início da humanidade os cuidados são prestados pela mulher (COLLIÈRE, 1999) cabendo-lhe assegurar tudo o que é necessário à vida quotidiana prestando cuidados em torno de tudo o que antecede e envolve os momentos da vida (COLLIÈRE, 2003). A maior longevidade da mulher (INE, 2021) é outro aspeto que contribui para que o cuidar do idoso com dependência seja realizado no feminino.

A constatação do predomínio de filhas cuidadoras pode ser explicada com a tradição cultural conhecida por honrar as obrigações filiais e demonstrar respeito pela dignidade de um parente mais velho (COLLINS, HAWKINS, 2016). Este dado encontra justificação no estudo de MÓNICO et al. (2017), nos quais os CF referem sentimentos de obrigação e dever de prestar cuidados ao idoso com dependência. Tal obrigação pode ser entendida entre dois polos, o negativo e o positivo. No polo negativo a aceitação social: não é aceitável negar o cuidado ao idoso obrigando a um esforço físico e mental dos CF interpretado por estes como um castigo a cumprir. No polo positivo, a retribuição do CF pelo carinho e cuidado recebido do seu progenitor agora dependente na realização das AVD.

A auto eficácia avaliado no total da escala nos dois grupos foi superior em relação à média teórica da escala. Estes resultados são discordantes com os obtidos por PEREIRA (2018) cujos valores na avaliação da auto eficácia foram inferiores à média teórica da escala num um grupo de 98 cuidadores.

Os resultados alcançados pelo GE concretizaram o objetivo avaliar o impacto de uma intervenção de enfermagem suportada, num programa psicoeducativo de gestão do estresse, na auto eficácia do cuidador.

A finalidade dos programas psicoeducativos norteadores das intervenções junto dos cuidadores é ser um contributo para o desenvolvimento das habilidades instrumentais e emocionais dos CF de modo a melhorar a sua adaptação ao desempenho do papel de CF experienciado ao longo do tempo que decorre a prestação de cuidados a um familiar com dependência para a realização das suas AVD.

Após a intervenção (T2) o GE manteve a AE para obter pausa (junto de um amigo e junto de um familiar) enquanto o GC diminuiu. Entre T2-T3 verificou-se a diminuição em ambos os grupos sendo mais acentuada no GC, sobretudo no construto junto de um amigo. Este aspeto é relevante se atendermos que em termos médios e medianos, o idoso que recebe cuidados pelo cuidador no GE apresenta sempre maior dependência nas AVD do que o idoso que recebe cuidados pelo cuidador do GC. Este resultado sobre a dependência do idoso é concordante com a maior percentagem do número de horas diárias de cuidado prestado pelos cuidadores no GE (entre 5-10 horas e mais de 10 horas) em relação ao prestado pelos cuidadores do GC uma vez que segundo FAUTH, FEMIA, ZARIT (2016) é o grau de dependência que determina o tipo de cuidados que serão necessários, o qual aumenta com a evolução da situação que originou a dependência. Este dado corrobora a opinião DE LA CUESTA (2004) quando reporta que com o avançar da doença mudam as relações familiares e aumentam as complicações na sua gestão. Dado que a dependência da pessoa idosa associada à dificuldade na realização das AVD aumenta a necessidade de as famílias encontrarem novas formas que importa ajudar a realizar (MAHONEY, COON, LOZANO, 2016). Neste sentido a intervenção de enfermagem ajudou os cuidadores do GE a manterem a confiança na procura de apoio junto dos familiares para obter uma pausa na prestação de cuidados.

No momento pós intervenção (T2), o GE manteve a auto eficácia para cuidar do idoso no global enquanto o GC diminuiu o que pode ser justificado pela dimensão, " auto eficácia para controlar pensamentos negativos sobre o cuidar". De fato, o GC no momento pré intervenção (T1) tinha valores mais elevados do que o GE revelando (diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,1$ )). No entanto, no momento pós intervenção (T2), o GC na referida dimensão " auto eficácia para controlar pensamentos negativos sobre o cuidar" diminuiu os valores em relação às outras duas dimensões (AE para fazer uma pausa e AE para gerir comportamentos inadequado do idoso) comparativamente ao GE que manteve o resultado nestas três dimensões, com uma ténue melhoria, traduzido na auto eficácia global no cuidar do familiar idoso com dependência.

No momento *follow up* (T3) o GE e o do GC diminuíram a auto eficácia na globalidade para cuidar embora com diminuição mais acentuada no GC. Dados similares foram encontrados com o uso da mesma escala de avaliação da auto eficácia no momento *follow up* do estudo de DUCHARME et al. (2011). Queremos realçar, como já referido, que no nosso estudo o GE manteve a dimensão " auto eficácia para controlo de pensamentos negativos sobre o cuidar" enquanto o GC diminuiu acentuadamente em termos de contagem. O programa tinha um elemento-chave que consistia na distinção entre aspetos modificáveis ou não modificáveis da situação da prestação de cuidados. Consoante o carácter modificável ou não desses fatores era imperioso o ajustamento na escolha de estratégias adaptativas eventualmente diferentes das usuais. Para a situação da prestação de cuidados modificável, a estratégia seria a resolução de problemas ao passo que para a situação não modificável a estratégia seria focada na emoção relacionada com a percepção a alternativa da situação, que requer um reenquadramento. De fato, parece óbvio que perante situações da prestação de cuidados que não podem ser mudadas uma estratégia adequada será "ver" a situação noutra perspectiva (DUCHARME, TRUDEAU, 2002) na medida em que os pensamentos exagerados ou desajustados acarretavam sentimentos desagradáveis (DUCHARME et al., 2008). De fato, o ganho para o CF é quando ele consegue substituir pensamentos negativos geradores de emoções prejudiciais proporcionado bem-estar psicológico através do emergir de pensamentos positivos atenuantes de emoções dolorosas associadas ao processo de cuidados (DUCHARME, LACHANCE, LÉVESQUE, KERGOAT, ZARIT, 2012).

O estudo revelou que o enfermeiro desempenhou um papel importante na medida em que na intervenção ajudou o CF a desenvolver estratégias de *coping* adequadas ao estressor e facilitou a procura de diferentes maneiras de lidar com a situação estressante nomeadamente o reenquadramento. A intervenção do enfermeiro ao promover a aprendizagem no CF de novas competências para enfrentar os desafios do quotidiano de prestação de cuidados, contribui para melhorar e manter a sua confiança no desempenho do seu papel desencadeando novos comportamentos adaptativos que reforçam a promoção da sua saúde.

## CONCLUSÃO

A intervenção de enfermagem é aplicada facilmente, o programa psicoeducativo que a suporta está bem estruturado e propõe etapas para o desenvolvimento da auto eficácia do cuidador à medida que vai adquirindo habilidades para lidar com o *caregiving*. Assim tal intervenção deve ser implementada pelo enfermeiro no início do desempenho do papel de CF para ajudá-lo a continuar o seu papel social de cuidar de um dos seus mantendo a confiança nesse desempenho. Neste acompanhamento, o enfermeiro vai integrando formas de reforçar essa confiança.

É imperioso que o enfermeiro de família acompanhe as transições de vida da família, ajude na antecipação das mesmas e, num contato de proximidade, promova a saúde do agregado familiar.

## DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Eu, autora deste artigo, declaro que não possuo conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

## REFERÊNCIAS

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **2019 Alzheimer's Disease Facts and Figures**. Alzheimer's Dement. 2019.15(3). 321-87.

CHENG ST, AUA, LOSADAA, THOMPSON LW, GALLAGHER-THOMPSON D. Psychological Interventions for Dementia Caregivers: What We Have Achieved, What We Have Learned. **Current Psychiatry Reports**, v. 21, n. 7: 59.p.1-12, 6 Jun. 2019, Disponível em em [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6554248/pdf/11920\\_2019\\_Article\\_1045.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6554248/pdf/11920_2019_Article_1045.pdf). Acesso em: 4 dez 2021.

COLLIÈRE, M - F. **Promover a vida. Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. 4 ed. Lisboa: Lidel, 1999.

COLLIÈRE, M - F. **Cuidar...a primeira arte da vida**. 2 ed. Loures: Lusociência, 2003.

DE LA CUESTA-BENJUMEA, C. **Cuidado artesanal: La invención ante la adversidade**. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2004.

DIXE M.D.A.C.R, DA CONCEIÇÃO TEIXEIRA LF, AREOSA TJTCC, FRONTINI, R.L., PERALTA, J.J.A., QUERIDO, A.I.F. Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross sectional study. **BMC Geriatrics**, 19:255.2019. Disponível em: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-019-1274-0.pdf>. Acesso em: 4 dez 2021.

DUCHARME, F., TRUDEAU, D. Qualitative evaluation of a stress management intervention

for elderly caregivers at home: A constructivist approach. **Issues in Mental Health Nursing**, v.23, n.7, p. 691-713.2002.

DUCHARME, F., TRUDEAU, D., WARD, J.. **Manuel de l'intervenant: Gestion du stress: Programme psychoéducatif de gestion du stress destine aux proches-aidants d'un parent âgé à domicile**. Montréal: Université de Montréal. 2008.

DUCHARME, F.C., LÉVESQUES, L.L., LACHANCE, L.M., KERGOAT, M.J., LEGAULT, A.J., BEAUDET, L.M...., ZARIT, S.H. Learning to become a family caregiver: Efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. **The Gerontologist**, v.51, n.4, p. 484-494. 2011.

DUCHARME, F., LACHANCE, L., LÉVESQUE, L., KERGOAT, M.J., ZARIT, S. Persistent and delayed effects of a psycho-educational program for family caregivers at disclosure of dementia diagnosis in a relative: a six-month follow-up. **Healthy Aging Research**,1-14.2012. DOI: 10.12715/har.2012.1.2 Disponível em:<https://www.researchgate.net/publication/285324825>. Acesso em: 4 jan 2022

FAUTH, E.B., FEMIA, E.E., ZARIT, S.H. Resistiveness to care during assistance with activities of daily living in non-institutionalized persons with dementia: Associations with informal caregivers stress and well-being. *Aging Ment Health*,v. 20,n.9,p. 888–898. 2016. DOI:10.1080/13607863.2015.1049114. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676740/pdf/nihms-697849.pdf>. Acesso em 4 jan 2022.

FERREIRA, M. L, MUTRO, M. E., CONDE, C. R. MARIN, M. J .S., MEGUIN, S., MAZZARETTO, F. M. C. ( 2018). Ser cuidador de familiar com câncer. **Ciência y Enfermería**, 24: 6. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-6.pdf> Acesso em: 10 jan 2022.

FELIPE SGB, OLIVEIRA CES, SILVA CRDT, MENDES PN, CARVALHO KM, SILVA-JÚNIO FL, FIGUEIREDO, ML. Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. **Rev Bras Enferm**, 73 2020. Suppl Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0851>. Acesso em 10 jan 2022.

FIGUEIREDO, Daniela Maria Pias. **Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência**. 2007. Dissertação (Doutoramento em Ciências da Saúde). Universidade de Aveiro. Aveiro 2007. Disponível em <http://hdl.handle.net/10773/4664>. Acesso em: 6 dez 2021.

GAUGLER, J.L., PESTKA, D.E., DAVILA, H., SALES, R., OWEN, G., BAUMGARTNER, S. A...., KENNEY, M. The complexities of family caregiving at work: A mixed- methods study. **The International Journal of Aging and Human Development**, v.0, n.0, p.1–30.2018.

HENRIQUE DE SOUZA, P., RODRIGUES, F.R., ALCANTARA, R.S. ARAÚJO DE CARVALHO, Brito DE SANTOS, J.H., MACHADO, M.M.P. Physical and emotional impacts on the health

care of informal caregivers of patients with Alzheimer's disease. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, e1410816990, 2021 Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16990>. Acesso em: 4 abr. 2022.

HOLZEMER, W. Responsible conduct of research. *In* HOLZEMER, W **Improving health through nursing research**. USA: International Council of Nurses, Wiley-Blackwell, 2010. p.167-180.

HOPPS, M., IADELUCA, L., MCDONALD, M., MAKINSON, G.T. The burden of family caregiving in the United States: Work productivity, health care resource utilization, and mental health among employed adults. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, 10, dec 6 p. 437- 444. 2017. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29255364/> . Acesso em: 8-1-2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (Portugal) . **Dados provisórios segundo por grupos etários** [Lisboa]. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA, 2021 Disponível em [https://www.ine.pt/scripts/db\\_censos\\_2021.html](https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html) acesso 20 novembro 2021.

IWASAKI, T., YAMAMOTO-MITANI, N., SATO, K., YUMOTO, Y., NOGUCHI-WATANABE, M., OGATA, Y. A purposeful yet nonimposing approach: how japanese home care nurses establish relationships with older clientes and their families. **Journal of family Nursing**, v.23, n. 4.p. 534-561. 2017.

LAZARUS, R., FOLKMAN, S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer.1984.

MAHONEY, D., COON, D., LOZANO, C.I. Latino/hispanic Alzheimer's caregivers experiencing dementia-related dressing issues: Corroboration of the preservation of self model and reactions to a "smart dresser" computer-based dressing aid. **Digital Health**, 2, p.1–12. 2016. DOI: 10.1177/2055207616677129. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27928511/>. Acesso em: 4 fev 2022.

MATA, Maria Augusta Pereira. **Sobrecarga en cuidadores informales de mayores dependientes** 2012. Dissertação (Doutoramento em Psicologia Social) Salamanca: Facultad de Psicologia.. Universidad da Salamanca. Salamanca. 2012. Disponível em [https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121208/1/DPSA\\_PereiradaMataMar%C3%ADa\\_Tesis.pdf](https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121208/1/DPSA_PereiradaMataMar%C3%ADa_Tesis.pdf) Acesso em: 22 dez 2022.

MELO, R., RUA, M., SANTOS, C., NOVAIS, S., MOTA, L., PRÍNCIPE, F., SILVA, M. Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, v. 4, n.1, p. 61-73. 2021. Disponível em: <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/119>. Acesso em 3 jan. 2022.

MÓNICO, L.S.M., CUSTÓDIO, J.R. A., FRAZÃO, A.A., PARREIRA, P., CORREIA S., FONSECA, C. A família no cuidado aos seus idosos: Gestão da sobrecarga e estratégias para enfrentar dificuldades. **RIASE online**, v. 3, n.2, agosto, p. 982 - 998. 2017. Disponível

em:<https://1library.org/document/zxv0o3ny-familia-cuidado-idosos-gestao-sobrecarga-estrategias-enfrentar-dificuldades.html>. Acesso em: 4-2-2022.

PEARLIN, L. I., MULLAN, J. T., SEMPLE, S. SKAFF, M. M. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. **The Gerontologist**, v.30, n.5, p.583-594.1990.

PEGO, M. A. , NUNES, C. Aging, disability, and informal caregivers: A cross-sectional study in Portugal. **Frontiers in Medicine**, 4(255) 1-7. 2018. Disponível em:<https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2017.00255/full>. Acesso em: 24 jan 2022.

PEREIRA, S., DUQUE, E. Cuidar de Idosos Dependentes –A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares.**Revista Kairós-Gerontologia**, v. 20 ,n.1, p. 187-202. 2017.

DOI:<https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p187-202>. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p187-202>. Acesso em: 3 jan 2022.

PEREIRA, Carla, Alexandra Ribeiro. **Cuidador informal de idosos dependentes: avaliação das dificuldades e autoeficácia**.2018 Dissertação (Mestrado em Cuidados Continuados) Instituto Escola Superior de saúde Politécnico de Bragança. Bragança Disponível em <http://hdl.handle.net/10198/17875> Acesso em 6 jan 2022.

PORTUGAL. Assembleia da República. Decreto-Lei nº100 Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. Diário da República, Série I, Lisboa, n.171, p.3-16., 7 setembro. 2019.

SOUSA, L. SEQUEIRA, C. FERRÉ- GRAU,C. ‘Living together with dementia’ – Conceptual validation of training programme for family caregivers: Innovative practice **Dementia** 2020, v. 19,n.4, p.1333–1342 disponível em:<https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:comum.rcaap.pt:10400.26/34628>. Acesso em: 20 jan 2022.

STEFFEN, A. M., MCKIBBIN, C., ZEISS, A. M., GALLAGHER-THOMPSON, D., BANDURA, A. The Revised Scale for Caregiving Self- Efficacy: Realibility and Validity Studies. **Journal of Gerontology:Psychological Sciences**, v. 57B, n.1, p.74-86. 2002.

STEFFEN, A. M., GALLAGHER-THOMPSON, D. ARENELLA, K. M., AU, A., CHENG, S. T., CRESPO, M ... ROMERO-MORENO, R. Validating the revised scale for caregiving self-efficacy: A cross-national review. **The Gerontologist**, v.59, n.4, p.325–342. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1093/geront/gny004>. Acesso em: Acesso em: 6 dez

SUHONEN, R., VALIMAKI, M. & LEINO-KILPI, H. A review of outcomes of individualized nursing interventions on adult patient. **Journal of Clinical Nursing**, 17, p. 843-860. 2008. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x. Disponível em <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK76527/>. Acesso em: 5 jan 2022.

WATSON, J. **Enfermagem, ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem.**

Loures: Lusodidacta. 2002.

VIEGAS, L.M.V. FERNANDES, A.A VEIGA, M.A. Intervenção de enfermagem no estresse do cuidador familiar do idoso com dependência: estudo piloto. **Revista Baiana de Enfermagem**. [S. l.], v. 32, 2018. DOI: 10.18471/rbe.v32.25244. Disponível em: <https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25244>. Acesso em: 4 abr 2022.

VIEGAS, Laura Maria Monteiro. **Promoção da qualidade dos cuidados familiares e de saúde do cuidador: uma intervenção estruturada de enfermagem**. 2020. Dissertação (Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa. Lisboa, 2020 Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/44170>. Acesso em: 6 dez 2021.

## Índice Remissivo

### A

Acesso à saúde 72, 76, 84, 86  
Acolhimento de enfermagem 40, 42, 43, 48  
Adesão aos tratamentos 10  
Administração de medicação intravenosa 146  
Alfabetização 163  
Assistência integral à saúde 89  
Atentado aos direitos e liberdades 125  
Autoeficácia do cuidador 53, 55, 56, 65, 67

### B

Backgrounds culturais e religiosos 21  
Boas práticas de cuidar 111, 114

### C

Cateterismo periférico 147  
Cateterização venosa periférica 147, 149, 151, 154  
Cateter venoso periférico (cvp) 146  
Cidadania 7, 12, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 85, 86, 87, 112, 114, 115, 119, 123  
Cidadania e saúde 72, 75, 79, 87  
Cidadania (in)visível em saúde 72, 74  
Cidadão 12, 17, 72, 74, 75, 76, 84, 86, 87  
Competência 10  
Comportamento 89, 175  
Comunicação terapêutica 40, 46  
Conceitos de sexualidade 111, 113  
Conflitos 10, 19, 36, 48, 50, 67, 87, 121, 137, 141, 157, 174  
Consciência dos direitos, deveres 72  
Crenças 10, 11, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 36, 45, 55, 56, 95, 98, 105, 113, 135, 164, 165, 174  
Cuidado de enfermagem 40, 41, 43, 44, 45, 49, 50, 55, 61, 123  
Cuidado de saúde culturalmente competente 10  
Cuidador 14, 15, 23, 27, 36, 46, 47, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 65, 68, 69, 71  
Cuidados de saúde 10, 12, 13, 15, 17, 18, 27, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 49, 51, 55, 75, 77, 78, 82, 85, 86, 90, 93, 99, 100, 121, 135, 156, 164, 174  
Cultura 10, 17, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 75, 97, 114, 116, 117, 118, 119, 127, 129, 134, 136  
Cultura e saúde 21

### D

Debate social 72, 74  
Desafios aos enfermeiros 21

Desafios aos profissionais de saúde 10  
Desenvolvimento dos cidadãos 89, 92  
Desenvolvimento sustentável 89, 91, 92, 122  
Dimensão holística 89, 92, 107  
Direito à integridade física e psicológica 125  
Direitos humanos 37, 111, 113, 114, 119, 125, 140, 141  
Direitos humanos fundamentais 111, 114  
Direitos sexuais 111, 113, 115, 116, 120, 123, 124  
Diversidade cultural 10, 27  
Diversidade (sexual e de gênero) 111

## E

Educação em enfermagem 111, 114, 152  
Educação em saúde (es) 89  
Educação e promoção em saúde 21  
Educação para a sexualidade 111, 114, 117  
Enfermagem 10, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 37, 38, 39, 40, 43, 46, 50, 51, 52, 53, 70, 71, 72, 108, 111, 112, 115, 118, 119, 121, 122, 125, 145, 146, 147, 148, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 174, 176  
Enfermagem de saúde infantil 21, 23, 24, 27  
Enfermagem transcultural 21, 26  
Enfermeiro e equipe de saúde 40  
Enfermeiro e família 40  
Era da diversidade 10  
Estilos de vida 10, 26, 74, 77, 81, 89, 94, 95, 96, 97  
Estudos em enfermagem 111, 113  
Experiência pedagógica 111, 113

## F

Família 163  
Famílias no serviço hospitalar de emergência 40

## G

Gestão do stresse 53, 56, 60, 65

## I

Igualdade da mulher 125  
Indicadores de saúde 10, 101, 121  
Intervenção de enfermagem 42, 43, 47, 49, 50, 53, 55, 56, 61, 65, 67, 164

## M

Melhores oportunidades de vida 10  
Migração no mundo 10  
Mudanças sociais 10, 97, 117  
Mutilação genital feminina 125, 127, 128, 142, 143

## N

Natureza sexuada do ser humano 111

Normas sociais 10

## P

Perturbação do uso do álcool (pua) 162, 164

Pirâmide terapêutica de cuidados 40

Pobreza 10, 11

Populações migrantes 10

Prática profissional 147

Práticas de higiene 10

Práticas de saúde 10, 32, 33, 34, 36, 79

Prevenção 21, 34, 35, 43, 47, 89, 91, 92, 93, 94, 96, 104, 118, 141, 146, 148, 149, 156, 157, 158, 160, 164

Problemáticas de saúde 10

Problemáticas individuais, familiares e comunitárias 21

Processo de acolhimento 40, 42, 46, 47, 48, 49

Processo de cuidar 10

Processo holístico 89, 98

Processos de construção da cidadania 72, 74

Processos de saúde/doença 10

Programa psicoeducativo 53, 56, 65, 67

Programas psicoeducacionais 163

## Q

Qualidade de vida 47, 89, 92, 114, 119

## R

Refúgio 10

Rejeição a procedimentos 10

## S

Saúde infantil 21

Saúde mental e psiquiátrica 163

Saúde pública 86, 125, 127, 162

Saúde pública 37, 89, 92, 104, 108

Saúde sexual 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124

Sem-abrigo 7, 20, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 86, 87, 88

Serviço hospitalar de emergência 40, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50

Singularidades culturais 10

Sociedades saudáveis 89, 90, 92

Stresse de pearlín 53, 54

Stressores primários 53, 58, 61, 63

Stressores secundários 53, 59

## T

Tradições 10, 23, 32, 36, 126, 137, 139, 140

Transtorno do uso de álcool 163

## V

Valores 10, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 36, 45, 61, 65, 66, 89, 93, 95, 102, 103, 104, 105,  
107, 108, 114, 118, 139, 140, 141, 166, 167

Violência 125, 141

EDITORA  
OMNIS SCIENTIA



[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

[@editora\\_omnis\\_scientia](https://www.instagram.com/editora_omnis_scientia) 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 



[editoraomnisscientia@gmail.com](mailto:editoraomnisscientia@gmail.com) 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora\_omnis\_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 (87) 9656-3565 