

The nursing profession

in the

XXI CENTURY

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)

The nursing profession

in the

XXI CENTURY

Ana Maria Aguiar Frias
(Organizadora)


Ano 2022

Editora chefe

Profª Drª Antonella Carvalho de Oliveira

Editora executiva

Natalia Oliveira

Assistente editorial

Flávia Roberta Barão

Bibliotecária

Janaina Ramos

Projeto gráfico

Camila Alves de Cremo

Daphynny Pamplona

Gabriel Motomu Teshima

Luiza Alves Batista

Natália Sandrini de Azevedo

Imagens da capa

iStock

Edição de arte

Luiza Alves Batista

2022 by Atena Editora

Copyright © Atena Editora

Copyright do texto © 2022 Os autores

Copyright da edição © 2022 Atena Editora

Direitos para esta edição cedidos à Atena Editora pelos autores.

Open access publication by Atena Editora



Todo o conteúdo deste livro está licenciado sob uma Licença de Atribuição Creative Commons. Atribuição-Não-Comercial-NãoDerivativos 4.0 Internacional (CC BY-NC-ND 4.0).

O conteúdo dos artigos e seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva dos autores, inclusive não representam necessariamente a posição oficial da Atena Editora. Permitido o *download* da obra e o compartilhamento desde que sejam atribuídos créditos aos autores, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais.

Todos os manuscritos foram previamente submetidos à avaliação cega pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação com base em critérios de neutralidade e imparcialidade acadêmica.

A Atena Editora é comprometida em garantir a integridade editorial em todas as etapas do processo de publicação, evitando plágio, dados ou resultados fraudulentos e impedindo que interesses financeiros comprometam os padrões éticos da publicação. Situações suspeitas de má conduta científica serão investigadas sob o mais alto padrão de rigor acadêmico e ético.

Conselho Editorial**Ciências Biológicas e da Saúde**

Profª Drª Aline Silva da Fonte Santa Rosa de Oliveira – Hospital Federal de Bonsucesso

Profª Drª Ana Beatriz Duarte Vieira – Universidade de Brasília

Profª Drª Ana Paula Peron – Universidade Tecnológica Federal do Paraná

Prof. Dr. André Ribeiro da Silva – Universidade de Brasília

Profª Drª Anelise Levay Murari – Universidade Federal de Pelotas

Prof. Dr. Benedito Rodrigues da Silva Neto – Universidade Federal de Goiás



Prof. Dr. Cirênio de Almeida Barbosa – Universidade Federal de Ouro Preto
Prof^o Dr^a Daniela Reis Joaquim de Freitas – Universidade Federal do Piauí
Prof^o Dr^a Débora Luana Ribeiro Pessoa – Universidade Federal do Maranhão
Prof. Dr. Douglas Siqueira de Almeida Chaves – Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Prof. Dr. Edson da Silva – Universidade Federal dos Vales do Jequitinhonha e Mucuri
Prof^o Dr^a Elizabeth Cordeiro Fernandes – Faculdade Integrada Medicina
Prof^o Dr^a Eleuza Rodrigues Machado – Faculdade Anhanguera de Brasília
Prof^o Dr^a Elane Schwinden Prudêncio – Universidade Federal de Santa Catarina
Prof^o Dr^a Eysler Gonçalves Maia Brasil – Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira
Prof. Dr. Ferlando Lima Santos – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Fernanda Miguel de Andrade – Universidade Federal de Pernambuco
Prof. Dr. Fernando Mendes – Instituto Politécnico de Coimbra – Escola Superior de Saúde de Coimbra
Prof^o Dr^a Gabriela Vieira do Amaral – Universidade de Vassouras
Prof. Dr. Gianfábio Pimentel Franco – Universidade Federal de Santa Maria
Prof. Dr. Helio Franklin Rodrigues de Almeida – Universidade Federal de Rondônia
Prof^o Dr^a Iara Lúcia Tescarollo – Universidade São Francisco
Prof. Dr. Igor Luiz Vieira de Lima Santos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Jefferson Thiago Souza – Universidade Estadual do Ceará
Prof. Dr. Jesus Rodrigues Lemos – Universidade Federal do Piauí
Prof. Dr. Jônatas de França Barros – Universidade Federal do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. José Aderval Aragão – Universidade Federal de Sergipe
Prof. Dr. José Max Barbosa de Oliveira Junior – Universidade Federal do Oeste do Pará
Prof^o Dr^a Juliana Santana de Curcio – Universidade Federal de Goiás
Prof^o Dr^a Lívia do Carmo Silva – Universidade Federal de Goiás
Prof. Dr. Luís Paulo Souza e Souza – Universidade Federal do Amazonas
Prof^o Dr^a Magnólia de Araújo Campos – Universidade Federal de Campina Grande
Prof. Dr. Marcus Fernando da Silva Praxedes – Universidade Federal do Recôncavo da Bahia
Prof^o Dr^a Maria Tatiane Gonçalves Sá – Universidade do Estado do Pará
Prof. Dr. Maurilio Antonio Varavallo – Universidade Federal do Tocantins
Prof^o Dr^a Mylena Andréa Oliveira Torres – Universidade Ceuma
Prof^o Dr^a Natiéli Piovesan – Instituto Federaci do Rio Grande do Norte
Prof. Dr. Paulo Inada – Universidade Estadual de Maringá
Prof. Dr. Rafael Henrique Silva – Hospital Universitário da Universidade Federal da Grande Dourados
Prof^o Dr^a Regiane Luz Carvalho – Centro Universitário das Faculdades Associadas de Ensino
Prof^o Dr^a Renata Mendes de Freitas – Universidade Federal de Juiz de Fora
Prof^o Dr^a Sheyla Mara Silva de Oliveira – Universidade do Estado do Pará
Prof^o Dr^a Suely Lopes de Azevedo – Universidade Federal Fluminense
Prof^o Dr^a Vanessa da Fontoura Custódio Monteiro – Universidade do Vale do Sapucaí
Prof^o Dr^a Vanessa Lima Gonçalves – Universidade Estadual de Ponta Grossa
Prof^o Dr^a Vanessa Bordin Viera – Universidade Federal de Campina Grande
Prof^o Dr^a Welma Emídio da Silva – Universidade Federal Rural de Pernambuco



The nursing profession in the XXI century

Diagramação: Camila Alves de Cremo
Correção: Maiara Ferreira
Indexação: Amanda Kelly da Costa Veiga
Revisão: Os autores
Organizador: Ana Maria Aguiar Frias

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

N974 The nursing profession in the XXI century / Organizadora Ana Maria Aguiar Frias. – Ponta Grossa - PR: Atena, 2022.

Formato: PDF

Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader

Modo de acesso: World Wide Web

Inclui bibliografia

ISBN 978-65-5983-880-6

DOI: <https://doi.org/10.22533/at.ed.806222801>

1. Profissionais de enfermagem. 2. Saúde. I. Frias, Ana Maria Aguiar (Organizadora). II. Título.

CDD 610.73

Elaborado por Bibliotecária Janaina Ramos – CRB-8/9166

Atena Editora
Ponta Grossa – Paraná – Brasil
Telefone: +55 (42) 3323-5493
www.atenaeditora.com.br
contato@atenaeditora.com.br



Atena
Editora
Ano 2022

DECLARAÇÃO DOS AUTORES

Os autores desta obra: 1. Atestam não possuir qualquer interesse comercial que constitua um conflito de interesses em relação ao artigo científico publicado; 2. Declaram que participaram ativamente da construção dos respectivos manuscritos, preferencialmente na: a) Concepção do estudo, e/ou aquisição de dados, e/ou análise e interpretação de dados; b) Elaboração do artigo ou revisão com vistas a tornar o material intelectualmente relevante; c) Aprovação final do manuscrito para submissão.; 3. Certificam que os artigos científicos publicados estão completamente isentos de dados e/ou resultados fraudulentos; 4. Confirmam a citação e a referência correta de todos os dados e de interpretações de dados de outras pesquisas; 5. Reconhecem terem informado todas as fontes de financiamento recebidas para a consecução da pesquisa; 6. Autorizam a edição da obra, que incluem os registros de ficha catalográfica, ISBN, DOI e demais indexadores, projeto visual e criação de capa, diagramação de miolo, assim como lançamento e divulgação da mesma conforme critérios da Atena Editora.



DECLARAÇÃO DA EDITORA

A Atena Editora declara, para os devidos fins de direito, que: 1. A presente publicação constitui apenas transferência temporária dos direitos autorais, direito sobre a publicação, inclusive não constitui responsabilidade solidária na criação dos manuscritos publicados, nos termos previstos na Lei sobre direitos autorais (Lei 9610/98), no art. 184 do Código Penal e no art. 927 do Código Civil; 2. Autoriza e incentiva os autores a assinarem contratos com repositórios institucionais, com fins exclusivos de divulgação da obra, desde que com o devido reconhecimento de autoria e edição e sem qualquer finalidade comercial; 3. Todos os e-book são *open access*, *desta forma* não os comercializa em seu site, sites parceiros, plataformas de *e-commerce*, ou qualquer outro meio virtual ou físico, portanto, está isenta de repasses de direitos autorais aos autores; 4. Todos os membros do conselho editorial são doutores e vinculados a instituições de ensino superior públicas, conforme recomendação da CAPES para obtenção do Qualis livro; 5. Não cede, comercializa ou autoriza a utilização dos nomes e e-mails dos autores, bem como nenhum outro dado dos mesmos, para qualquer finalidade que não o escopo da divulgação desta obra.



APRESENTAÇÃO

O E-Book “*The nursing profession in the XXI century*” apresenta trabalhos científicos que abordam diversos temas atuais relevantes para a enfermagem e de interesse público. Estudos diversos que compõem os seus 16 capítulos de livro são da autoria de profissionais que compreendem a importância, do trabalho em equipa e da colaboração interdisciplinar na promoção das práticas e cuidados de saúde de qualidade.

Em mais uma obra, a Atena Editora permite a divulgação científica dos resultados de vários pesquisadores e académicos, ampliando conhecimentos que são aplicados constantemente na prática da profissão de enfermagem. Neste sentido este E-book apresenta várias temáticas, da formação do enfermeiro à profissão de enfermagem, da criança ao idoso, que resumidamente, em 5 pontos aqui se apresenta:

1) Na formação dos estudantes de enfermagem os estágios possibilitam, através das vivências enriquecedoras, a aprendizagem de novas habilidades, no entanto é imperativo o conhecimento da bioética e do código ético da profissão de enfermagem. Ressalta, assim, a importância de abordar, em várias unidades curriculares, nos cursos de enfermagem, os aspectos éticos/deontológicos de modo a que o estudante conheça os direitos e deveres relacionados com a conduta dos profissionais de enfermagem;

2) No E-book que aborda a profissão de enfermagem não poderia faltar a referência à *Anna Nery* e *Florence Nightingale* numa pesquisa de carácter histórico-social que identifica a existência de relação entre as esculturas em homenagem às enfermeiras e a demonstração do cuidar;

3) A abordagem ao papel do enfermeiro na saúde comunitária, descrevendo as suas atribuições nesse contexto, também é aqui apresentada. Há evidências literárias sobre o desenvolvimento de ações que ilustram os benefícios do programa pré-natal e do método canguru no cuidado ao recém-nascido; A área da saúde materna e obstétrica está representada nesta obra com a aplicação de várias práticas de trabalho para melhorar os resultados da saúde puerperal.

4) São Também, aqui, abordadas as infecções sexualmente transmissíveis que representam um problema de saúde pública e nesse sentido destacam-se a importância da intersectorialidade entre a universidade e os serviços de saúde. Vale a pena ressaltar, ainda, que a enfermagem tem um papel importante nas ações educativas na comunidade;

5) Tema sobre o “cuidador informal” fecha este livro, com intervenções dirigidas ao enfermeiro e ao cuidador familiar. Os enfermeiros reconhecem as dificuldades do cuidador do idoso e a aprendizagem de novas estratégias de *coping* que facilitam o desempenho dos cuidadores.

Da leitura e reflexão destes capítulos fica o repto para a elaboração de outras pesquisas de modo a complementar os estudos aqui apresentados e proporcionarem

aumento de saberes para o desempenho da profissão de enfermagem, através do acto do cuidar, com competência e dignidade.

Ana Maria Aguiar Frias

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1..... 1

ÉTICA E BIOÉTICA EM ENFERMAGEM: CONHECIMENTOS FUNDAMENTAIS PARA A FORMAÇÃO DE ENFERMEIROS

Cláudia Ribeiro de Souza
Lívia de Aguiar Valentim
Yuri Vasconcelos Andrade
Glailson França de Souza
Andreza Cristina Moraes Viana
Raniel Rodrigues Souza
Leilane Ribeiro de Souza
Karina Miranda Monteiro
Natália Miranda Monteiro

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8062228011>

CAPÍTULO 2..... 13

GESTUALIDADE DE ESCULTURAS DE ENFERMEIRAS NA CRUZ VERMELHA BRASILEIRA

Sarah Kelley Ribeiro de Almeida
Cassilda Virtuoso Gomes
Luciane Pereira de Almeida
Marcos Vinicius Mendes Macena
Andréia Neves de Sant Anna

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8062228012>

CAPÍTULO 3..... 28

EDUCAÇÃO INTERPROFISSIONAL: O FAZER JUNTO NA PLANIFICAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE

Monique Alves Padilha
Lucileia Rosa Eller

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8062228013>

CAPÍTULO 4..... 40

ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE SUPLEMENTAR

Mariana Xavier Gomes
Renato Barbosa Japiassu
Márcia Mello Costa De Liberal
Chennyfer Dobbins Abi Rached

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8062228014>

CAPÍTULO 5..... 53

A NEUROCIÊNCIA COGNITIVA COMO FERRAMENTA PEDAGÓGICA PARA O APRENDIZADO FARMACOLÓGICO EM EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM

José Ribeiro Dos Santos
Graziela Monteiro Dias
Fábio Soares da Silva

Dorival Rosendo Máximo
Roseli de Sousa
Rafael Ribeiro de Souza

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8062228015>

CAPÍTULO 6..... 63

ESTÁGIO CURRICULAR SUPERVISIONADO EM ENFERMAGEM EM UM HOSPITAL DE ALTA COMPLEXIDADE: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

João Felipe Tinto Silva
Andréa Gomes de Almeida
Joel Junior de Moraes
Héverson Batista Ferreira
Emanuel Osvaldo de Sousa
Winícius de Carvalho Alves
Alex de Souza Silva
Francisca Kerlania Alves de Carvalho Silva

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8062228016>

CAPÍTULO 7..... 72

POSIÇÃO DE PARTO E A REDUÇÃO DO DANO PERINEAL EM MULHERES NO PUERPÉRIO IMEDIATO: REVISÃO DA LITERATURA

Tânia Estefanía Montesdeoca Díaz
Maria da Luz Ferreira Barros
Ana Maria Aguiar Frias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8062228017>

CAPÍTULO 8..... 84

BENEFÍCIOS DO PROGRAMA PRÉ NATAL E DO MÉTODO CANGURU NO CONTEXTO DA SAÚDE DA CRIANÇA

Caroline Fernanda Galdino Montemor
Rodolfo de Oliveira Medeiros
Beatriz Pereira da Silva Oliveira
Danielle Vitória Silva Guesso
Ana Caroline Alves Aguiar
Elza de Fátima Ribeiro Higa
Jonas Pedro Barbosa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8062228018>

CAPÍTULO 9..... 95

CONHECIMENTO DAS MÃES SOBRE O ESQUEMA VACINAL DE SEUS FILHOS ASSISTIDOS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Eliana Lessa Cordeiro
Liniker Scolfild Rodrigues da Silva
Juliana Leão Urquiza
Michele Arruda Nascimento
Renata Maria da Silva
Edivaldo Bezerra Mendes Filho

Gardênia Conceição Santos de Souza
Clarissa Silva Pimenta
Cristina Albuquerque Douberin

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.8062228019>

CAPÍTULO 10..... 108

HOSPITALIZAÇÃO DE CRIANÇAS MENORES DE CINCO ANOS POR CAUSAS SENSÍVEIS A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE: REVISÃO DE LITERATURA

Tatiana da Silva Melo Malaquias

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.80622280110>

CAPÍTULO 11 114

RELAÇÃO ENTRE RESILIÊNCIA E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS COM DIABETES MELLITUS

Francineide Pereira da Silva Pena

José Luís da Cunha Pena

Lislaine Aparecida Fracoli

Elaine Buchhorn Cintra Damião

Liudmila Miyar Otero

Maria Emília Grassi Busto Miguel

Cecília Rafaela Salles Ferreira

Wollner Materko

Anna Maria Chiesa

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.80622280111>

CAPÍTULO 12..... 129

EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA PREVENÇÃO DAS IST'S: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

Thalyson Pereira Santana

David Wesley de Sousa Pinto

Pâmela Carolinny Coelho da Silva

Alinne Nascimento de Sousa

Raquel de Araújo Fernandes

Hellen Laryssa Carvalho da Silva

Jehmeson Ramon dos Santos de Matos

Ester da Silva Caldas

Ana Cláudia Mororó de Sousa

Aline Vitória Castro Santos

John Lucas dos Santos de Matos

Abraão Lira Carvalho

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.80622280112>

CAPÍTULO 13..... 135

ADESÃO E ATITUDES DE HOMOSSEXUAIS MASCULINOS ACERCA DA PROFILAXIA PRÉ-EXPOSIÇÃO (PrEP) DE RISCO À INFECÇÃO PELO HIV

João Felipe Tinto Silva

José Mateus Bezerra da Graça

Vitaliano de Oliveira Leite Junior

Layanne Cavalcante de Moura
Giovanni Rodrigues Moraes
Héverson Batista Ferreira
Emanuel Osvaldo de Sousa
Robson Feliciano da Silva
Camila Freire Albuquerque
Vitória Gabriele Barros de Araújo
Livia Karoline Torres Brito
Izabelle Ribeiro Maia Alves

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.80622280113>

CAPÍTULO 14..... 143

ANALISAR O PERFIL QUALIFICADOR DO ENFERMEIRO PARA DEFINIR CONDUTAS APROPRIADAS DIANTE AS PACIENTES QUE SOFRERAM VIOLÊNCIA SEXUAL

Samara Nogueira De Sousa
Valéria Nogueira Florentino
Francisca Farias Cavalcante
Lília Maria Nobre Mendonça de Aguiar

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.80622280114>

CAPÍTULO 15..... 153

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO ESTRESSE DO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO COM DEPENDÊNCIA: ESTUDO PILOTO

Laura Maria Monteiro Viegas
Ana Maria Alexandre Fernandes
Maria dos Anjos Pereira Lopes Fernandes Veiga

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.80622280115>

CAPÍTULO 16..... 168

A PERCEPÇÃO DOS ENFERMEIROS DO PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA QUANTO A UTILIZAÇÃO DO SISPRENATAL WEB

Núbia Fernandes Teixeira
Frank José Silveira Miranda

 <https://doi.org/10.22533/at.ed.80622280116>

SOBRE A ORGANIZADORA..... 203

ÍNDICE REMISSIVO..... 204

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NO ESTRESSE DO CUIDADOR FAMILIAR DO IDOSO COM DEPENDÊNCIA: ESTUDO PILOTO

Data de aceite: 10/01/2022

Data de submissão: 14/10/2021

Laura Maria Monteiro Viegas

Doutora em Enfermagem. Professora adjunta no Departamento de Enfermagem de Saúde Comunitária na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Lisboa, Portugal
ORCID: 0000-0003-1411-7245

Ana Maria Alexandre Fernandes

Doutora em Sociologia. Professora Catedrática. CICS. Nova, Universidade Nova de Lisboa
Lisboa, Portugal
ORCID: 0000-0002-7686-3932

Maria dos Anjos Pereira Lopes Fernandes Veiga

Doutora em Ciências da Enfermagem. Professora aposentada do Departamento de Enfermagem Médico Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
ORCID 0000-0001-7934-6423

Artigo já foi publicado anteriormente na Revista Baiana de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e Saúde da Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia

RESUMO: Objetivo foi avaliar a eficácia de uma intervenção de enfermagem estruturada com base num programa psicoeducativo de gestão do estresse sobre estressores primários (sobrecarga), recursos (*coping*) e resultados

(bem-estar emocional) do cuidador, e avaliação realizada pelos cuidadores e pelos enfermeiros sobre a ajuda da intervenção e sobre o material de apoio ao programa. Método: estudo piloto com 13 cuidadores de idosos em Portugal durante 5 semanas. Realizaram-se entrevistas para avaliar a intervenção e o material de apoio. Resultados: depois da intervenção, houve melhoria no *coping*, no bem-estar e na sobrecarga com diferença estatisticamente significativa na sobrecarga; dificuldades com a implementação da intervenção e uso do material de apoio. Conclusão: os cuidadores familiares revelaram que a intervenção ajudou na aprendizagem de novas estratégias de *coping*. Por parte dos enfermeiros, a intervenção ajudou-os a conhecer as dificuldades do cuidador, facilitando a abordagem holística do cuidado centrado no cuidador e no idoso.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem; Estresse; Cuidadores; Família; Idoso.

NURSING INTERVENTION FOR STRESSED MANAGEMENT IN FAMILY CAREGIVERS OF DEPENDENT OLDER ADULTS: A PILOT STUDY

ABSTRACT: Objective: assess the effectiveness of a structured nursing intervention for caregivers based on a psychoeducational stress management program in relation to primary stressors (overload), resources (coping) and results (emotional well-being), as well as an assessment by caregivers and care recipients as to the helpfulness of the intervention and the program's support material. Method: a pilot study was conducted with 13 caregivers of older adults

in Portugal during five weeks. Interviews were conducted to assess the intervention and support material. Results: after the intervention, there was an improvement in coping, well-being and overload, with a statistically significant difference in overload; difficulties implementing the intervention and using the support material. Conclusion: the family caregivers stated that the intervention helped them learn new coping strategies. On the part of the nurses, the intervention helped them understand the difficulties faced by caregivers, facilitating a holistic care approach based on the caregiver and elderly person.

KEYWORDS: Nursing; Stress; Caregivers; Family; Older adults.

INTRODUÇÃO

Portugal é um dos países mais envelhecidos do mundo e também da Europa. Na última década, houve um recuo acentuado da natalidade⁽¹⁾. No último recenseamento⁽²⁾, a população portuguesa com mais de 65 anos já era 19,1% do total, dos quais 21,5% eram mulheres e 16,8% eram homens. A esperança de vida à nascença é também uma das mais elevadas da Europa. As mulheres portuguesas nascidas em 2016 esperam poder viver até os 84 anos e os homens até os 78 anos⁽³⁾.

O crescimento da longevidade humana acarreta o aumento das necessidades de saúde ao longo do processo de envelhecimento, com a diminuição da funcionalidade e os seus impactos nas actividades de vida diária. No âmbito da vida familiar, são os cônjuges ou outros parentes próximos que prestam os cuidados. A dinâmica da prestação de cuidados tem uma dimensão temporal à qual o cuidador familiar vai adaptando-se, à medida que a funcionalidade reduz e as necessidades aumentam. A *Family Caregiver Alliance*⁽⁴⁾ descreve o *caregiving* como um processo dinâmico experienciado pelo cuidador familiar durante o desempenho do seu papel num *continuum* de cuidados. Esse processo, designado *caregiving*, leva o cuidador à exposição de uma elevada carga física e psicológica perante a qual pode incorrer num conjunto de sintomas que constituem um padrão disfuncional identificado como “estresse do prestador de cuidados” ou “sobrecarga do papel do cuidador”⁽⁵⁾.

O cuidador é normalmente um familiar, amigo ou vizinho que, no quotidiano, presta cuidados a uma pessoa receptora de cuidados com doença crónica ou incapacitante que a impede de realizar as actividades de vida diária, total ou parcialmente, tornando-a, por vezes, dependente. É um recurso não institucional para o cuidar⁽⁶⁾, por não ser remunerado habitualmente pelo cuidado prestado⁽⁷⁾.

As exigências da prestação de cuidados levam a olhar para o cuidador, tendo em vista a necessidade de preservar o seu papel social e prevenir o risco de adoecer. Para tal é necessário desenvolver intervenções que o ajudem a manter a sua saúde⁽⁸⁾, considerando que as pessoas preferem manter-se em casa, perto da família⁽⁹⁾. Esses cuidados contribuem também para diminuir o risco de institucionalização e reduzir os custos dos cuidados de longa duração⁽⁶⁾. A literatura evidencia que as intervenções psicoeducativas

são promotoras do bem-estar do cuidador familiar⁽¹⁰⁾. Há também evidência da necessidade de os profissionais de saúde apoiarem o cuidador familiar no desempenho do seu papel.

Entretanto, a intervenção de enfermagem é mais eficaz quando é individualizada e efectuada por meio da recolha de informação sobre as características da pessoa, suas necessidades e percepções, da qual decorrem acções em que a pessoa cuidada participa na tomada de decisão sobre qual deve ser a forma mais ajustada a si⁽¹¹⁾.

Na avaliação do estresse do cuidador, autor⁽¹²⁾ defende o uso do modelo transaccional de estresse de Pearlin, Mullan, Semple e Skaff. Esta opção baseia-se no pressuposto de que as várias dimensões desse modelo operacionaliza a variabilidade na forma como o cuidador vivencia a sua experiência de cuidar. São as seguintes as dimensões do modelo: contexto de cuidado (características sociodemográficas do cuidador e da pessoa cuidada e história da prestação de cuidados); estressores primários e secundários; recursos e resultados. A elaboração do modelo baseou-se na concepção teórica⁽¹³⁾ que considera o estresse como resultado de uma transacção entre o indivíduo e o ambiente, que excede os recursos do indivíduo, necessitando de esforço para se adaptar. De acordo com essa concepção, *coping* refere-se aos esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança na gestão de questões externas/internas específicas, as quais são avaliadas por excederem os recursos já referidos. Por isso, é importante o indivíduo manter a capacidade para aprender e usar novas estratégias, de acordo com novas necessidades, desenvolvendo diferentes estilos de *coping* focados na resolução de problemas ou nas emoções. O enfermeiro pode contribuir junto do cuidador, no reconhecimento de estratégias para alívio da sobrecarga e no desenvolvimento de estratégias para a diminuição do estresse⁽¹⁴⁾.

Em Portugal, os estudos mostram que as intervenções do enfermeiro junto do cuidador visam, sobretudo, a melhoria das suas competências na prestação de cuidados, tornando-o o “parceiro oculto”. Nessa dinâmica, é frequente que sejam subvalorizadas as suas necessidades decorrentes do papel de cuidador, sendo reiterada somente a referência a comentários, como “lembre-se de cuidar de si”. Assim, as intervenções estruturadas com base em programas psicoeducativos dirigidas ao estresse do cuidador, além de limitadas e pouco frequentes, devem ser avaliadas quanto à sua eficácia. Os resultados de tal avaliação contribuem para melhorar os cuidados de enfermagem e as competências e eficiência do acto de cuidar do cuidador familiar com efeitos positivos na sua saúde.

A hipótese considerada neste estudo é que a intervenção estruturada num programa reduza a sobrecarga, aumente o *coping* e o bem-estar emocional. Espera-se a adequação do material de apoio ao programa.

O objectivo central deste estudo piloto consiste em avaliar a eficácia de uma intervenção de enfermagem estruturada com base num programa psicoeducativo de gestão do estresse sobre estressores primários (sobrecarga), recursos (*coping*) e resultados (bem-estar emocional) do cuidador, bem como a avaliação realizada pelos cuidadores e pelos enfermeiros sobre a ajuda da intervenção e sobre o material de apoio ao programa.

MÉTODO

Trata-se de um estudo piloto observacional longitudinal prospectivo. A amostra de conveniência foi constituída por cuidadores de familiares idosos em situação de dependência funcional que se encontravam inscritos em apoio domiciliário nas Unidades de Saúde de um Agrupamento de Centros de Saúde da Sub Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Portugal.

A observação ocorreu entre dezembro de 2014 e março de 2015 e teve como critérios de inclusão: cuidadores familiares que assumiam a responsabilidade pelos cuidados com score ≤ 16 na Grelha para avaliação do cuidador em risco⁽¹⁵⁾, idade superior a 18 anos, saber ler e escrever e com contacto telefónico.

Na visita de enfermagem domiciliária, os enfermeiros contactaram os cuidadores familiares elegíveis e explicaram os objetivos do estudo. Na visita seguinte, foi explicado o protocolo de investigação, pedido o consentimento informado, aplicada a “Grelha para avaliação do cuidador em risco” e combinado o momento para iniciar a intervenção estruturada de enfermagem.

A intervenção de enfermagem no domicílio, para o cuidador familiar com dependência, foi suportada pelo programa psicoeducativo do processo de gestão do estresse de Ducharme, Trudeau e Ward⁽¹⁵⁾: *Gestion du stress-programme psychoéducatif de gestion du stress destiné aux proches-aidants d'un parent âgé à domicile*. A opção por um programa de gestão de estresse, já publicado internacionalmente, deveu-se a estar alicerçado no conceito de estresse e *coping*⁽¹³⁾. Além disso, essa opção ampara-se no facto de o programa ser composto por etapas que, ao corresponderem ao processo de gestão do estresse, permite ao cuidador a tomada de decisão sobre a escolha de uma situação estressante para si na prestação de cuidados, privilegiando, desse modo a individualização, assim como a aprendizagem, para gerir outras situações estressantes a surgir durante o percurso do seu papel de cuidador.

Feito contato via e-mail com uma das autoras, que autorizou a utilização do referido programa e como adquirir o material de apoio: caderno do cuidador e manual de aplicação. Foram feitos os procedimentos na adaptação para a língua portuguesa do material escrito: equivalência conceptual e linguística.

O referido programa psicoeducativo tem como objetivo promover competências dos cuidadores para contribuir para uma melhor gestão de situações difíceis/estressantes vividas na prestação de cuidados ao familiar no domicílio.

O processo de gestão do estresse do programa desenvolve-se em cinco etapas:

1ª etapa – tomada de consciência. O cuidador descreve a situação geral de prestação de cuidados: refere aspetos positivos e aspetos difíceis vividos na situação de prestação de cuidados;

2ª etapa – escolha de uma situação difícil/estressante e de um objetivo a atingir. O

cuidador escolhe uma situação difícil/estressante experienciada na prestação de cuidados que pretende mudar. O cuidador formula um objetivo a atingir com vistas a reduzir a sua percepção face a essa situação que escolheu, com a ajuda da “Escala para atingir os objetivos pessoais”. Este instrumento permitirá avaliar, no final da 5ª etapa, se o objetivo identificado foi ou não atingido;

3ª etapa – análise da situação escolhida. O cuidador reflete sobre a situação difícil/estressante escolhida e os fatores que influenciam a forma de a perceber (pessoais, familiares e contextuais) e quais as estratégias habitualmente usadas;

4ª etapa – escolha de uma estratégia ajustada à situação escolhida e praticá-la. O cuidador é convidado a experimentar-la(s) de entre a(s) estratégia(s) adaptativa(s) que podem ser ajustada(s) à situação estressante escolhida;

5ª etapa – avaliação. Avaliar se o objetivo da etapa 2 foi atingido.

Se o objetivo estabelecido à partida não é atingido, é a ocasião de retomar o início do processo e fazer uma reflexão que permita ao cuidador tentar uma nova ação que será, por sua vez, também ela, avaliada. Esse processo sistemático permite ao cuidador orientar a sua reflexão até que o objetivo que fixou seja atingido.

O manual de aplicação tem as orientações para o enfermeiro sobre o conteúdo e os recursos para cada uma das cinco etapas do processo de gestão do estresse. O caderno do cuidador descreve o que o cuidador realiza em cada etapa, que corresponde a um encontro com o enfermeiro, bem como o que deve fazer até ao próximo encontro com esse profissional.

A operacionalização do programa inclui: cinco encontros semanais no domicílio entre o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados ao idoso com o seu cuidador familiar com uma duração entre 30 a 45 minutos. Em cada encontro individual, o enfermeiro e o cuidador abordam cada uma das cinco etapas do processo de gestão do estresse. Ao longo do processo, é importante ter em conta a percepção que o cuidador tem da sua situação de prestação de cuidados. Esta percepção é a pedra angular da intervenção, com vista a favorecer a utilização de estratégias adaptativas ajustadas ao tipo da situação difícil/estressante. No primeiro encontro, o enfermeiro oferece ao cuidador o “caderno para o cuidador” e explica a sua utilidade. No início de todos os encontros são relembradas as etapas do processo de gestão do estresse, o que foi concretizado na sessão anterior (exceto no primeiro encontro), o que é trabalhado no encontro presente e o que será feito na semana seguinte até ao próximo encontro.

Cada enfermeiro recebeu preparação prévia, em grupo ou individualmente, durante 2-3 sessões, com duração de 2 horas, sobre o protocolo de intervenção, e recebeu o material escrito (caderno do cuidador e manual de aplicação para si).

No fim da aplicação da intervenção, no mês 2, a investigadora conduziu uma entrevista semiestruturada junto aos enfermeiros e cuidadores familiares, para avaliar o programa sobre a ajuda da intervenção e a adequação dos materiais de apoio.

O protocolo de investigação foi aprovado pelo Diretor Executivo do respetivo Agrupamento e teve parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, 093/CES/INV/2014. O consentimento informado foi assinado pelos participantes.

A análise dos dados foi qualitativa (do conteúdo das respostas de cuidadores e enfermeiros) e estatística. Na análise estatística, o tratamento e a análise dos dados foram obtidos por meio do *software* estatístico IBM-SPSS, versão 22. Análise descritiva das variáveis sociodemográficas e da história de cuidados foi obtida. Realizou-se a análise comparativa, para identificar associações entre variáveis de interesse por meio do teste *t* para amostras emparelhadas nas variáveis numéricas ou em alternativa o teste não paramétrico Wilcoxon. Na análise estatística, assumiu-se um nível de significância de 5% ($p < 0,05$).

A Grelha para avaliação do cuidador em risco foi aplicada como critério de elegibilidade do participante, conforme sugerido pelas autoras do citado programa psicoeducativo. Participante com escore igual ou superior a 16, indicativo de elevado nível de estresse, foi excluído do estudo e aconselhado a procurar apoio especializado.

Questionário de caracterização sociodemográfica do cuidador/idoso e da história da prestação do cuidado, com instrumentos usados, avaliam os domínios do modelo de estresse adotado⁽¹²⁾.

Para avaliar a sobrecarga, aplicou-se a *Burden Interview Scale*, de 1983, adaptada para Portugal, que possui quatro categorias: impacto da prestação de cuidados, relação interpessoal, expectativas face ao cuidar e percepção de autoeficácia. A versão tem 22 itens. As possibilidades de resposta são: nunca (1), quase nunca (2), às vezes (3), muitas vezes (4) e quase sempre (5). À maior pontuação corresponde maior sobrecarga. A consistência interna é boa, com 0,96 (alfa de Cronbach)⁽¹⁶⁾.

Para avaliar o *coping*, aplicou-se o *Carers' Assessment of Managing Index (CAMI)* adaptado para Portugal. Esse questionário avalia a forma como cada cuidador familiar lida com as dificuldades percecionadas e quais os mecanismos de *coping* e a sua adequação e eficácia. Tem três domínios: lidar com problemas/resolução de problemas, percepção alternativa da situação e lidar com problemas de estresse. O cuidador indica se utiliza ou não a estratégia (1). Em caso afirmativo, deve referir se dá resultado (2), dá algum resultado (3) ou dá bastante resultado (4). À maior pontuação corresponde maior utilização/percepção da eficácia das estratégias de *coping* usadas pelo cuidador. A consistência interna é boa com 0,804 (alfa de Cronbach)⁽¹⁷⁾.

Para avaliar o bem-estar emocional do cuidador, o domínio mais avaliado são sintomas depressivos propostos pelo *Center for Epidemiologic Studies of Depression Scale (CES-D)*, tendo sido usada a versão portuguesa, que propõe quatro fatores: afeto depressivo, afeto positivo, atividade somática e retardada e atividade interpessoal. Maior valor indica a intensidade dos sintomas da depressão. A consistência interna é boa com

0,85 (alfa de Cronbach)⁽¹²⁾.

RESULTADOS

Dos 17 participantes, 13 completaram as 2 fases de avaliação antes e depois da intervenção (3 óbitos de idosos e 1 cuidador recusou-se a participar).

Na Grelha de avaliação do cuidador em risco, o valor da média = mediana foi 11 e o Desvio Padrão (D.P.)=2,09, com máximo de 15 e mínimo de 8, em que nenhum dos cuidadores atingiu o nível de escore máximo (16) para ser excluído do estudo. Nos cuidadores, o sexo feminino foi o mais frequente; a média de idade foi 62,18 anos (DP=15,72); e o estado civil, casadas. Na situação de trabalho e escolaridade, foi mais frequente o cuidador aposentado e com o 3º ciclo do ensino básico. Similarmente, estudo em Portugal descreve o perfil do cuidador familiar também como sendo do género feminino, com mais de 50 anos, casada, com baixa escolaridade, sem atividade profissional⁽¹⁸⁾.

Nos idosos, a frequência é idêntica entre homens e mulheres, com idade média de 81,5 (DP= 9,85). Na escolaridade, o mais frequente é 1º ciclo do ensino básico. O estudo realizado⁽¹⁹⁾ com cuidadores familiares, os idosos cuidados tinham, em média, idade ligeiramente superior (82,36 anos; D.P.=7,84), igualmente poucos anos de escolaridade e são viúvos, ao contrário dos idosos cuidados deste estudo, que são maioritariamente casados.

Na história da prestação de cuidados, com maior frequência estão os cuidadores que cuidam em tempo, entre 1-3 anos, e em horas de cuidados diárias, mais de 10 h dedicadas ao cuidado. A prestação de cuidados é da responsabilidade de filhas e cônjuges; a maioria coabita com o idoso. Esses dados vão ao encontro de estudo sobre a sobrecarga de cuidadores familiares⁽²⁰⁾.

A Tabela 1 apresenta as características sociodemográficas do cuidador e dados sobre a história do cuidar na avaliação *baseline*.

Características sociodemográfica do cuidador	n	%
Sexo do cuidador		
Feminino	8	61,5
Masculino	5	38,5
Idade (anos), média (DP)	62,18 (15,72)	
Estado civil do cuidador		
Casado(a)	7	53,8
Solteiro(a)	4	30,8
Viúvo(a)	1	7,7
Divorciado(a)/separado(a)	1	7,7
Situação perante o trabalho		
Empregado(a)	3	23,1
Desempregado(a)	1	7,7

Aposentado(a)	8	61,5
Outra	1	7,7
Escolaridade		
1º ciclo do ensino básico	3	23,1
3º ciclo do ensino básico	5	38,5
Ensino secundário	3	23,1
Curso superior	2	15,4

Tabela 1 – Distribuição dos cuidadores segundo características sociodemográficas e da história do cuidar na avaliação *baseline*. Lisboa, Portugal – 2015 (n=13)

Fonte: Elaboração própria.

A Tabela 2 apresenta as características sociodemográficas do idoso.

Caracterização sociodemográfica do idoso	n	%
Sexo		
Feminino	7	53,8
Masculino	5	46,2
Idade (anos), média (DP)	81,47 (9,85)	
Estado civil		
Casado(a)	7	53,8
Viúvo(a)	4	30,8
Divorciado(a)/separado(a)	2	15,4
Escolaridade		
Sem escolaridade	1	7,7
Sabe ler e escrever	2	15,4
1º ciclo do ensino básico	6	46,2
2º ciclo do ensino básico	2	15,4
3º ciclo do ensino básico	1	7,7
Ensino secundário	1	7,7
História da prestação de cuidados		
Grau de parentesco		
Cônjuge	4	30,8
Filho(a)	6	46,2
Sobrinha	2	15,3
Irmão	1	7,7
Coabitação		
Sim	12	92,3
Não	1	7,7
Há quanto tempo é cuidador		
Menos de 6 meses	2	15,4
Entre 6 meses e 1 ano	1	7,7
Entre 1-3 anos	6	46,2

Entre 3-5 anos	-	-
Entre 5-10 anos	1	7,7
Há mais de 10 anos	3	23,1
Número de horas diárias na prestação de cuidados		
Entre 1-3 horas	1	7,7
Entre 3-5 horas	2	15,4
Entre 5-10 horas	1	7,7
Mais de 10 horas	9	69,2

Nota: Sinal convencional utilizado:

- Dado numérico igual a zero não resultante de arredondamento.

Tabela 2 – Características sociodemográficas do idoso. Lisboa, Portugal – 2015 (n=13)

Fonte: Elaboração própria.

Na avaliação das variáveis de resultado, entre o antes e o depois da intervenção, observou-se diferenças estatisticamente significativas na sobrecarga total ($p=,023$) e nas categorias impacto da prestação de cuidados ($p=,037$) e expectativas face ao cuidar ($p=,023$). Os cuidadores melhoraram as estratégias de *coping*, sobretudo na categoria percepção alternativa da situação. Observou-se também melhoria no bem-estar emocional; na categoria afeto positivo, a diferença foi estatisticamente significativa ($p=,024$). A Tabela 3 revela os dados obtidos antes (*baseline*) e depois da intervenção (T1).

Variável	Baseline Média (Desvio Padrão)	T1 Média (Desvio Padrão)	t emparelhado Wilcoxon
Sobrecarga			
Impacto da prestação de cuidados	30,69 (11,24)	24,84 (6,84)	$t emp=2,340$ $P=,037$
Relação interpessoal	9,15 (3,48)	7,76 (3,24)	$t emp=1,737$ $P=,108$
Expectativas face ao cuidar	16,53 (3,12)	14,07 (3,88)	$t emp=2,606$ $P=,023$
Percepção de autoeficácia	4,30 (1,79)	3,35 (1,39)	$t emp=2,034$ $P=,065$
Total	60,69 (15,71)	50,23 (10,17)	$t emp=2,606$ $P=,023$
Coping			
Resolução problemas	41,07 (7,44)	42,23 (7,35)	$t emp=-,233$; $P=,820$
Percepção alternativa situação	40,92 (7,064)	43,38 (10,36)	$t emp=-,760$ $P=,462$
Lidar com sintomas de estresse	20,07 (6,04)	20,84 (6,01)	$t emp=-1,949$ $P=,075$
Total	99,62 (15,11)	105,69 (19,12)	$t emp=-1,774$ $P=,101$
Bem-estar emocional			
Afeto deprimido	8,00 (5,73)	6,0 (4,43)	$t emp=1,747$ $P=,111$
Afeto positivo	8,38 (3,28)	6,50 (2,97)	$t emp=2,327$ $P=,040$

Atividade somática retardada	4,00 (3,64)	4,55 (3,8)	<i>t emp</i> = -,193 <i>p</i> = ,851 <i>Wilcoxon</i>
Atividade Interpessoal	2,25 (1,89)	1,50 (0,71)	<i>p</i> = ,102 <i>Wilcoxon</i>
Score total	20,77 (12,14)	16,42 (9,41)	<i>P</i> = ,66

Tabela 3 – Distribuição dos cuidadores segundo a sobrecarga, o *coping* e sintomas depressivos avaliados na *baseline* e depois da intervenção (T1). Lisboa, Portugal – 2015 (n=13)

Fonte: Elaboração própria.

Na análise qualitativa dos dados sobre a opinião dos cuidadores familiares acerca da ajuda da intervenção, as respostas foram claramente positivas. Dos 13 participantes, apenas 1 manifestou opinião negativa e outro participante respondeu com opinião ambivalente. Seguem alguns exemplos da citação (*verbatim*) da análise qualitativa.

Opinião positiva:

A intervenção ajuda a encarar melhor a situação de cuidador e a encontrar novos caminhos de como continuar. (F; 62 anos; filha).

A situação de cuidador mantém-se, mas a forma como a vejo é mais calma e serena. (M; 40 anos; sobrinha).

A intervenção ajudou a estar preparada para outras dificuldades que vão surgir e que sei que me esperam. (N; 50 anos; filha).

Aprendi a deitar e a levantar para a cadeira com menos esforço para as costas. Já não preciso de estar à espera de ajuda. (J; 75 anos; cônjuge).

A intervenção ajudou a perceber que, se mudar a minha forma de agir, o que está à volta melhora. (A; 60 anos; filha).

Opinião negativa:

A intervenção não ajudou em nada. Fez-me pensar em assuntos que estavam resolvidos e agora vieram à memória. (L; 78 anos; irmão).

Opinião ambivalente:

A intervenção ajudou e não ajudou. Parar para pensar não me ajuda [...] lembra-me que estou sozinho nisto e como será no futuro, o que será dela [Esposa]? Os filhos não querem saber [...] mas foi bom ter alguém para falar, senti-me apoiado. (A; 78 anos; cônjuge).

Sobre o material de apoio de suporte ao programa, cinco cuidadores consideraram o conteúdo do caderno do cuidador adequado e oito referiram o conteúdo extenso, sobretudo na 3ª etapa. Dos oito enfermeiros, quatro opinaram sobre a avaliação e implementação da intervenção, obtendo-se opinião com respostas que oscilaram entre aspetos positivos e negativos. Vejam-se exemplos de citações de **aspetos positivos**:

Enfermeiro conhece melhor o cuidador. Há uma maior proximidade com o cuidador, maior compreensão das dificuldades que antes não tínhamos e criamos empatia. (E1).

O momento que estamos com o cuidador é formal. O cuidador sente-se cuidado,

tem a atenção do enfermeiro [...] aceita melhor o que lhe é dito. (E2).

Com a intervenção, damos ferramentas para o cuidador encontrar os recursos para resolução de problemas, dando-lhe empowerment. (E3).

Se queremos o cuidar holístico não é só o doente em si; o outro que cuida também deve ser cuidado, para o bem do doente. (E4).

Exemplos de **citações negativas**:

Estamos pressionados pelo tempo dedicado a cada visita domiciliária. (E1; E2; E3; E4).

Se o tempo prolongar além do previsto para cada uma das visitas, isso tem implicações na gestão dos cuidados aos outros doentes por quem sou responsável e aos cuidados prestados aos outros doentes pelos colegas que esperam por nós, devido ao transporte partilhado. (E3).

Há coisas muito enraizadas no cuidador que já não mudam, ou levam mais tempo. (E4).

Muitos idosos ficam desconfiados, com receio de falar de alguns aspetos da vida familiar e comprometerem a família por ausência de apoio. (E1).

Por vezes, os cuidadores mais velhos perdem a noção do que é para fazer; é necessário lembrar o que foi já feito e por vezes voltar atrás. (E2; E4).

Relativamente ao material de apoio, a opinião geral sobre o caderno do cuidador recai no excesso de informação. Consequentemente, os cuidadores mais velhos e com menos anos de escolaridade perdem-se com o número de páginas. Sobre o manual para aplicação, tem o conteúdo adequado para a implementação do programa pelos enfermeiros, mas o seu transporte diário, nas visitas domiciliárias, é pouco prático.

DISCUSSÃO

Os resultados deste estudo revelam que os cuidadores percebem menos sobrecarga associada ao *caregiving*, usam mais estratégias de *coping* e indicam mais bem-estar após a intervenção com base num programa psicoeducativo de gestão do estresse. Tais resultados validam a hipótese do estudo, encontrando-se, para a sobrecarga, diferenças estatisticamente significativas. Tal dado parece confirmar que a intensidade de horas dedicadas à prestação de cuidados leva à sobrecarga intensa⁽²¹⁾ que diminuiu para ligeira após a intervenção. Este dado valida a importância de as intervenções deverem ser pró-activas em vez de reativas para promoção da saúde dos cuidadores familiares⁽²²⁾.

Os resultados no aumento das estratégias do *coping* são similares ao estudo publicado pelas autoras do programa⁽²³⁾. Tratando-se de um programa de gestão do estresse, após a sua aplicação na forma de intervenção, as estratégias de *coping* aumentaram nos 3 domínios avaliados pelo mesmo instrumento no estudo realizado pelas autoras, com maior aumento no domínio da perceção alternativa da situação. Tal resultado parece significar

que o cuidador, na 3ª etapa do processo de gestão do estresse, refletiu nas estratégias habitualmente utilizadas para a situação identificada por ele como difícil na prestação de cuidados e percebeu outras estratégias de *coping* mais adaptadas ao caso, parecendo revelar a capacidade de aprender e pôr em prática novas estratégias de *coping*⁽¹³⁾.

O resultado sobre o bem-estar do cuidador, na forma de sintomas depressivos, não foi avaliado em estudos publicados pelas autoras do programa. No entanto, esta é uma variável frequentemente usada nos estudos internacionais, na avaliação do efeito das intervenções sobre o bem-estar emocional do cuidador. A sua utilização neste estudo revelou tratar-se de uma variável sensível à intervenção de enfermagem. Assim, o resultado após a intervenção foi melhoria do bem-estar, à semelhança de estudo piloto realizado na Austrália⁽²⁴⁾. Acrescente-se que, na categoria afeto positivo, a diferença foi estatisticamente significativa, revelando que o cuidador melhorou a valorização pessoal e o sentimento de felicidade.

Apesar do número limitado de observações, os dados qualitativos deste estudo revelaram resultados que merecem reflexão e podem ajudar em estudos seguintes. A verbalização dos cuidadores sobre a ajuda da intervenção aplicada pelos enfermeiros encontra fundamento na opinião de autor⁽²⁵⁾, ao referir que os valores humanistas e os conhecimentos psicossociais que a enfermeira tem sobre a pessoa são fundamentais para compreender e conhecer o seu comportamento adaptativo ou inadequado e ajudá-la a utilizar a totalidade do seu potencial para encontrar a melhor qualidade de vida possível após intervenções promotoras de adaptação ao estresse.

A dificuldade apontada à implementação da intervenção pelos enfermeiros recai, sobretudo, sobre a falta de tempo para aplicação na prática diária, uma vez que a intervenção contemplava um encontro de pelo menos 30 minutos semanais, durante 5 semanas. Este dado é consistente com os dados de estudo⁽²⁶⁾ que salienta esse fator como resistência à aplicação duradoura de uma intervenção de enfermagem junto dos cuidadores.

O número crescente de situações de incapacidade decorrentes do envelhecimento da população suscita reflexão sobre os cuidadores familiares como elementos mediadores, os quais devem ser entendidos como recurso institucional e, dessa forma, importante para a continuidade dos cuidados. Para tal, o enfermeiro, ao assumir a maioria dos cuidados domiciliários⁽²⁷⁾, ajuda o cuidador familiar a prosseguir o seu papel social após uma intervenção, com base num programa, centrada no cuidador e nas suas dificuldades.

É fundamental, no que se refere à estrutura dos cuidados de enfermagem no domicílio, que, no tempo dedicado à visita do enfermeiro, seja formalmente contemplado o tempo para intervir junto do cuidador familiar, pois a investigação evidencia os benefícios para a díade cuidador/idoso cuidado.

CONCLUSÃO

Este estudo piloto avaliou a eficácia da intervenção de enfermagem estruturada com base num programa psicoeducativo de gestão do estresse associado ao *caregiving*. Mesmo com um número reduzido de participantes, os resultados estatísticos apontam para a melhoria da sobrecarga, do *coping* e do bem-estar do cuidador familiar após a intervenção, 2 meses após o início dos trabalhos.

A análise qualitativa revelou a necessidade de sintetizar a informação no caderno do cuidador e explorar com os enfermeiros novas estratégias de aplicação da intervenção. Também forneceu informação útil sobre a aceitação da intervenção. Assim, pôde-se concluir que os cuidadores familiares revelaram que a intervenção ajudou na aprendizagem de novas estratégias de *coping*, perspectivando a continuidade do seu papel. Por parte dos enfermeiros, a intervenção ajudou-os a conhecer as dificuldades do cuidador, facilitando a abordagem holística do cuidado centrado no cuidador e no idoso.

No futuro sugere-se um estudo com a inclusão de maior número de participantes e de grupo de controlo, para comparar os resultados entre o grupo experimental e o grupo controlo.

COLABORAÇÕES:

- 1 – concepção, projeto, análise e interpretação dos dados: Laura Maria Monteiro Viegas;
- 2 – redação do artigo, revisão crítica relevante do conteúdo intelectual: Laura Maria Monteiro Viegas, Ana Maria Alexandre Fernandes e Maria dos Anjos Pereira Lopes Fernandes Veiga;
- 3 – aprovação final da versão a ser publicada: Ana Maria Alexandre Fernandes e Maria dos Anjos Pereira Lopes Fernandes Veiga.

REFERÊNCIAS

1. Fernandes A. Saúde e doença e (r)evolução demográfica. In: Fonseca A, editors. **Envelhecimento, saúde, doença: novos desafios para a prestação de cuidados a idosos**. Lisboa: Coisas de Ler; 2014. p. 7-26.
2. Portugal. Instituto Nacional de Estatística. **Censos. Resultados definitivos. Região Norte Portugal - 2011** [Internet]. Lisboa; 2012 [cited 2017 Nov 19]. Available from: http://censos.ine.pt/xportal/xmain?xpid=CENSOS&xpgid=ine_censos_publicacao_det&contexto=pu&PUBLICACOESpub_boui=156638623&PUBLICACOESmodo=2&selTab=tab1&pcensos=61969554
3. Portugal. PORDATA. **Esperança de vida à nascença total e por sexo** [Internet]. Lisboa; Fundação Manuel do Santos [cited 2018 Abr 6]. Available from: <https://www.pordata.pt/Europa/Esperan%c3%a7a+de+vida+%c3%a0+nascen%c3%a7a+total+e+por+sexo-1260-209738>

4. Family Caregiver Alliance, editors. **Caregiver Assessment: Voices and Views from the Field**. Report from a National Consensus Development Conference. San Francisco: National Center on Caregiving at Family Caregiver Alliance; 2006.
5. Lage I, Araújo O. A construção discursiva do cuidado informal a idosos dependentes: percepções, constrangimentos e práticas. In: Fonseca A, editors. **Envelhecimento, saúde, doença: novos desafios para a prestação de cuidados a idosos**. Lisboa: Coisas de Ler; 2014. p. 219-62.
6. Morris TL, Edwards L. **Family Caregivers**. In: Lubkin I, Larsen P, editors. Chronic illness. Impact and interventions. 6nd ed. Sudbury (CAN): Jones and Bartlett Publishers; 2006. p. 253-84.
7. Williams L. **Theory of caregiving dynamics**. In: Smith M, Liehr P, editors. Middle range Theory for nursing. New York: Springer Publishing Company; 2008. p. 261-75.
8. Au A, Gallagher-Thompson D, Wong MK, Leung J, Chan WC, Chan CC, et al. **Behavioral activation for dementia caregivers: scheduling pleasant events and enhancing communications**. Clin Interv Aging. 2015 Mar;10:611-9.
9. Couto A, Hell C, Lemos I, Castro E. **Cuidado domiciliar sob ótica de idosos dependentes: contribuições para a enfermagem**. Rev baiana enferm. 2016 [cited 2017 Nov 29];30(4):1-12. Available from: DOI 10.18471/rbe.v30i4.16068
10. Steffen A, Gant JR, Gallagher-Thompson D. Reducing psychosocial distress in family caregivers. In: Gallagher-Thompson D, Steffen M, Thompson L, editors. **Handbook of behavioral and cognitive therapies with older adults**. New York: Springer Publishing Company; 2008. p.102-17.
11. Suhonen R, Välimäki M, Leino-Kilpi H. **A review of outcomes of individualized nursing interventions on adult paciente**. J Clin Nurs. 2008 Apr;17(7):843-60.
12. Zarit S. Assessment of family Caregivers: a research perspective. In: **Family Caregiver Alliance, editors. Caregiver assessment: principles, guidelines and strategies for change**. Report from a National Consensus Development Conference. San Francisco: National Center on Caregiving at Family Caregiver Alliance; 2006 (Vol. 2). p.12-37.
13. Lazarus RS, Folkman S. **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer; 1984.
14. De la Cuesta C. **Strategies for the relief of burden in advanced dementia care-giving**. J Adv Nurs. 2011 [cited 2017 Nov 20];67:1790-99. Available from: Doi.10.1111/j.1365-2648.2010.05607.x
15. 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: Institut Universitaire de Gériatrie de Montréal, Université de Montréal; 2008.
16. Sequeira C. **Difficulties, coping strategies, satisfaction and burden in informal Portuguese caregivers**. J Clin Nurs. 2013 Feb [cited 2017 Nov 25];22:491-500. Available from: Doi: 10.1111/jocn.12108
17. Brito ML. **A saúde mental dos prestadores de cuidados a familiares idosos** [dissertação]. Porto: Faculdade de Medicina, Universidade do Porto; 2000.

18. Carrilho da Cunha M. **Impacto positivo do acto de cuidar no cuidador informal do idoso: um estudo exploratório nos domicílios do Concelho de Gouveia** [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Psicologia, Universidade de Lisboa; 2011.
19. Costa A. **A família cuidadora perante a dependência do seu familiar idoso** [dissertação]. Lisboa: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa; 2012.
20. Pereira S. **Cuidar de idosos dependentes: a sobrecarga dos cuidadores familiares** [dissertação]. Braga: Universidade Católica Portuguesa; 2015.
21. Ory M, Yee J, Tennstedt S, Schulz R. The extent and Impact of dementia care: unique Challenges Experienced by Family Caregivers. In: Shultz R, editors. **Handbook on dementia Caregiving: Evidence Base Interventions for Family Caregivers**. New York: Springer Publishing Company; 2000. p. 1-32.
22. Ducharme F, Dubé V, Lévesque L, Saulnier D, Giroux F. **An online stress Management Training Program as a Supportive Nursing Intervention for Family Caregiver of an Elderly Person**. Canadian J Nurs Inform [serial on the internet]. 2011 [cited 2016 Aug 20];6(2). Available from: <http://cjni.net/journal/?p=1344>
23. Ducharme F, Lebel P, Lachance L, Trudeau D. **Implementation and effects of an individual stress management intervention for family caregivers of an elderly relative living home: a mixed research design**. Res Nurs Health. 2006;29:427-41.
24. Leone D, Carragher N, Santalucia Y, Draper B, Thompson LW, Shanley C, et al. **A pilot of an intervention delivered to Chinese-and Spanish-speaking carers of people with dementia in Australia**. Am J Alzheimers Dis Other Demen. 2014 Feb;29(1):32-7.
25. Watson J. Nursing. **The Philosophy and Science of Caring**. Boulder (CO): University Press of Colorado; 1985.
26. Ferré-Grau C, Sevilla-Casado M, Lleixá-Fortuño M, Aparicio-Casals MR, Cid-Buera D, Rodero-Sanchez V, et al. **Effectiveness of problem-solving technique in caring for Family caregivers: a clinical trial study in an urban area of Catalonia (Spain)**. J Clin Nurs. 2014 Jan;23(1-2):288-95.
27. Portugal. **Observatório Português dos Sistemas de Saúde. Relatório de Primavera 2015. Acesso aos cuidados de saúde. Um direito em risco?** [Internet]. Lisboa; 2015 [cited 2017 July 10]. Available from: <http://www.opss.pt/sites/opss.pt/files/RelatorioPrimavera2015.pdf>

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adesão à medicação 136, 138

Agressores 143

Atenção à saúde 28, 29, 30, 31, 32, 38, 39, 47, 48, 91, 93, 109, 112, 114, 130, 133, 134, 193, 194

Atenção primária 28, 29, 31, 32, 33, 35, 38, 40, 41, 43, 44, 50, 51, 52, 86, 88, 89, 90, 91, 94, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 125, 130, 133, 194

Atenção primária à saúde 29, 31, 33, 38, 40, 41, 44, 51, 52, 86, 89, 91, 94, 108, 110, 112, 113, 130

B

Bioética 1, 2, 5, 9, 11

C

Conhecimento 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 30, 31, 34, 38, 55, 56, 57, 58, 60, 62, 64, 67, 68, 69, 70, 87, 88, 89, 95, 96, 97, 98, 99, 102, 104, 105, 106, 133, 136, 138, 139, 140, 141, 150, 173, 177, 189, 190, 192

Cruz Vermelha Brasileira 13, 14, 15, 18, 26

Cuidadores 112, 153, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 167

D

Diabetes Mellitus 114, 115, 116, 120, 121, 122, 125, 126, 127, 128

Doenças sexualmente transmissíveis 130, 131, 133, 134

E

Educação em saúde 34, 97, 104, 123, 129, 130, 131, 133, 141, 195

Educação interprofissional 28, 29, 30, 31, 32, 33, 38

Enfermagem 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 20, 25, 26, 28, 31, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 81, 85, 86, 88, 89, 90, 93, 94, 95, 96, 97, 102, 106, 108, 110, 113, 117, 126, 128, 130, 132, 135, 138, 142, 153, 155, 156, 164, 165, 166, 168, 169, 172, 173, 176, 179, 181, 184, 185, 186, 188, 190, 192, 194, 195, 197, 203

Enfermagem na atenção primária à saúde 40

Enfermagem prática 64

Escultura 13, 16, 17, 18, 20, 21, 23, 25

Estratégia saúde da família 50, 96, 106, 108, 110, 111, 112, 134

Estresse 59, 73, 92, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 161, 163, 164, 165, 191, 195

Estudantes de enfermagem 59, 64, 65, 70

Ética 1, 2, 3, 5, 11, 59, 66, 98, 99, 118, 158, 168, 177, 178, 197

F

Família 3, 8, 10, 15, 29, 30, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41, 47, 48, 50, 51, 63, 90, 94, 96, 97, 104, 106, 108, 110, 111, 112, 130, 132, 133, 134, 153, 154, 163, 167, 168, 169, 173, 174, 176, 177, 179, 180, 181, 186, 190, 192, 193, 195, 197

Farmacologia 53, 54, 55, 56, 57, 61, 62

H

História da enfermagem 13

Hospitalização 67, 71, 108, 109, 110, 112, 113

I

Idoso 86, 153, 157, 158, 159, 160, 161, 164, 165, 167

L

Laceração perineal 72

M

Método Mãe Canguru 85, 88, 90

Minorias sexuais e de gênero 136, 138

N

Neurociência cognitiva 53, 56, 61, 62

P

Perfil do enfermeiro 143

Posição de parto 72, 74, 75, 76, 78, 80

Prematuridade 85, 88, 90, 92

Pré-natal 84, 85, 86, 88, 89, 90, 91, 92, 132, 151, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196

Prevenção e controle 9, 130, 141, 145

Profilaxia pré-exposição 135, 136, 137, 138, 141, 142

Promoção da saúde 8, 33, 47, 90, 91, 112, 114, 133, 163, 173, 174, 184

Q

Qualidade de vida 34, 47, 73, 80, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 152, 164, 173

R

Recursos humanos em saúde 28, 39

Resiliência psicológica 114

S

Saúde da criança 84, 90, 91, 92, 108, 109, 110, 111, 112

Saúde materna 72, 73, 79, 80, 81, 172, 203

Saúde suplementar 40, 41, 42, 43, 44, 45, 48, 49, 50, 51, 52

T

Trabalho de parto 72, 73, 74, 77, 78, 80, 81

Trauma perineal 72, 73, 74, 76, 78, 79, 80, 81

V

Vacinação 34, 96, 97, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 171, 176

Violência sexual 143

The nursing profession

in the

XXI CENTURY

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 


Ano 2022

The nursing profession

in the

XXI CENTURY

www.atenaeditora.com.br 

contato@atenaeditora.com.br 

[@atenaeditora](https://www.instagram.com/atenaeditora) 

www.facebook.com/atenaeditora.com.br 


Ano 2022