

**MESTRADO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, NA ÁREA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE
COMUNITÁRIA E DE SAÚDE PÚBLICA**

**Cuidar de quem Cuida: Diagnóstico e
Intervenção em Enfermagem Comunitária e
Saúde Pública.**

Rute Carina Batista Jordão
2026



**Mestrado em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e
Saúde Pública**

**“Cuidar de quem Cuida: Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem Comunitária e Saúde
Pública.”**

Elaborado por:

Rute Carina Batista Jordão

Orientado pela:

Professora Doutora Paula Agostinho

Barcarena, março 2026

“O autor é o único responsável pelas ideias expressas neste relatório.”

“Há apenas quatro tipos de pessoas no mundo: aqueles que foram cuidadores, aqueles que são cuidadores atualmente, aqueles que serão cuidadores e aqueles que irão precisar de um cuidador.”

Rosalynn Carter

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à minha família, pelo amor, paciência e apoio incondicional em todos os momentos desta jornada académica.

A todos os docentes e colegas que, com orientação, incentivo e partilha de conhecimento, contribuíram para o meu crescimento pessoal e académico.

Aos cuidadores formais, cujo trabalho silencioso e dedicado torna o cuidado e o bem-estar dos outros uma realidade diária.

AGRADECIMENTOS

A realização deste Relatório do Estágio de Natureza Profissional representa o culminar de um percurso exigente, apenas possível graças ao apoio e colaboração de várias pessoas, a quem deixo o meu sincero agradecimento.

Em primeiro lugar, à minha família, pelo apoio incondicional, compreensão e paciência demonstrados ao longo de todo este percurso. O vosso incentivo constante, presença e confiança foram fundamentais para que conseguisse manter a motivação e ultrapassar os momentos mais exigentes desta caminhada.

À Professora Paula Agostinho, expresso o meu profundo agradecimento pela disponibilidade, orientação, rigor científico e partilha de conhecimento. A sua orientação foi determinante para o desenvolvimento deste trabalho, contribuindo de forma decisiva para o meu crescimento académico e profissional.

Às Enfermeiras Especialistas Fátima Fernandes e Rita Mota, agradeço o acolhimento, a partilha de experiências e o apoio demonstrado ao longo dos estágios, essenciais para a consolidação de competências e a articulação entre teoria e prática.

Aos colegas de mestrado, agradeço o espírito de entreajuda e a partilha de saberes, com um agradecimento especial à Cátia Sampaio pela amizade, companheirismo e apoio constante.

Por fim, a todos os que contribuíram, direta ou indiretamente, para a concretização deste trabalho, deixo o meu sincero reconhecimento e gratidão.

RESUMO

Introdução: O envelhecimento demográfico tem vindo a acentuar-se, originando um aumento da procura por cuidados de longa duração e exigindo a adaptação das respostas sociais e de saúde. As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (ERPI) assumem um papel central neste contexto, sustentadas por cuidadores formais que enfrentam exigências físicas, emocionais e organizacionais significativas, potenciadoras de sobrecarga e com impacto na qualidade dos cuidados prestados. Neste âmbito, foi desenvolvido o projeto de intervenção “Cuidar de quem Cuida: Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública”, com o objetivo de identificar os níveis de sobrecarga dos cuidadores formais em contexto de ERPI. **Metodologia:** O estudo baseou-se na metodologia do planeamento em saúde proposta por Imperatori e Giraldes (1993). Foi realizada uma revisão sistemática da literatura para enquadramento conceptual e teórico. A recolha de dados decorreu através de um questionário de caracterização sociodemográfica e profissional e da aplicação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit, validada para a população portuguesa. **Resultados:** A amostra foi constituída por 30 cuidadores formais. A análise estatística descritiva e inferencial, efetuada com recurso ao software IBM SPSS Statistics 30, revelou que 67% dos participantes apresentavam sobrecarga, dos quais 37% com intensidade elevada. Foram identificados os diagnósticos de enfermagem: “Risco de capacidade comprometida para cuidar”, “Exaustão relacionada com a prestação de cuidados” e “Desempenho de papel comprometido”. **Conclusão:** O diagnóstico realizado permitiu identificar a magnitude da sobrecarga experienciada pelos cuidadores formais, evidenciando a influência das condições de trabalho no seu bem-estar. O projeto contribuiu para o desenvolvimento das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, reforçando o seu papel na promoção da saúde ocupacional e na intervenção junto de grupos profissionais vulneráveis.

Palavras-Chave: cuidador formal; enfermagem; estruturas residenciais para pessoas idosas; promoção da saúde; sobrecarga.

ABSTRACT

Introduction: Demographic aging has been becoming more pronounced, leading to an increased demand for long-term care and requiring adaptations in social and health services. Residential Structures for the Elderly (ERPI) play a central role in this context, supported by formal caregivers who face significant physical, emotional, and organizational demands, potentially leading to overload and impacting the quality of care provided. Within this framework, the intervention project "Caring for the Caregiver: Diagnosis and Intervention in Community Nursing and Public Health" was developed with the objective of identifying the levels of overload experienced by formal caregivers in ERPI settings.

Methodology: The study was based on the health planning methodology proposed by Imperatori and Giraldes (1993). A systematic literature review was conducted for conceptual and theoretical framing. Data collection was carried out using a sociodemographic and professional characterization questionnaire and the application of the Zarit Caregiver Burden Scale, validated for the Portuguese population. **Results:** The sample consisted of 30 formal caregivers. Descriptive and inferential statistical analysis, performed using IBM SPSS Statistics 30 software, the results revealed that 67% of participants presented with overload, of which 37% experienced high intensity. The following nursing diagnoses were identified: "Risk of compromised capacity to care," "Caregiving burnout," and "Compromised role performance." **Conclusion:** The diagnosis allowed us to identify the magnitude of the overload experienced by formal caregivers, highlighting the influence of working conditions on their well-being. The project contributed to the development of the competencies of the Specialist Nurse in Community and Public Health Nursing, reinforcing their role in promoting occupational health and intervening with vulnerable professional groups.

Keywords: formal caregiver; nursing; residential facilities for the elderly; health promotion; overload.

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

APA - American Psychological Association

BI-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS - Direção-Geral da Saúde

DP - Desvio Padrão

ECSP - Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública

ERPI - Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESSATLA - Escola Superior Saúde Atlântica

INE - Instituto Nacional de Estatística

ODS - Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

RGPD - Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCC - Unidade de Cuidados na Comunidade

UCSP - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

ZBI - Zarit Burden Interview

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	21
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL	24
1.1. Enquadramento conceptual	24
1.1.1. Sobrecarga dos Cuidadores Formais	24
1.1.2. Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas	25
1.1.3. Promoção da Saúde	27
1.2. Referencial teórico.....	28
1.2.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender	28
1.2.2. Teoria do Conforto de Kolcaba.....	29
1.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.....	30
2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE.....	32
2.1. Diagnóstico da situação	32
2.1.1. Contextualização do local de intervenção	33
2.1.2. População, amostra e critérios de inclusão	35
2.1.3. Recursos/orçamento.....	36
2.1.4. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados	36
2.1.5. Procedimentos de análise de dados	37
2.1.6. Apresentação e análise dos resultados.....	38
2.1.7. Problemas identificados e respetivos diagnósticos de Enfermagem.....	47
2.1.8. Considerações éticas.....	48
2.2. Definição de prioridades	49

2.3. Definição de objetivos	52
2.4. Seleção de estratégias	54
2.5. Preparação e execução do projeto	56
2.6. Avaliação do projeto	58
3. ANÁLISE E REFLEXÃO	62
3.1. Discussão dos resultados	62
3.2. Limitações do projeto	64
3.3. Competências adquiridas	65
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	72
ANEXOS	i
ANEXO I - Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit.....	ii
ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética	iv
APÊNDICES	vi
APÊNDICE I - Cronograma de Atividades.....	vii
APÊNDICE II - Questionário de Caracterização Sociodemográfica e Profissional	ix
APÊNDICE III - Consentimento Informado.....	xii
APÊNDICE IV - Termo de Responsabilidade para Garantia de Confidencialidade dos Dados e Cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados	xv
APÊNDICE V - Pedido de parecer à Comissão de Ética	xvii
APÊNDICE VI - Pedido autorização ERPI	xix
APÊNDICE VII - Plano de Sessão	xxi

APÊNDICE VIII - Folheto informativo	xxiv
APÊNDICE IX - Sessão de Educação para a Saúde	xxvii
APÊNDICE X - Questionário de Avaliação Pós-Sessão	xxxi
APÊNDICE XI – Questionário de avaliação da formação pelo formando.....	xxxiv
Apêndice XII – Registos de dados de avaliação do questionário pós sessão de educação para a saúde	xxxvi
Apêndice XIII - Registos de dados de avaliação da formação pelos formandos.....	xxxviii

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra por sexo	38
Tabela 2 - Distribuição sociodemográfica da amostra.....	40
Tabela 3 - Coeficiente de Alpha de Cronbach da Escala de Zarit	41
Tabela 4 - Análise descritiva da sobrecarga dos cuidadores formais, por itens da escala de Zarit	42
Tabela 5 - Correlação entre as variáveis sociodemográficas com a sobrecarga dos cuidadores formais	45
Tabela 6 - Problemas identificados e respectivos diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE®	47
Tabela 7 - Priorização dos Problemas Identificados.....	50
Tabela 8 - Objetivos, estratégias, atividades desenvolvidas e os indicadores.	56
Tabela 9 - Indicadores de atividade e indicadores de resultado.....	59

INDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária	39
Gráfico 2 - Níveis de Sobrecarga dos Cuidadores Formais	43

INTRODUÇÃO

O presente Relatório de Estágio foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissional com Relatório, inserida no plano de estudos do 2.º Curso do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública, da Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA). Este Relatório de Estágio tem como objetivo descrever, analisar e refletir criticamente sobre o percurso formativo desenvolvido no âmbito do projeto individual de estágio, evidenciando a aquisição, desenvolvimento e consolidação das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, de acordo com o perfil de competências definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE). Este documento permite demonstrar a capacidade do enfermeiro para identificar necessidades e problemas prioritários em contexto comunitário, planejar estrategicamente intervenções ajustadas à população-alvo e implementar cuidados sustentados na melhor evidência científica disponível. Simultaneamente, o relatório possibilita a análise e avaliação dos resultados das intervenções desenvolvidas, refletindo sobre os ganhos em saúde obtidos e sobre os processos de melhoria contínua. Constitui, assim, um instrumento académico e profissional que integra conhecimento científico, prática clínica e capacidade reflexiva, comprovando a aptidão do enfermeiro especialista para intervir de forma autónoma, crítica e orientada para a promoção da saúde e para a melhoria dos indicadores de saúde da comunidade.

O percurso de estágio decorreu em dois contextos distintos e complementares, organizados de forma sequencial, de acordo com o cronograma de atividades, o qual se encontra apresentado no Apêndice I. Numa primeira fase, foi realizado estágio numa Unidade de Saúde Pública (USP), com enfoque no diagnóstico de situação em saúde, na análise dos determinantes sociais da saúde e na identificação das necessidades prioritárias da comunidade, permitindo o desenvolvimento de competências no domínio da vigilância epidemiológica, do planeamento em saúde e da tomada de decisão baseada na evidência científica. Numa segunda fase, o estágio decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), contexto privilegiado para a implementação e avaliação de intervenções de enfermagem comunitária orientadas para a promoção da saúde, prevenção da doença e capacitação de grupos vulneráveis, nomeadamente cuidadores formais em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI). Este percurso formativo possibilitou uma abordagem integrada, contínua e coerente entre as etapas de diagnóstico, planeamento, intervenção e avaliação.

O envelhecimento demográfico constitui um fenómeno marcante da sociedade contemporânea, refletindo-se no aumento significativo da população idosa e na crescente procura por respostas sociais e de saúde adequadas (INE, 2024). As Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas assumem, neste

contexto, um papel central na prestação de cuidados e na promoção do bem-estar. De acordo com Oliveira e colaboradores (2023), a exigência inerente à prestação contínua de cuidados expõe os cuidadores formais a elevados níveis de exigência física, emocional e organizacional, potenciando situações de sobrecarga, com impacto negativo na sua saúde, bem-estar e na qualidade dos cuidados prestados.

Neste enquadramento, a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública revela-se fundamental, dada a sua responsabilidade na avaliação das necessidades de saúde das populações, identificação de fatores de risco psicossociais, planeamento e implementação de intervenções promotoras da saúde e criação de ambientes saudáveis. A sua atuação, assente nos princípios da equidade, participação comunitária, empoderamento e continuidade dos cuidados, contribui para a promoção da saúde e prevenção de situações de desgaste profissional, reforçando a importância de cuidar de quem cuida enquanto prioridade em saúde pública (OE, 2018).

O desenvolvimento do projeto de estágio foi norteado pelo Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, que sustenta a capacitação dos indivíduos e grupos para a adoção de comportamentos promotores de saúde, considerando a influência dos fatores pessoais, interpessoais e situacionais (Pender et al., 2015). Complementarmente, a Teoria do Conforto de Kolcaba constituiu um referencial orientador da prática de enfermagem, valorizando o conforto nas suas dimensões física, psicoespiritual, sociocultural e ambiental, enquanto resultado sensível às intervenções do enfermeiro especialista, particularmente relevante no contexto da saúde no trabalho dos cuidadores formais (Kolcaba, 1994).

Esta abordagem encontra-se alinhada com o Plano Nacional de Saúde 2021–2030, que define como eixos estratégicos a promoção da saúde e do bem-estar, a redução das desigualdades e a criação de ambientes promotores de saúde, incluindo os contextos de trabalho, reforçando o contributo do enfermeiro especialista para a concretização das políticas de saúde pública (DGS, 2025).

A estrutura do presente relatório foi delineada de forma a proporcionar uma compreensão progressiva e sistemática da temática em estudo, iniciando-se com a fundamentação teórica, onde são apresentados os conceitos centrais, sobrecarga do cuidador, Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, promoção da saúde, assim como os referenciais teóricos que suportaram o projeto, sustentados na evidência científica atual. Segue-se a descrição da metodologia adotada, a metodologia de planeamento em saúde proposta por Imperatori e Giraldes (1993), a apresentação e discussão dos resultados e, por fim, as conclusões e recomendações para a prática da enfermagem comunitária e para futuras investigações.

A redação do relatório respeita as normas de elaboração e apresentação da dissertação/trabalho de projeto/relatório final de estágio da ESSATLA (2023), de acordo com as normas da American Psychological Association (APA), 7.^a edição.

O relatório foi orientado pelas recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos mestrados em enfermagem, documento normativo da Ordem dos Enfermeiros que estabelece os critérios, estrutura e objetivos esperados para os relatórios de estágio nos mestrados de enfermagem que conduzem à obtenção do título profissional de Enfermeiro Especialista (OE, 2021b).

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

1.1. Enquadramento conceptual

Com a finalidade de fornecer suporte teórico à investigação em desenvolvimento, este capítulo dedica-se à análise dos conceitos centrais para a compreensão do objeto de estudo. Inicialmente, será explorado o conceito de sobrecarga, com particular enfoque nos cuidadores formais. Seguidamente, aborda-se o conceito de população em ERPI, reconhecida como grupo em situação de vulnerabilidade e a abordagem do conceito de promoção da saúde, enquanto eixo estruturante da intervenção em Enfermagem Comunitária.

A investigação é um pilar fundamental para o avanço da enfermagem enquanto disciplina e prática profissional, contribuindo para a produção de conhecimento que sustenta a tomada de decisões clínicas e a qualidade dos cuidados. Estudos na área destacam que a investigação tem evoluído para ocupar um lugar legítimo nas ciências da saúde, exigindo abordagens diversificadas e a comunicação efetiva dos resultados científicos para influenciar práticas e políticas de saúde (Sousa et al., 2022).

1.1.1. Sobrecarga dos Cuidadores Formais

O cuidador formal é definido como o profissional contratado para assegurar cuidados diretos e continuados a pessoas em situação de dependência, dispondo de formação específica para o exercício destas funções. A sua intervenção ocorre em contexto profissional, sendo remunerado pelo trabalho que desenvolve (Guerra et al., 2019). Este enquadramento distingue-o do cuidador informal, na medida em que integra uma estrutura organizacional, atua segundo normas e protocolos institucionais e assume responsabilidades legais e éticas inerentes ao exercício profissional.

De acordo com a estrutura organizacional das instituições, este papel pode ser desempenhado por enfermeiros, assistentes operacionais ou técnicos auxiliares de saúde, entre outros profissionais da equipa multidisciplinar. As suas funções incluem cuidados de higiene e conforto, apoio na alimentação e hidratação, mobilização e posicionamento, administração de medicação conforme prescrição, vigilância de sinais e sintomas, acompanhamento a consultas e exames, bem como apoio emocional à pessoa idosa e à sua família. Para além das competências técnicas e procedimentais, exige-se destes profissionais capacidade de comunicação eficaz, empatia, gestão de emoções, trabalho em equipa e tomada de decisão em contextos frequentemente exigentes e imprevisíveis (Sousa, 2020).

No contexto das Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas, os cuidadores formais prestam cuidados a pessoas com elevados níveis de dependência funcional, múltiplas patologias crónicas e, muitas vezes,

compromisso cognitivo (Sousa et al., 2024). O aumento gradual da complexidade das condições de saúde, aliado ao envelhecimento da população, acarreta um acréscimo das exigências físicas e emocionais para os profissionais. Acresce que, frequentemente, se verificam rácios insuficientes de recursos humanos, sobrecarga de turnos, acumulação de atividades e limitação de tempo para a prestação de cuidados individualizados. A insuficiência de apoio emocional ou partilha de experiências contribui igualmente para o desgaste progressivo destes profissionais (Martins et al., 2019).

De acordo com Quaresma (2018), a sobrecarga do cuidador formal diz respeito à perceção de acumulação excessiva de responsabilidades e exigências inerentes ao exercício da função, que excedem a capacidade e os recursos disponíveis para lhes dar resposta. Trata-se, portanto, de um fenómeno multifatorial, que resulta da interação entre fatores individuais, organizacionais e contextuais. Esta sobrecarga pode assumir uma dimensão objetiva, associada ao volume, intensidade e complexidade dos cuidados prestados, bem como ao número de clientes atribuídos por profissional, ou uma dimensão subjetiva, relacionada com a vivência individual de stress, cansaço, frustração e insatisfação profissional.

A literatura evidencia que a exposição prolongada a níveis elevados de exigência, associada a baixos níveis de reconhecimento profissional e suporte organizacional, potencia o desenvolvimento de sintomatologia associada ao stress profissional. Encontra-se frequentemente associada a manifestações de burnout, desmotivação, absentismo e abandono da profissão, afetando não apenas o bem-estar físico e psicológico do cuidador, mas também a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à população idosa (Vieira, 2021). Profissionais em situação de sobrecarga tendem a apresentar menor capacidade de concentração, maior irritabilidade e diminuição da satisfação profissional, fatores que podem comprometer a relação terapêutica e aumentar o risco de erros na prestação de cuidados.

Deste modo, a sobrecarga dos cuidadores formais assume relevância não apenas ao nível individual, mas também organizacional e social, exigindo estratégias de prevenção e intervenção que promovam ambientes de trabalho saudáveis, adequados rácios de profissionais, formação contínua e suporte emocional estruturado. A identificação precoce de sinais de sobrecarga constitui um passo essencial para a implementação de medidas que salvaguardem a saúde dos profissionais e assegurem cuidados de qualidade às pessoas idosas institucionalizadas (Ribeiro, 2019).

1.1.2. Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas

O envelhecimento da população constitui uma tendência global, contínua e irreversível, resultante do aumento da esperança média de vida e da diminuição da taxa de natalidade. Este fenómeno

demográfico traduz-se numa transformação profunda da estrutura etária da sociedade, com um aumento expressivo da proporção de pessoas idosas e uma redução relativa da população em idade ativa. Atualmente, verifica-se um envelhecimento progressivo da sociedade, acompanhado por uma maior incidência de doenças crónicas e de situações de multimorbilidade, fenómeno que tem impacto direto nas estruturas demográficas, sociais e económicas, bem como nos sistemas de saúde das sociedades contemporâneas. Em Portugal, dados do Instituto Nacional de Estatística (2024) indicam que mais de 23% da população tem 65 ou mais anos, estimando-se que esta proporção continue a aumentar nas próximas décadas, reforçando os desafios associados à sustentabilidade das respostas sociais e de saúde.

As alterações associadas ao envelhecimento manifestam-se em múltiplas dimensões, psicológica, física, emocional, cognitiva, social, económica e relacional, podendo comprometer a autonomia e a capacidade funcional da pessoa idosa. O declínio progressivo das capacidades físicas e cognitivas, associado à presença de doença crónica, fragilidade e dependência funcional, conduz frequentemente à necessidade de apoio por parte de alguém que assegure cuidados continuados, o cuidador (Lu et al., 2021; OMS, 2020a, 2021c). Para além das limitações individuais, fatores como o isolamento social, a redução das redes de suporte familiar e as mudanças nos modelos familiares tradicionais contribuem para uma maior procura de respostas formais de apoio.

Neste contexto, o aumento da população idosa tem originado uma maior procura de cuidados de longa duração, assumindo particular destaque as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas (Barreira, 2025). Estas respostas sociais surgem como alternativa quando a permanência no domicílio deixa de ser viável ou segura, quer por agravamento do estado de saúde, quer por ausência de suporte familiar adequado.

As ERPI destinam-se ao acolhimento de pessoas idosas que, por motivos de saúde, solidão ou limitações no contexto sociofamiliar, não reúnem condições para permanecer no domicílio. A sua missão consiste em garantir a satisfação das necessidades básicas, a segurança e o bem-estar dos residentes, salvaguardando a dignidade da pessoa, o respeito pelos direitos individuais e a máxima autonomia possível (Portaria n.º 67/2012, artigo 3.º). Estas instituições desempenham, assim, um papel central na resposta às necessidades básicas e de saúde da população idosa, assegurando cuidados de natureza preventiva, curativa, reabilitadora e paliativa, bem como apoio psicossocial.

O funcionamento das ERPI pressupõe a intervenção de equipas multiprofissionais, nas quais os cuidadores formais assumem um papel fundamental e contínuo, mobilizando competências essenciais para assegurar a qualidade de vida dos residentes. Neste âmbito, os cuidadores formais desempenham um papel fundamental e contínuo, dado que permanecem em contacto direto e diário com os

residentes, mobilizando competências técnicas e relacionais essenciais para assegurar a qualidade de vida e a humanização dos cuidados. Contudo, a crescente complexidade dos cuidados prestados, associada ao aumento do número de clientes e à maior dependência funcional dos mesmos, tem contribuído para níveis elevados de exigência física, emocional e psicológica. Esta realidade potencia situações de sobrecarga e desgaste profissional (Oliveira, 2023; Pires, 2023).

Frequentemente sujeitos a horários prolongados, trabalho por turnos, escassez de recursos humanos e materiais, bem como a constantes desafios emocionais decorrentes do contacto com o sofrimento, a dependência e a morte, os cuidadores formais encontram-se particularmente vulneráveis ao desenvolvimento de stress e burnout (Id, 2020; Rice & Gérain, 2019). A exposição contínua a estas condições pode comprometer a saúde física e mental dos profissionais, afetando a motivação, a satisfação profissional e a qualidade dos cuidados prestados. Torna-se, por isso, fundamental promover condições de trabalho adequadas, estratégias de suporte organizacional e intervenções de promoção da saúde ocupacional, de modo a salvaguardar o bem-estar destes profissionais e a garantir cuidados seguros e de qualidade à população idosa institucionalizada.

1.1.3. Promoção da Saúde

A promoção da saúde é um processo orientado para capacitar indivíduos e comunidades, permitindo-lhes aumentar o controlo sobre a sua saúde e melhorar a sua qualidade de vida. Este processo envolve intervenções em múltiplas áreas, incluindo educação para a saúde, políticas públicas, criação de ambientes favoráveis à saúde, apoio social e envolvimento comunitário, com o objetivo de otimizar as condições sociais, ambientais e pessoais que influenciam a saúde (OMS, 2020).

A definição proposta evidencia que a promoção da saúde transcende a mera prevenção de doenças, assumindo um carácter abrangente que engloba a melhoria das condições de vida, a redução das desigualdades sociais e a capacitação dos indivíduos para a adoção de escolhas de vida mais saudáveis. Trata-se, assim, de uma abordagem orientada pela equidade, acessibilidade e participação ativa dos cidadãos (Laverack, 2008; OMS, 1986).

Na esfera da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, a promoção da saúde constitui um eixo estruturante. Esta disciplina define-se como um processo dinâmico que visa capacitar indivíduos e grupos para aumentarem o controlo sobre os determinantes da sua saúde, promovendo comportamentos que favoreçam o bem-estar e a qualidade de vida (Laverack, 2008; OMS, 2021a).

Quando aplicada ao ambiente de trabalho, a promoção da saúde envolve a criação de ambientes de trabalho saudáveis, o reforço do apoio social, o desenvolvimento de competências de gestão da sobrecarga e a implementação de estratégias que facilitem a adoção de comportamentos promotores

de saúde. Neste contexto, fatores como cansaço acumulado, falta de tempo e défices de reconhecimento podem constituir barreiras à mudança, enquanto o apoio entre pares, o incentivo institucional e a implementação de programas de bem-estar funcionam como facilitadores (Martins, 2016; Pender et al., 2015).

A intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública assume, neste enquadramento, um papel central, integrando os princípios de equidade, participação e empoderamento na conceção e implementação de estratégias promotoras de saúde em contextos institucionais. Ao promover a saúde dos cuidadores formais, contribui-se não apenas para a melhoria do seu bem-estar individual, mas também para a qualidade dos cuidados prestados e para a sustentabilidade das respostas institucionais dirigidas à população idosa (Graça & Mestre, 2025).

1.2. Referencial teórico

As teorias de enfermagem são um pilar essencial para a compreensão da prática de cuidados, permitindo um exercício profissional fundamentado, rigoroso e sustentado em evidência científica e em referenciais teóricos. A atuação do enfermeiro deve assentar numa busca constante de prestar o melhor cuidado face aos desafios quotidianos da profissão, reconhecendo e valorizando sempre as necessidades do outro, seja este indivíduo, grupo ou comunidade (OE, 2015).

1.2.1. Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

A Teoria da Promoção da Saúde, proposta por Nola Pender, constitui um referencial teórico relevante para a compreensão e intervenção na sobrecarga dos cuidadores formais em ERPI. Focando-se na promoção de comportamentos saudáveis e na prevenção da doença, esta teoria identifica os fatores que influenciam a motivação individual para a adoção de estilos de vida mais saudáveis. Embora tenha sido originalmente concebida para o indivíduo em geral, os seus princípios são aplicáveis de forma direta ao contexto dos profissionais de saúde, particularmente aos cuidadores formais, que enfrentam diariamente exigências físicas e emocionais significativas no cuidado de pessoas idosas em situação de dependência (Parker, 2010; Smith, 2015).

A sobrecarga experienciada por estes cuidadores manifesta-se frequentemente através de sinais de fadiga, ansiedade, stress e burnout, situações estas muitas vezes associadas a ritmos de trabalho intensos, insuficiência de recursos humanos e limitada valorização institucional (Soares, 2025). Segundo Nola Pender, os comportamentos de promoção da saúde são influenciados por experiências anteriores, características individuais, fatores ambientais e suporte social. Neste sentido, a teoria

fornece um quadro conceptual que permite identificar barreiras e motivações internas que influenciam a adoção de práticas de autocuidado pelos cuidadores formais (Parker, 2010; Smith, 2015).

Entre os fatores que dificultam este processo destacam-se a exaustão acumulada, a escassez de tempo, a falta de reconhecimento e a inexistência de espaços adequados para momentos de pausa, os quais podem diminuir a percepção dos benefícios do autocuidado. Em contrapartida, estratégias como o apoio entre colegas, o incentivo da liderança, a implementação de programas de promoção do bem-estar no local de trabalho e a formação em técnicas de gestão do stress podem atuar como facilitadores, fortalecendo a motivação intrínseca para a prática do autocuidado (Martins, 2016).

Deste modo, a teoria de Nola Pender pode servir como um referencial orientador para a implementação de intervenções práticas em ERPI, tais como programas regulares de promoção da saúde mental, pausas ativas ao longo dos turnos, sessões de relaxamento ou momentos de partilha entre cuidadores. Estas iniciativas contribuem não apenas para atenuar a sobrecarga física e emocional, mas também para fomentar um ambiente organizacional mais saudável, colaborativo e centrado no bem-estar dos profissionais de cuidados (Pender et al., 2015).

Segundo Pender e colaboradores (2015), a promoção da saúde transcende a mera prevenção da doença, sublinhando a importância de estimular comportamentos saudáveis e de promover o desenvolvimento humano em todas as suas dimensões.

1.2.2. Teoria do Conforto de Kolcaba

Apesar do modelo de Nola Pender oferecer uma perspetiva valiosa para entender esta temática, revela-se pertinente complementar esta abordagem com o referencial teórico proposto por Katharine Kolcaba, a Teoria do Conforto. Esta teoria de enfermagem enfatiza a importância do conforto como condição essencial para o bem-estar, particularmente em contextos de prestação de cuidados. Segundo Kolcaba, o conforto pode ser conceptualizado em três modalidades principais: alívio (redução de desconfortos físicos e emocionais), tranquilidade (experiência de serenidade e calma) e transcendência (capacidade de ultrapassar dificuldades e sofrimento). Estas dimensões manifestam-se ao nível de quatro aspetos da experiência humana: físico, psicoespiritual, sociocultural e ambiental (Kolcaba, 1994; Smith, 2015).

Nas ERPI, os cuidadores formais enfrentam uma sobrecarga relevante, resultante da intensidade e complexidade dos cuidados prestados, das exigências emocionais inerentes ao cuidado prolongado e, frequentemente, de condições laborais desfavoráveis. Esta sobrecarga traduz-se num desconforto multidimensional, que afeta o bem-estar físico, psicológico, social e ambiental dos profissionais, sendo

muitas vezes exacerbada por ambientes institucionais nem sempre adequados ou acolhedores (Pires, 2023).

A utilização da Teoria do Conforto (Kolcaba, 1994) neste contexto fornece um quadro estruturado para identificar e reduzir os desconfortos experienciados pelos cuidadores formais. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública pode recorrer a este referencial para avaliar os níveis de conforto, identificar as áreas mais afetadas pela sobrecarga e planejar intervenções direcionadas. Estas ações podem incluir a instituição de pausas regulares durante os turnos, a constituição de grupos de apoio emocional, a otimização das condições físicas do local de trabalho e a promoção do reconhecimento profissional.

Ao considerar o conforto como resultado central do ato de cuidar, a Teoria de Kolcaba contribui para a humanização do ambiente institucional e para a promoção da saúde e do bem-estar dos cuidadores formais. Esta perspetiva não apenas preserva a integridade física e emocional dos profissionais, como também potencia a qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas institucionalizadas, uma vez que cuidadores valorizados e reconhecidos tendem a desempenhar as suas funções com maior motivação e eficácia (Pires, 2023).

A integração destas duas teorias proporciona uma perspetiva abrangente sobre o cuidado. Enquanto Nola Pender se foca na promoção de estilos de vida saudáveis e no fortalecimento dos cuidadores para lidar com o stress e os desafios do dia a dia, Kolcaba destaca a importância de garantir conforto e bem-estar nas diversas dimensões da experiência do cuidador. A conjugação destes referenciais teóricos permite um cuidado de enfermagem mais holístico e eficaz, capaz de reduzir a sobrecarga, proteger a saúde física e emocional dos cuidadores formais e, consequentemente, melhorar a qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas institucionalizadas em ERPI (Parker, 2010; Smith, 2015).

1.3. Intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública

O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública assume uma responsabilidade essencial no planeamento, implementação e avaliação de intervenções. As competências requeridas estão definidas nos Regulamentos n.º 140/2019 e n.º 428/2018 da OE, que estabelecem as competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, servindo como referencial orientador para a condução e supervisão de todo o percurso formativo. Segundo o Regulamento n.º 428/2018 da OE, compete ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública realizar, com base em metodologias de planeamento em saúde, o diagnóstico de saúde da comunidade, promover a capacitação de grupos e comunidades, coordenar programas de

saúde de âmbito comunitário em consonância com os objetivos do Plano Nacional de Saúde e participar ativamente na vigilância epidemiológica.

A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública configura-se, assim, como um agente facilitador de mudanças sustentáveis, combinando o rigor científico, a abordagem relacional e a intervenção comunitária fundamentada em evidência. O reconhecimento do cuidador formal como elemento fundamental da equipa de cuidados encontra-se em consonância com os princípios da saúde pública, que defendem ambientes de trabalho saudáveis, justos e centrados no bem-estar dos profissionais. Neste enquadramento, o Enfermeiro Especialista atua de forma estratégica, detendo competências para realizar diagnósticos de situação, detetar precocemente sinais de exaustão profissional, mobilizar recursos institucionais e comunitários e desenvolver intervenções direcionadas aos determinantes sociais da sobrecarga, como horários prolongados, insuficiente apoio e escassa valorização profissional (OE, 2018). Ao reconhecer os cuidadores formais como elementos essenciais à continuidade dos cuidados e ao promover ambientes de trabalho mais justos e humanizados, o Enfermeiro Especialista contribui para reforçar a motivação, aumentar a confiança nas competências próprias e elevar a qualidade dos cuidados prestados. Simultaneamente, garante a proteção da saúde física, emocional e psicológica destes profissionais, que diariamente proporcionam respostas adequadas às necessidades das populações mais vulneráveis.

A intervenção do Enfermeiro Especialista deve ser pautada por princípios éticos e deontológicos, assegurando práticas responsáveis, humanizadas e respeitadoras da dignidade dos cuidadores formais, conforme o Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2009).

O Plano Nacional de Saúde 2021–2030 prioriza ambientes de trabalho saudáveis e a proteção da saúde mental dos profissionais, reconhecendo o impacto das condições de trabalho no bem-estar e na qualidade dos cuidados. Estes princípios estão alinhados com a atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, focada na capacitação profissional, prevenção da sobrecarga e promoção de ganhos em saúde sustentáveis (DGS, 2025).

De forma complementar, o Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública (Regulamento n.º 348/2015) explicita um conjunto de competências que reforçam o papel estratégico do enfermeiro especialista na transformação dos contextos de saúde. Ao enfatizar a compreensão aprofundada dos determinantes de saúde, a identificação de necessidades comunitárias e o desenvolvimento de projetos geradores de ganhos em saúde, o regulamento sustenta uma prática orientada para a qualidade, integração e adequação dos cuidados.

2. METODOLOGIA DO PLANEAMENTO EM SAÚDE

O presente estudo adota a metodologia de planeamento em saúde proposta por Imperatori e Giraldes (1993), que assenta numa abordagem estruturada e sistemática para identificar problemas de saúde, definir objetivos, planear intervenções e avaliar os respetivos resultados. O planeamento em saúde corresponde a um processo contínuo e organizado que possibilita a identificação das necessidades em saúde, a definição de prioridades, a formulação de objetivos e o delineamento de estratégias destinadas a melhorar o estado de saúde das populações. Segundo Imperatori e Giraldes, constitui um instrumento fundamental para uma tomada de decisão fundamentada e racional, promovendo uma gestão mais eficiente dos recursos disponíveis e garantindo maior equidade no acesso aos cuidados.

Os autores destacam que o planeamento deve basear-se em dados confiáveis, na participação ativa das comunidades e numa avaliação contínua dos resultados, garantindo que as intervenções de saúde respondam de forma eficaz às necessidades identificadas. A importância deste processo reside na sua capacidade de antecipar necessidades, orientar políticas públicas, otimizar a gestão dos serviços de saúde e promover a saúde e a prevenção da doença, refletindo-se de forma positiva na qualidade de vida da população (Imperatori & Giraldes, 1993).

O planeamento em saúde está estruturado em três momentos centrais: a elaboração do plano, seguida da sua implementação e, por fim, da avaliação dos resultados (Imperatori & Giraldes, 1993).

A metodologia de planeamento em saúde adotada neste projeto encontra-se em consonância com as orientações do Plano Nacional de Saúde 2021–2030, que preconiza intervenções baseadas em diagnósticos de situação, centradas nos determinantes sociais da saúde e orientadas para grupos profissionais em situação de vulnerabilidade, como os cuidadores formais (DGS, 2025).

2.1. Diagnóstico da situação

O Diagnóstico de Situação representa a etapa inicial do Planeamento em Saúde (Imperatori & Giraldes, 1993) e constitui a base fundamental para identificar as necessidades efetivas de saúde de uma população, os seus determinantes e os recursos disponíveis na comunidade. Esta fase permite realizar uma análise aprofundada da realidade local, através da recolha de dados quantitativos e qualitativos, que orienta a tomada de decisão e a definição das prioridades de intervenção.

A elaboração de um diagnóstico de situação promove uma abordagem integrada e participativa, envolvendo diversos parceiros sociais e instituições, o que favorece a articulação intersectorial e a criação de respostas mais ajustadas e eficazes ao contexto. Desta forma, garante-se que o

planeamento em saúde assenta em evidência objetiva e não apenas em percepções subjetivas, orientando estratégias de promoção da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades (DGS, 2025).

Neste enquadramento, o diagnóstico de situação assume um papel estratégico na intervenção em saúde pública, pois fornece a base para a definição de objetivos, metas e ações capazes de responder de forma eficiente às necessidades identificadas, assegurando uma utilização racional dos recursos e promovendo ganhos em saúde sustentáveis e equitativos (Imperatori & Giraldes, 1993).

O presente projeto é desenvolvido tendo como ponto de partida a questão de investigação: “Quais são os níveis de sobrecarga percebidos pelos cuidadores formais numa ERPI?”

Para a fase de diagnóstico, estabeleceu-se o seguinte objetivo geral: Identificar os níveis de sobrecarga dos cuidadores formais numa ERPI.

E como objetivos específicos:

- Caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos cuidadores formais da ERPI;
- Avaliar os níveis de sobrecarga dos cuidadores formais;
- Identificar a relação das características sociodemográficas e profissionais com os níveis de sobrecarga dos cuidadores formais;
- Identificar as necessidades de intervenção em relação aos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais.

2.1.1. Contextualização do local de intervenção

Conforme definido pela OE (2021a), o presente projeto foi desenvolvido numa Unidade de Saúde Pública (USP) e numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) localizadas na região de Lisboa.

2.1.1.1. Unidade de Saúde Pública

A Unidade de Saúde Pública (USP), integrada numa Unidade Local de Saúde, representa uma entidade essencial na vigilância epidemiológica, promoção da saúde e prevenção da doença. De acordo com o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2025), a sua missão foca-se na melhoria da saúde da comunidade, através da identificação e monitorização de determinantes de saúde, da implementação de medidas preventivas e de controlo de riscos, bem como da promoção de estilos de vida saudáveis e equitativos. Neste contexto, a USP

desempenha um papel estratégico na proteção do bem-estar da população, contribuindo para a redução das desigualdades em saúde e para o reforço da literacia em saúde a nível comunitário (SNS, 2025).

A área de influência da USP abrange várias freguesias, correspondendo a uma parte significativa do território urbano, com uma população residente considerável, evidenciando a necessidade de uma resposta de saúde integrada e adequada às necessidades da comunidade.

A Unidade Local de Saúde integra diversas unidades funcionais de cuidados de saúde primários, distribuídas geograficamente, que asseguram cuidados diversificados e adaptados às diferentes faixas etárias e necessidades de saúde da população. Entre estas unidades encontram-se Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), focadas em cuidados de proximidade, reabilitação e apoio domiciliário, e Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP), destinadas ao acompanhamento de populações específicas. Incluem-se ainda Unidades de Saúde Familiar (USF), orientadas para cuidados integrais e continuados às famílias. A USP, em articulação com estas unidades, assegura a vigilância epidemiológica, a promoção da saúde e a prevenção da doença, garantindo um acesso abrangente e contínuo aos cuidados de saúde primários e complementando a rede hospitalar com uma forte presença comunitária (SNS, 2025).

A equipa da USP é multidisciplinar, composta por profissionais de saúde com funções cruciais na execução das respostas em saúde pública. Entre as suas principais áreas de atuação destacam-se: promoção da saúde e prevenção da doença, mediante programas de educação para a saúde, campanhas de vacinação e apoio a instituições na conceção de ambientes saudáveis; saúde ambiental e ocupacional, com avaliação de riscos relacionados com água, alimentos, resíduos e ruído, além de vistorias técnicas e vigilância da saúde no trabalho; planeamento em saúde, para a elaboração de diagnósticos de situação e colaboração com entidades locais, como escolas, instituições sociais e ERPI; e saúde escolar, através de apoio a programas de promoção da saúde, rastreios e vigilância em saúde em contexto escolar (SNS, 2025).

A avaliação dos contextos de trabalho e a promoção da saúde no trabalho constituem áreas específicas de intervenção da USP, através de diagnósticos de situação, vistorias, pareceres técnicos e colaboração com instituições locais, incluindo ERPI. Este tipo de análise permite identificar fatores de risco, promover estratégias de melhoria organizacional e contribuir para ambientes de trabalho mais saudáveis e seguros.

2.1.1.2. Unidade de Cuidados na Comunidade

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) integra uma Unidade Local de Saúde, tendo como área de atuação duas freguesias, abrangendo uma população total de 53.434 habitantes de acordo com os Censos (INE, 2021).

Segundo o Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários (BI-CSP) do Serviço Nacional de Saúde (SNS, 2025), a missão da UCC assenta na promoção da saúde e na melhoria do estado de saúde da população residente, com vista à obtenção de ganhos efetivos em saúde. Nesse âmbito, a UCC assegura a prestação de cuidados de saúde, bem como apoio psicológico e social, em contexto domiciliário e comunitário, dirigindo-se prioritariamente a pessoas, famílias e grupos em situação de vulnerabilidade, risco acrescido ou dependência física e funcional. Paralelamente, desenvolve ações de educação para a saúde e fomenta a integração em redes de apoio familiar, reforçando a proximidade e o estabelecimento de vínculos com a comunidade. Os valores que orientam a atuação da UCC incluem o trabalho em equipa, a criatividade, a autonomia sustentada na auto-organização e nas competências profissionais, bem como a ética profissional e moral. A unidade valoriza, igualmente, a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a motivação e satisfação dos profissionais e a articulação com outras unidades funcionais da rede de saúde (SNS, 2015).

No domínio dos recursos humanos, a UCC dispõe de uma equipa multidisciplinar constituída por nove enfermeiros, um fisioterapeuta, um higienista oral, um nutricionista, dois psicólogos e dois técnicos de serviço social. A estrutura da unidade permite assegurar uma atuação integrada e completa, centrada nas necessidades do indivíduo, da família e da comunidade. A visão da UCC assenta na melhoria contínua da qualidade dos serviços, valorizando a intervenção precoce em situações de risco, a cooperação interdisciplinar, a colaboração com entidades locais e a divulgação das atividades desenvolvidas, consolidando o seu papel como agente ativo na promoção da saúde comunitária (SNS, 2025).

Deste modo, a UCC estabelece-se como uma estrutura de proximidade, dedicada à promoção da saúde, à prevenção da doença e ao apoio das populações mais vulneráveis, desenvolvendo a sua ação de forma integrada e articulada com a comunidade, com o objetivo de potenciar a qualidade de vida da população nas áreas em que atua.

2.1.2. População, amostra e critérios de inclusão

No contexto deste projeto, a população-alvo é composta por cuidadores formais de uma ERPI situada na área de abrangência da USP e da UCC onde decorreram os estágios curriculares.

A amostra selecionada foi não probabilística por conveniência, tendo em conta critérios de acessibilidade, disponibilidade temporal para a execução do projeto e viabilidade operacional. Esta abordagem justifica-se pela necessidade de adequar a intervenção às condições observadas durante o período de estágio, respeitando os princípios éticos e organizacionais inerentes à prática profissional.

Para a participação neste estudo, estabeleceram-se critérios de inclusão que assegurassem a adequação e relevância da amostra. São critérios de inclusão os cuidadores formais a exercer funções na ERPI que se mostrassem disponíveis para participar voluntariamente, após terem sido devidamente informados sobre os objetivos da investigação e terem assinado o consentimento informado. Além disso, os participantes deveriam possuir domínio da língua portuguesa, a nível escrito, oral e de leitura.

2.1.3. Recursos/orçamento

O presente projeto não possui financiamento externo. Nenhum dos envolvidos, incluindo a investigadora, as orientadoras (clínica e académica), a diretora da ERPI ou os participantes, receberá qualquer compensação monetária pela execução ou participação no estudo. Não estão previstos custos relacionados com o desenvolvimento do projeto, exceto eventuais despesas com deslocações à ERPI.

2.1.4. Instrumentos e procedimentos de colheita de dados

Para alcançar os objetivos propostos, foram utilizados dois questionários como instrumentos de recolha de dados: um de caracterização sociodemográfica e profissional (Apêndice II) e a escala de sobrecarga do cuidador Zarit Burden Interview (ZBI), validada para o contexto português (Anexo I).

O questionário de caracterização sociodemográfica e profissional destinou-se a recolher informações como idade, género, estado civil, nível de escolaridade, função desempenhada, tempo de experiência profissional, tipo de vínculo contratual e horário de trabalho.

A escala Zarit Burden Interview (ZBI) é amplamente utilizada para avaliar a sobrecarga dos cuidadores. Desenvolvida por Zarit, Reever e Bach-Peterson, em 1980, permite analisar a perceção subjetiva da sobrecarga associada ao ato de cuidar. A versão original tinha 29 itens, sendo posteriormente revista e reduzida para 22, mantendo a sua robustez psicométrica e relevância clínica (Gonçalves & Zarit, 2014).

O instrumento permite analisar distintas dimensões do desgaste vivenciado pelos cuidadores, abrangendo os impactos físicos, emocionais, sociais, profissionais e económicos. Os itens abordam

aspectos como cansaço, stress, exaustão, limitações na vida pessoal e repercussões nas relações sociais e familiares. As respostas são registadas numa escala de Likert, permitindo calcular uma pontuação total que reflete o nível de sobrecarga percebida (Gonçalves & Zarit, 2014).

Em Portugal, a escala foi traduzida e adaptada por Sequeira (2010), garantindo a validade e a adequação ao contexto cultural nacional. Esta adaptação permite avaliar tanto a sobrecarga objetiva (relacionada com atividades concretas e exigências físicas) como a subjetiva (associada à perceção individual do esforço e do impacto emocional do cuidar). A ZBI contempla diversos domínios da vida do cuidador, incluindo saúde física e psicológica, vida social e pessoal, situação financeira e qualidade da relação com a pessoa cuidada.

A escala é constituída por 22 itens, avaliados através de uma escala de Likert de 5 pontos, que varia entre 1 (nunca) e 5 (quase sempre). Cada item avalia diferentes dimensões da experiência de cuidar, nomeadamente o desgaste emocional, a exaustão física, a restrição da vida social, bem como sentimentos de tensão, frustração e sobrecarga global. A pontuação total resulta da soma das respostas aos 22 itens, podendo variar entre 22 e 110 pontos, sendo que valores mais elevados correspondem a uma maior perceção de sobrecarga do cuidador. De acordo com os pontos de corte propostos por Sequeira (2010), uma pontuação inferior a 46 pontos corresponde à ausência de sobrecarga, valores entre 46 e 56 pontos indicam sobrecarga ligeira, e pontuações superiores a 56 pontos traduzem sobrecarga intensa.

Devido à sua fiabilidade e abrangência, a ZBI constitui uma ferramenta essencial para identificar o nível de sobrecarga, possibilitando a definição de estratégias de intervenção que apoiem os cuidadores na execução das suas funções e promovam o seu bem-estar.

Os questionários foram aplicados presencialmente, garantindo o respeito pela privacidade dos participantes em todas as fases do processo.

2.1.5. Procedimentos de análise de dados

Procedeu-se à análise dos dados obtidos através dos questionários, com o objetivo de responder às metas definidas para a fase de diagnóstico de situação.

Trata-se de um estudo de carácter quantitativo, descritivo e transversal, com a finalidade de identificar os níveis de sobrecarga percebida pelos cuidadores formais em ERPI, bem como de caracterizar as variáveis sociodemográficas e profissionais associadas. A abordagem quantitativa possibilita uma

análise objetiva, sistemática e mensurável da sobrecarga, recorrendo a um instrumento validado para este fim. A vertente descritiva permite delinear o perfil sociodemográfico e profissional dos cuidadores e descrever os níveis de sobrecarga existentes. A escolha de um estudo transversal justifica-se pela recolha de dados numa única ocasião, permitindo captar uma imagem representativa da experiência dos cuidadores formais naquele momento específico (Marôco, 2018).

A análise estatística incluiu métodos univariados e bivariados. Para as variáveis quantitativas relacionadas com a sobrecarga, foram calculadas distribuições de frequência e determinadas medidas descritivas, como média, desvio padrão e valores extremos (mínimo e máximo).

Os dados foram analisados utilizando o IBM Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 30 (Marôco, 2018).

2.1.6. Apresentação e análise dos resultados

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos das respostas recolhidas através dos questionários aplicados à amostra do estudo. Os achados encontram-se organizados segundo métodos descritivos e inferenciais, a fim de sustentar as respostas à questão de investigação e aos objetivos previamente estabelecidos.

2.1.6.1. Caracterização da Amostra

Os questionários permitiram constituir uma amostra final composta por 30 participantes.

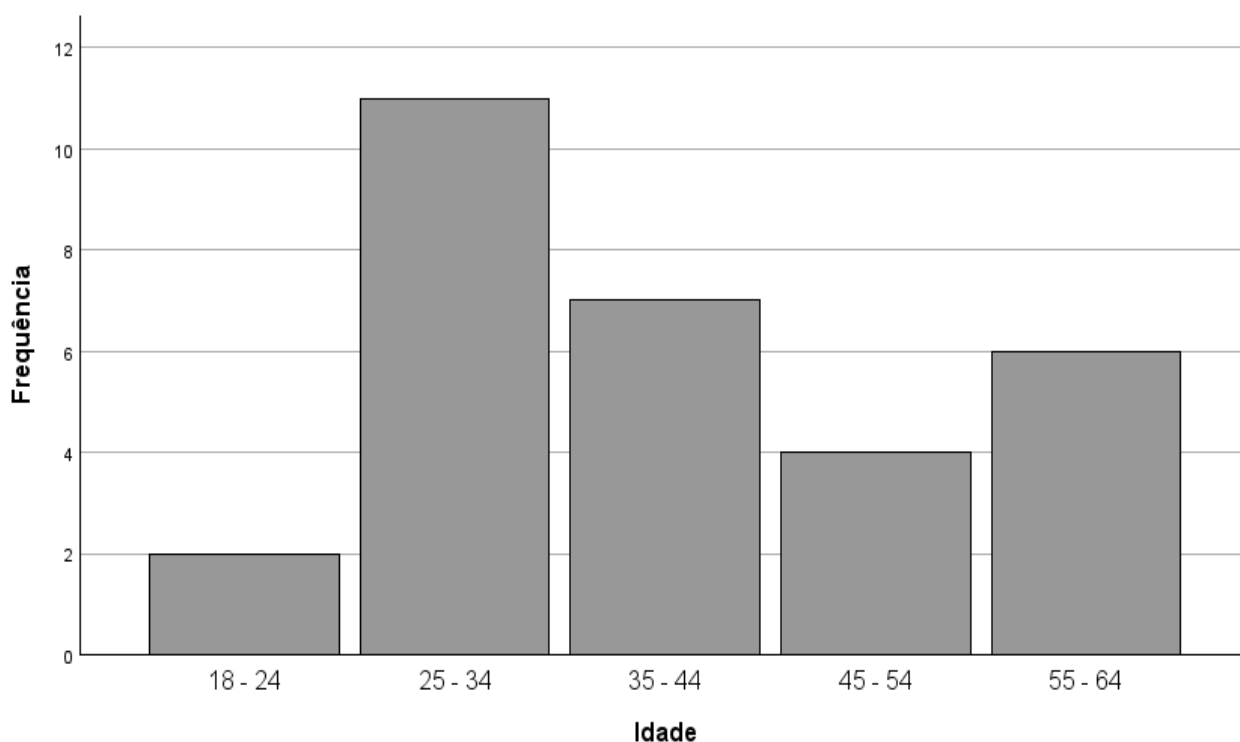
Tabela 1 - Distribuição da amostra por sexo

	Frequência	Percentagem
Feminino	29	96,7
Masculino	1	3,3
Total	30	100,0

Conforme indicado na Tabela 1, 96,7% dos participantes são do sexo feminino, enquanto apenas um participante é do sexo masculino, correspondendo a 3,3% da amostra.

O Gráfico 1, apresenta a distribuição da amostra de acordo com a faixa etária, permitindo visualizar a distribuição etária dos participantes e contribuir para a compreensão do perfil sociodemográfico dos cuidadores formais incluídos no estudo.

Gráfico 1 - Distribuição da amostra de acordo com a faixa etária



A maior parte dos participantes encontra-se na faixa etária de 25-34 anos (36,7%), seguida da faixa de 35-44 anos (23,3%). As faixas de 18-24 anos e 45-54 anos correspondem a 6,7% e 13,3% dos participantes, respetivamente, enquanto a faixa de 55-64 anos representa 20% da amostra.

Adotando uma perspetiva mais ampla, realizou-se uma análise descritiva das características sociodemográficas dos cuidadores formais que participaram no questionário. A Tabela 2 apresenta a distribuição das frequências absolutas (n) e relativas (%) das variáveis sociodemográficas analisadas.

Tabela 2 – Distribuição sociodemográfica da amostra

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Estado Civil	Solteiro	18	60,0
	Casado/união de facto	8	26,7
	Divorciado	3	10,0
	Viúvo	1	3,3
Habilitações Literárias	1.º Ciclo do Ensino Básico (até 4º ano)	4	13,3
	2.º Ciclo do Ensino Básico (5.º e 6.º ano)	2	6,7
	3.º Ciclo do Ensino Básico (7.º ao 9.º ano)	7	23,3
	Ensino Secundário (10.º ao 12.º ano)	10	33,3
	Licenciatura	5	16,7
	Outra	2	6,7
Função que desempenha na ERPI	Técnico auxiliar de saúde	25	83,3
	Enfermeiro	5	16,7
Tempo a trabalhar na ERPI	Menos de 1 ano	4	13,3
	1 a 5 anos	13	43,3
	6 a 11 anos	4	13,3
	Mais de 11 anos	9	30,0
Tipo de vínculo contratual	Contrato sem termo (efetivo)	16	53,3
	Contrato a termo certo	14	46,7
Horário de trabalho	Turno fixo (manhã/tarde)	28	93,3
	Turno rotativo	1	3,3
	Trabalho noturno	1	3,3
Pretende continuar a trabalhar nesta área nos próximos anos	Sim	23	76,7
	Não	2	6,7
	Não sabe	5	16,7

No que concerne ao estado civil dos participantes, a maioria é solteira (60%), seguida pelos casados ou em união de facto, que representam 26,7% da amostra. Os divorciados correspondem a 10%, enquanto os viúvos perfazem 3,3%.

Relativamente às habilitações literárias, a maioria dos inquiridos concluiu o Ensino Secundário (33,3%), seguido do 3.º Ciclo do Ensino Básico (23,3%). Outros níveis de escolaridade incluem 1.º Ciclo do Ensino Básico (13,3%), 2.º Ciclo do Ensino Básico (6,7%), Licenciatura (16,7%) e outras formações (6,7%).

No que diz respeito aos dados profissionais, 83,3% dos participantes exercem funções como Técnicos Auxiliares de Saúde, enquanto 16,7% são Enfermeiros.

Relativamente ao tempo de trabalho na ERPI, 43,3% dos participantes têm entre 1 e 5 anos de experiência, 30% têm mais de 11 anos, 13,3% menos de 1 ano e outros 13,3% entre 6 e 11 anos.

Quanto ao horário de trabalho, 93,3% realizam turnos fixos (manhã ou tarde), 3,3% trabalham em regime de turnos rotativos e 3,3% em turno noturno. No que se refere ao tipo de vínculo contratual, 53,3% têm contrato sem termo (efetivo) e 46,7% possuem contrato a termo certo.

2.1.6.2. Avaliação da Sobrecarga dos Cuidadores Formais

Para avaliar a sobrecarga dos cuidadores formais, recorreu-se à Escala de Zarit, composta por 22 itens que avaliam a perceção subjetiva de sobrecarga associada ao desempenho das responsabilidades do cuidador. Trata-se de um instrumento amplamente validado em contextos de prestação de cuidados, permitindo avaliar os impactos físicos, emocionais e sociais experienciados pelos cuidadores formais.

A fiabilidade da escala foi verificada através do coeficiente de consistência interna Alpha de Cronbach, tendo sido obtido um valor de 0,90, conforme apresentado na Tabela 3. Este resultado evidencia uma elevada consistência interna entre os itens do instrumento, demonstrando a sua robustez e fiabilidade para medir a sobrecarga percebida. Valores de Alpha de Cronbach superiores a 0,8 são considerados excelentes, o que reforça a adequação da Escala de Zarit ao contexto deste estudo (Marôco, 2018).

Tabela 3 - Coeficiente de Alpha de Cronbach da Escala de Zarit

Escala Zarit	Itens	Média	Desvio Padrão	Alpha Cronbach
	22	50,33	12,77	0,90

A Tabela 4 apresenta a análise descritiva da sobrecarga dos cuidadores formais, detalhada por cada item da Escala de Zarit. Nesta tabela são apresentados os valores da média e desvio padrão, permitindo caracterizar o nível de sobrecarga percebida pelos cuidadores e identificar os itens que mais contribuem para essa sobrecarga.

Tabela 4 - Análise descritiva da sobrecarga dos cuidadores formais, por itens da escala de Zarit

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Item 1 - Sente que os clientes dependem excessivamente de si?	2	5	3,93	0,98
Item 2 - Sente que não tem tempo suficiente para si devido ao trabalho de cuidar?	1	5	2,93	1,39
Item 3 - Sente-se tenso(a) quando está com os clientes?	1	4	1,90	0,92
Item 4 - Sente que o cuidado que presta lhe causa <i>stress</i> ?	1	4	2,33	0,99
Item 5 - Sente-se incomodado(a) por ter de lidar com comportamentos difíceis dos clientes?	1	3	2,47	0,82
Item 6 - Sente que o trabalho interfere com a sua vida pessoal?	1	4	1,93	1,08
Item 7 - Sente-se esgotado(a) no final do turno devido às tarefas de cuidar?	1	5	3,17	0,75
Item 8 - Sente-se envergonhado(a) por causa do comportamento de algum cliente?	1	3	1,60	0,81
Item 9 - Sente que a sua saúde está a ser afetada devido às exigências do trabalho?	1	5	2,67	0,99
Item 10 - Sente que não consegue ter vida social por causa do trabalho?	1	5	2,10	1,32
Item 11 - Sente-se desconfortável com a dependência de alguns clientes?	1	5	2,00	1,08
Item 12 - Sente-se irritado(a) ou zangado(a) quando está com os clientes?	1	5	1,67	0,92
Item 13 - Sente que o seu equilíbrio emocional é afetado pelas exigências do cuidado?	1	5	2,43	1,17
Item 14 - Sente que a sua vida foi negativamente afetada pelo trabalho com clientes dependentes?	1	4	1,47	0,78
Item 15 - Sente-se incerto(a) quanto ao que fazer no cuidado de clientes com grande dependência?	1	3	1,80	0,81
Item 16 - Sente que não está a fazer o suficiente pelos clientes?	1	5	2,40	1,10
Item 17 - Sente que poderia prestar melhores cuidados aos clientes?	1	5	3,40	1,38
Item 18 - Sente que gostaria de delegar algumas tarefas de cuidado a outros colegas?	1	5	2,90	1,18
Item 19 - Sente que perdeu o controlo da sua vida devido ao trabalho?	1	5	1,63	1,13
Item 20 - Sente-se sobrecarregado(a) só de pensar em ter de cuidar de clientes com necessidades complexas durante longos períodos?	1	5	1,80	1,10
Item 21 - Sente que gostaria de abandonar o trabalho devido à carga emocional?	1	5	1,63	1,07
Item 22 - No geral, sente-se sobrecarregado(a) com o seu papel de cuidador(a) profissional?	1	5	2,17	1,44

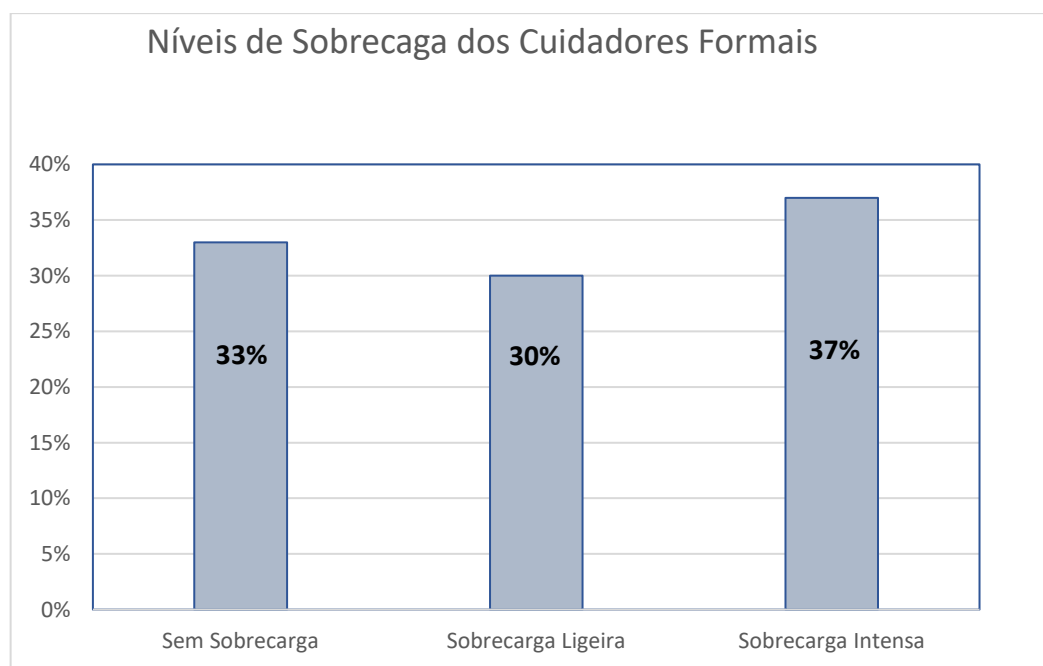
De acordo com os dados apresentados na Tabela 4, é possível identificar os itens com as médias mais elevadas e mais baixas, bem como o respetivo desvio padrão, permitindo avaliar a sobrecarga na perspetiva dos cuidadores formais.

Em relação à média mais elevada, o item 1 — “Sente que os clientes dependem excessivamente de si?” — apresenta uma média de 3,93 (DP = 0,98). Este resultado propõe que, em geral, os cuidadores formais sentem frequentemente que os clientes dependem demasiado do seu apoio, sendo este um dos aspetos mais relevantes da sobrecarga percebida. O desvio padrão relativamente baixo indica consistência nas respostas dos participantes.

Por sua vez, o item 14 — “Sente que a sua vida foi negativamente afetada pelo trabalho com clientes dependentes?” — apresenta a média mais baixa, 1,47 (DP = 0,78). Este valor indica que os participantes tendem a discordar da ideia de que a sua vida pessoal foi significativamente afetada de forma negativa pelo trabalho, refletindo uma perceção menos negativa do impacto da atividade profissional na sua vida.

O Gráfico 2 ilustra os níveis de sobrecarga dos cuidadores formais, permitindo uma visão global da distribuição da sobrecarga na amostra em estudo. Esta representação gráfica facilita a compreensão da prevalência dos diferentes níveis de sobrecarga identificados.

Gráfico 2 - Níveis de Sobrecarga dos Cuidadores Formais



A análise dos resultados apresentados no Gráfico 2, evidencia a distribuição dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais da ERPI em estudo. Verifica-se que 37% dos cuidadores apresentam sobrecarga intensa, 30% apresentam sobrecarga ligeira e 33% não apresentam sinais de sobrecarga.

Estes resultados demonstram que 67% dos cuidadores formais experienciam níveis de sobrecarga, o que constitui um dado relevante no contexto da prática profissional em instituições residenciais. A elevada prevalência de sobrecarga intensa indica que a realização das atividades de cuidado pode acarretar exigências físicas, emocionais e cognitivas consideráveis, frequentemente agravadas pela complexidade dos cuidados, pela duração prolongada do trabalho, pelo número de pessoas cuidadas por profissional e pelas restrições de recursos humanos e materiais.

Apesar disso, o facto de 33% dos participantes não evidenciar sobrecarga pode refletir a existência de estratégias de coping eficazes, maior experiência profissional, apoio adequado por parte da equipa multidisciplinar, ou ainda condições organizacionais mais favoráveis.

Os resultados reforçam a importância de uma intervenção sistematizada por parte da Enfermagem Comunitária, centrada na promoção do bem-estar ocupacional dos cuidadores formais, através da implementação de medidas preventivas da sobrecarga, da formação contínua e da disponibilização de apoio emocional e psicossocial. Estas ações podem contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a redução do impacto negativo da sobrecarga no desempenho e na saúde dos cuidadores.

2.1.6.3. Relação entre as Variáveis Sociodemográficas e os Níveis de Sobrecarga dos Cuidadores Formais

No âmbito deste estudo, realizou-se uma análise de correlação de Spearman, com o objetivo de investigar a relação entre as variáveis sociodemográficas e os níveis de sobrecarga percebida pelos cuidadores formais, conforme apresentado na tabela 5.

Tabela 5 - Correlação entre as variáveis sociodemográficas com a sobrecarga dos cuidadores formais

		Idade	Sexo	Estado civil	Habilitações literárias	Dados profissionais	Tempo a trabalhar na ERPI	Tipo de vínculo contratual	Horário de trabalho	Pretende continuar a trabalhar nesta área	Escala Zarit Total
Coeficiente de Correlação de Spearman	Idade										
	Sig. (2 extremidades)										
	N	30									
	Sexo										
	Sig. (2 extremidades)										
	N	30	30								
	Estado civil										
	Sig. (2 extremidades)										
	N	30	30	30							
	Habilitações literárias										
	Sig. (2 extremidades)										
	N	30	30	30	30						
	Dados profissionais										
	Sig. (2 extremidades)										
	N	30	30	30	30	30					
	Tempo a trabalhar na ERPI										
	Sig. (2 extremidades)										
	N	30	30	30	30	30	30				
	Tipo de vínculo contratual										
	Sig. (2 extremidades)										
	N	30	30	30	30	30	30	30			
	Horário de trabalho										
	Sig. (2 extremidades)										
	N	30	30	30	30	30	30	30	30		
	Pretende continuar a trabalhar nesta área										
	Sig. (2 extremidades)										
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	
	Escala Zarit Total										
	Sig. (2 extremidades)										
	N	30	30	30	30	30	30	30	30	30	30

*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

**. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

A tabela 5, apresenta os coeficientes de correlação de Spearman entre as variáveis sociodemográficas e a sobrecarga percebida pelos cuidadores formais, avaliada através da Escala de Zarit.

Relativamente aos coeficientes de correlação de Spearman, verificou-se uma associação estatisticamente significativa entre o “tempo de trabalho na ERPI” e os “dados profissionais dos cuidadores” ($p = 0,633$; $p < 0,001$), indicando que os profissionais com maior experiência tendem a desenvolver uma prática mais estruturada. Observou-se também uma correlação significativa entre o “tempo de trabalho na ERPI” e o “estado civil” ($p = 0,426$; $p = 0,019$), sugerindo que a dedicação à profissão pode influenciar a vida pessoal dos cuidadores, possivelmente refletindo alterações no seu estado civil.

Adicionalmente, foi identificada uma correlação negativa moderada entre o tempo de serviço na ERPI e o tipo de vínculo contratual ($p = -0,533$; $p = 0,002$), indicando que os cuidadores com mais anos de experiência tendem a ter contratos mais estáveis, como contratos sem termo.

Destaca-se ainda uma correlação positiva e estatisticamente significativa entre a Escala de Zarit e o tipo de vínculo contratual ($p = 0,375$; $p = 0,041$), mostrando que os cuidadores com contrato a termo certo percebem níveis mais elevados de sobrecarga, possivelmente devido à insegurança relativamente à continuidade no posto de trabalho e a menor apoio institucional.

Adicionalmente, não se verificaram associações significativas entre os níveis de sobrecarga e outras características sociodemográficas, como idade, género, nível de escolaridade, dados profissionais, horário laboral ou a intenção de permanecer a trabalhar nesta área nos próximos anos

Os resultados da análise de Spearman indicam que o tempo de serviço na ERPI está significativamente associado às variáveis relativas ao estado civil e ao tipo de vínculo contratual dos cuidadores. A percepção de sobrecarga indica estar relacionada com condições de trabalho menos estáveis, sugerindo que fatores contratuais podem influenciar negativamente o bem-estar emocional e o desempenho funcional dos cuidadores formais.

2.1.6.4. Síntese dos Dados Analisados

A amostra do estudo foi constituída por 30 cuidadores formais, verificando-se o predomínio do sexo feminino, com maior representação na faixa etária dos 25 aos 34 anos (36,7%).

A análise dos resultados evidencia que a sobrecarga, na perspetiva dos cuidadores formais, se encontra principalmente relacionada a fatores laborais, destacando-se a estabilidade do vínculo contratual. Os profissionais com contratos menos seguros tendem a apresentar níveis mais elevados de sobrecarga, refletindo maior pressão, insegurança no trabalho e percepção de insuficiente apoio institucional. Estes dados reforçam a influência das condições organizacionais no bem-estar emocional e funcional dos cuidadores. Relativamente ao tempo de serviço na ERPI, este surge associado a maior experiência profissional e, frequentemente, a maior estabilidade contratual; contudo, pode também ter impacto na vida pessoal, nomeadamente ao nível do estado civil e do equilíbrio entre vida profissional e pessoal. Não se identificaram associações estatisticamente significativas entre os níveis de sobrecarga e variáveis sociodemográficas como idade, sexo ou habilitações literárias, sugerindo que as condições de trabalho assumem um papel mais determinante na experiência de sobrecarga do que os fatores individuais.

A análise da distribuição dos níveis de sobrecarga revela que 37% dos cuidadores apresentam sobrecarga intensa, 30% sobrecarga ligeira e 33% não evidenciam sinais de sobrecarga. Estes resultados indicam que 67% dos cuidadores formais experienciam algum nível de sobrecarga, constituindo um dado particularmente relevante no contexto das instituições residenciais. A maior prevalência de sobrecarga intensa sugere que o desempenho das funções associadas ao cuidado implica exigências físicas, emocionais e cognitivas significativas, frequentemente agravadas pela complexidade dos cuidados prestados, pela carga horária prolongada, pelo número elevado de clientes por cuidador e por limitações de recursos humanos e materiais.

Por outro lado, o facto de 33% dos participantes não apresentar sobrecarga poderá refletir a existência de estratégias de coping eficazes, maior experiência profissional, apoio adequado por parte da equipa multidisciplinar ou condições organizacionais mais favoráveis, evidenciando a importância de fatores protetores no contexto de trabalho.

Globalmente, estes achados reforçam a necessidade de políticas institucionais que promovam vínculos contratuais estáveis, valorizem o papel dos cuidadores formais e invistam na melhoria das condições de trabalho em ERPI. Simultaneamente, evidenciam a importância de uma intervenção sistematizada da Enfermagem Comunitária, centrada na promoção do bem-estar ocupacional dos cuidadores, através da implementação de medidas preventivas da sobrecarga, da formação contínua e da disponibilização de apoio emocional e psicossocial. Estas estratégias poderão contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a redução do impacto negativo da sobrecarga na saúde e no desempenho profissional dos cuidadores formais.

2.1.7. Problemas identificados e respetivos diagnósticos de Enfermagem

A partir dos resultados obtidos no estudo sobre a sobrecarga percebida pelos cuidadores formais da ERPI, foram identificados diversos problemas que permitiram a elaboração de diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) da OE (2019a). Estes diagnósticos apoiam-se nas evidências recolhidas através da Escala de Zarit e análise dos resultados obtidos.

Após a análise dos resultados, foram identificados os seguintes problemas:

- *Sobrecarga do cuidador formal, severa*: baseada na elevada média do item 1 da Escala de Zarit, indicando que os cuidadores percebem que os clientes dependem excessivamente do seu apoio.
- *Cansaço acentuado relacionado com a prestação de cuidados*: evidenciado pelo cansaço relatado pelos cuidadores após o desempenho das suas funções (item 7).

- *Capacidade de desempenhar as suas atividades como desejado*: o item 17 revela sentimentos de insuficiência, frustração ou insegurança, apesar do esforço e dedicação dos cuidadores.

Tabela 6 - Problemas identificados e respetivos diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE®

Problema Identificado	Diagnóstico de Enfermagem (CIPE®)
Sobrecarga do cuidador formal, severa.	Risco de capacidade comprometida para cuidar.
Cansaço acentuado relacionado com a prestação de cuidados.	Exaustão presente relacionado com a prestação de cuidados.
Capacidade de desempenhar as suas atividades como desejado.	Desempenho de papel comprometido.

Fonte: Elaboração própria, de acordo com os dados recolhidos.

2.1.8. Considerações éticas

O presente estudo foi conduzido em estrita conformidade com os princípios éticos aplicáveis à investigação, seguindo as normas da Declaração de Helsínquia (World Medical Association, 2013). Todos os participantes forneceram o seu consentimento informado, de forma livre e esclarecida (Apêndice III), assegurando a participação voluntária e o direito de desistir a qualquer momento.

A privacidade dos participantes foi protegida através da anonimização das respostas e do armazenamento seguro dos dados, em conformidade com o Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados (RGPD), de acordo com a Lei n.º 58/2019 (Apêndice IV). Os dados recolhidos destinam-se exclusivamente a fins científicos e são apresentados de forma agregada, garantindo a confidencialidade da identidade dos participantes e da instituição envolvida.

O projeto foi submetido à apreciação da Comissão de Ética competente (Apêndice V), obtendo parecer favorável (Anexo II) que legitima a sua execução em contexto institucional. Foi igualmente solicitada autorização formal à entidade onde o estudo decorreu (Apêndice VI), assegurando o cumprimento dos requisitos legais e éticos inerentes à investigação em saúde.

Todos os participantes foram devidamente informados, de forma clara e acessível, sobre os objetivos, procedimentos e possíveis implicações da sua participação. A assinatura do termo de consentimento informado (Apêndice III) constituiu um requisito obrigatório para integrar o estudo. O consentimento

informado foi elaborado de acordo com as orientações do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida (2021). Esta abordagem ética garante uma prática investigativa responsável e transparente, reforçando a credibilidade dos resultados e permitindo o desenvolvimento de estratégias fundamentadas em evidência científica.

A atuação da investigadora respeitou igualmente os princípios éticos e deontológicos da profissão de enfermagem, conforme estabelecido no Código Deontológico do Enfermeiro, nomeadamente no que se refere ao respeito pela dignidade humana, confidencialidade, autonomia e responsabilidade profissional (OE, 2009).

O Código Deontológico da profissão de Enfermagem constitui um documento que, além de orientador, possui carácter normativo e vinculativo, devendo guiar não apenas todos os processos de construção científica, mas também a prática diária da profissão (OE, 2015).

Adicionalmente, a intervenção proposta encontra-se alinhada com o Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho, que define as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, reforçando o seu papel na promoção da saúde e bem-estar dos cuidadores formais em ERPI.

2.2. Definição de prioridades

De acordo com Imperatori e Giraldes (1993), a hierarquização dos problemas de saúde identificados é realizada através da aplicação de critérios que permitem ordenar esses problemas segundo prioridades. Os autores referem ainda que, tradicionalmente, a definição dessas prioridades assenta em três critérios fundamentais: a magnitude, a transcendência e a vulnerabilidade.

Os critérios adotados foram adaptados do modelo do Centro Nacional de Estudos do Desenvolvimento e da Organização Pan-Americana da Saúde (CENDES-OPAS) de acordo com Ahumada e colaboradores (1965), citado por Melo (2020, p. 21), e encontram-se organizados em três dimensões principais: a magnitude, que se refere à extensão do problema na comunidade; a transcendência, relacionada com o impacto que a intervenção nesse diagnóstico pode ter na melhoria dos restantes; e a vulnerabilidade, que diz respeito à possibilidade de a intervenção produzir um efeito efetivo na melhoria do diagnóstico em causa. Com base nestes critérios, foram atribuídas pontuações compreendidas entre 0 e 3. O total obtido permitiu estabelecer uma hierarquia dos problemas identificados, seguindo a metodologia proposta por Imperatori e Giraldes (1993). Os resultados estão apresentados na Tabela 7.

Tabela 7 - Priorização dos Problemas Identificados

Diagnóstico Enfermagem	Magnitude	Transcendência	Vulnerabilidade	Total	Prioridade
Risco de capacidade comprometida para cuidar.	3	3	3	9	1ª
Exaustão presente relacionado com a prestação de cuidados.	3	2	2	7	2ª
Desempenho de papel comprometido.	2	2	3	7	3ª

Fonte: Elaboração própria, de acordo com Imperatori e Giraldes (1993) e Melo (2020).

Segundo Melo (2020), os diagnósticos de enfermagem são fundamentais para orientar a prática clínica, permitindo ao enfermeiro compreender como os indivíduos respondem aos desafios relacionados com a saúde e a doença, bem como planear intervenções adequadas. Estes diagnósticos resultam de uma análise cuidadosa e personalizada da situação da pessoa, família ou comunidade, constituindo uma base fundamental para a escolha das intervenções mais apropriadas e para a prestação de cuidados de enfermagem ajustados às necessidades dos clientes.

Com base nos resultados do estudo sobre a sobrecarga percebida pelos cuidadores formais, foi possível identificar diferentes problemas que fundamentaram a elaboração dos subsequentes diagnósticos de enfermagem:

- **"Risco de capacidade comprometida para cuidar":** O problema emergiu como a principal prioridade, tendo obtido pontuação máxima nos três critérios de priorização. A magnitude observada revela-se elevada, uma vez que um número considerável de cuidadores formais identifica a dependência excessiva dos clientes como a situação mais frequentemente experienciada, facto sustentado pela média mais elevada registada no questionário (M=3,93) e pela pontuação total de 9.

A transcendência deste problema é igualmente elevada, dado que a perceção de dependência excessiva impacta de forma direta a autonomia dos cuidadores, a qualidade dos cuidados prestados e a relação estabelecida com os clientes, influenciando positivamente outros domínios quando adequadamente intervencionado.

Relativamente à vulnerabilidade, verifica-se uma exposição significativa dos profissionais, sobretudo em contextos de trabalho exigentes e com elevado volume de cuidados. Contudo, existe

uma elevada possibilidade de intervenção eficaz, nomeadamente através de estratégias organizacionais e formativas.

Trata-se, portanto, de um problema caracterizado por elevada frequência, impacto relevante e potencial de resolução, o que justifica a sua identificação como prioridade para intervenção.

- **“Exaustão presente relacionada com a prestação de cuidados”:** o segundo problema prioritário identificado apresentou uma pontuação elevada, ainda que inferior à do problema prioritário anteriormente descrito, com uma pontuação total de 7 e uma média de 3,17, refletindo o cansaço físico e mental acumulado ao longo do turno de trabalho. A sua magnitude é significativa, sendo frequentemente reportada pelos cuidadores formais, sobretudo em contextos caracterizados por escassez de recursos humanos e horários prolongados.

A transcendência deste problema é considerada moderada, uma vez que a exaustão influencia o desempenho profissional, o bem-estar emocional e o risco de absentismo, embora com menor impacto transversal quando comparada com o problema de maior prioridade.

Relativamente à vulnerabilidade, verifica-se uma exposição elevada dos profissionais, dado que todos os cuidadores estão suscetíveis a este risco. Apesar das limitações estruturais existentes, é possível intervir através da implementação de ações organizacionais e estruturais consistentes, ainda que estas impliquem maior complexidade, com o objetivo de proteger o bem-estar dos cuidadores e assegurar a continuidade e qualidade da prestação de cuidados.

- **“Desempenho de papel comprometido”:** O problema foi classificado como a terceira prioridade, com uma pontuação total de 7, estando associado ao sentimento de que poderiam ser prestados melhores cuidados. A sua magnitude é moderada, refletindo uma perceção subjetiva de insuficiência no desempenho das funções e um sofrimento ético por parte dos cuidadores formais.

A transcendência deste problema é igualmente moderada, uma vez que os seus impactos incidem sobretudo ao nível da autoestima, da motivação, da satisfação profissional e do envolvimento com os clientes.

No entanto, a vulnerabilidade apresenta-se elevada, dado que este problema é particularmente sensível a intervenções de enfermagem centradas na formação contínua, no apoio emocional e na

valorização profissional, possibilitando ganhos significativos no desempenho e no bem-estar dos cuidadores.

Embora os problemas “Exaustão relacionada com a prestação de cuidados” e “Desempenho de papel comprometido” apresentem a mesma pontuação total, a sua hierarquização teve em consideração a distribuição das pontuações pelos diferentes critérios, bem como o impacto imediato do problema no funcionamento dos cuidadores e na prestação de cuidados.

No caso da exaustão relacionada com a prestação de cuidados, verifica-se uma maior magnitude, refletindo a frequência elevada com que este problema é experienciado pelos cuidadores formais, estando associado ao cansaço físico e emocional acumulado no exercício diário das suas funções. Adicionalmente, trata-se de um problema com repercussões imediatas na saúde dos profissionais e na segurança e qualidade dos cuidados prestados, podendo evoluir para situações de burnout, absentismo ou abandono profissional. Apesar de apresentar uma vulnerabilidade moderada, o seu impacto direto e transversal justificou a sua colocação em segunda prioridade.

Por outro lado, o desempenho de papel comprometido, embora apresente elevada vulnerabilidade, na medida em que é passível de intervenção eficaz através de formação, apoio emocional e valorização profissional, revela menor magnitude, estando mais associado a perceções subjetivas e a vivências individuais do que a um problema generalizado e imediato. As suas consequências tendem a manifestar-se de forma mais gradual, sobretudo ao nível da motivação, satisfação profissional e autoestima, o que justifica a sua classificação como terceira prioridade.

Assim, apesar da igualdade na pontuação total, a decisão de priorização baseou-se na relevância clínica, impacto temporal e abrangência do problema, privilegiando-se aquele que representa um risco mais imediato para o bem-estar dos cuidadores formais e para a continuidade e qualidade dos cuidados.

Em resumo, a definição das prioridades dos problemas possibilita direcionar o planeamento das intervenções de forma mais eficaz, utilizando critérios objetivos e ajustados à realidade vivida pelos cuidadores formais em contexto institucional.

2.3. Definição de objetivos

A etapa de fixação dos objetivos, segundo Imperatori e Giraldes (1993), integra o processo de planeamento em saúde e educação e consiste em definir com clareza o que se pretende alcançar com uma intervenção. Estes autores destacam que a definição dos objetivos é essencial para orientar a

ação, permitir a avaliação e garantir coerência entre as necessidades identificadas e as estratégias a desenvolver. Após a priorização dos problemas, ou seja, depois de identificar quais as questões mais importantes e urgentes a resolver, a fase de fixação dos objetivos constitui o passo seguinte e fundamental, uma vez que determina o que se pretende alcançar com a intervenção.

O propósito desta etapa, segundo Imperatori e Giraldes (1993), consiste em transformar os problemas priorizados em metas concretas de intervenção, garantindo que todas as ações planeadas tenham direção e sentido, bem como facilitando a avaliação posterior, ao permitir comparar os resultados alcançados com os objetivos definidos.

No que se refere às características principais dos objetivos, estes devem ser formulados de forma clara e precisa, compreensível e sem ambiguidades, de modo que cada objetivo indique quem, o quê e, sempre que possível, como se pretende promover a mudança. Os objetivos devem manter coerência com o diagnóstico, derivando diretamente dos problemas priorizados e evitando formulações arbitrárias, estabelecendo uma ligação lógica entre problema, objetivo, ação e avaliação. Relativamente aos níveis de objetivos, distinguem-se os objetivos gerais, mais abrangentes e que representam a intenção global da intervenção, e os objetivos específicos, mais concretos e detalhados, que permitem identificar resultados mensuráveis ou mudanças observáveis (Imperatori & Giraldes, 1993).

Os objetivos devem ainda ser mensuráveis e realistas, permitindo verificar se foram alcançados e considerando os recursos, o tempo e o contexto disponíveis. É igualmente importante definir um horizonte temporal, atribuindo a cada objetivo um prazo que facilite o planeamento das etapas seguintes.

A fixação de objetivos funciona como uma ponte entre o diagnóstico e a definição das ações. Na ausência de objetivos claros, as ações podem tornar-se dispersas ou inadequadas, e a avaliação dos resultados será dificultada. Com objetivos bem definidos, torna-se possível planejar posteriormente estratégias, recursos, responsabilidades e indicadores de avaliação, garantindo maior eficácia e coerência em todo o processo de intervenção.

Objetivos Gerais definidos:

- Promover a aquisição de conhecimentos dos cuidadores formais da ERPI sobre sobrecarga.
- Avaliar a qualidade e a eficácia da sessão de educação para a saúde dirigida aos cuidadores formais da ERPI.

Foram formulados cinco objetivos específicos:

- Contribuir para o aumento da compreensão da informação relacionada com a sobrecarga do cuidador formal da ERPI.
- Sensibilizar os participantes para a importância do conhecimento da sobrecarga no cuidador formal.
- Promover o conhecimento sobre estratégias de prevenção e gestão da sobrecarga.
- Avaliar a percepção dos cuidadores formais relativamente ao desempenho do formador.
- Avaliar a satisfação global dos cuidadores formais em relação à sessão de educação para a saúde.

Os objetivos operacionais:

- Que pelo menos 60% dos cuidadores formais participem na sessão de educação.
- Que pelo menos 50% dos cuidadores formais sejam capazes de identificar pelo menos três sinais de sobrecarga.
- Que pelo menos 50 % dos cuidadores formais respondam três estratégias para combater a sobrecarga.
- Que 80 % dos cuidadores formais recebam um folheto informativo sobre a sobrecarga.
- Que 80% dos cuidadores formais avaliem o desempenho do formador como satisfeito ou muito satisfeito.
- Que 80% dos cuidadores formais atribuam avaliação global positiva (satisfeito ou muito satisfeito) à sessão de educação para a saúde.

2.4. Seleção de estratégias

De acordo com a metodologia de planeamento em saúde (Imperatori & Giraldes, 1993), a etapa seguinte consistiu na seleção das estratégias mais adequadas para intervir sobre os problemas prioritários, visando a concretização dos objetivos previamente definidos.

O planeamento das atividades desenvolvidas no âmbito da intervenção dirigida aos cuidadores formais assentou em três estratégias fundamentais: o empoderamento comunitário, a educação para a saúde e a comunicação em saúde. Estas estratégias, amplamente reconhecidas no domínio da Enfermagem

Comunitária, constituem elementos essenciais para a promoção da literacia, da autonomia e do bem-estar dos indivíduos e grupos envolvidos.

O empoderamento comunitário foi considerado uma estratégia central, uma vez que permite reforçar a capacidade dos cuidadores formais para reconhecerem os seus próprios recursos, identificarem necessidades e participarem ativamente na construção de soluções. Ao envolver os cuidadores no processo educativo, valorizando o seu conhecimento prático e a sua experiência profissional, promove-se a autonomia e a tomada de decisão informada, favorecendo mudanças sustentadas nos comportamentos de autocuidado e na gestão da sobrecarga. Assim, esta estratégia contribui para o fortalecimento individual e coletivo, estimulando a participação ativa e o apoio mútuo no contexto da equipa (Melo, 2020).

Segundo a OMS (1998), a educação para a saúde constituiu outra estratégia estruturante da intervenção, assumindo-se como um processo sistemático de transmissão de conhecimentos, desenvolvimento de competências e promoção de comportamentos saudáveis. Através da sessão de educação para a saúde realizada, procurou-se capacitar os cuidadores formais para compreenderem os sinais de sobrecarga, os seus impactos na saúde física e emocional, e as estratégias eficazes para os prevenir ou gerir. A utilização de metodologias dinâmicas e participativas, bem como a disponibilização de um folheto sobre a sobrecarga, possibilitou uma maior consolidação dos conteúdos e facilitou a sua aplicabilidade no quotidiano profissional.

A comunicação em saúde desempenhou igualmente um papel fundamental, funcionando como instrumento facilitador na transmissão clara, acessível e adequada da informação. A adaptação da linguagem, a utilização de exemplos práticos e o estabelecimento de um ambiente de confiança foram elementos essenciais para garantir a compreensão e participação dos cuidadores durante a sessão. A comunicação eficaz permitiu, não apenas transmitir conhecimentos, mas também promover a expressão de dúvidas, experiências e perceções, contribuindo para uma maior adesão às práticas de autocuidado e para o fortalecimento das relações interpessoais no contexto institucional (Sequeira, 2016).

Em síntese, a integração destas três estratégias, permitiu estruturar uma intervenção coerente, participativa e orientada para a promoção do bem-estar dos cuidadores formais, potenciando a aquisição de competências primordiais à prevenção e gestão da sobrecarga no contexto da ERPI.

Na tabela 8 apresentam-se os objetivos (metas), as estratégias, as atividades desenvolvidas e os indicadores.

Tabela 8 - Objetivos, estratégias, atividades desenvolvidas e os indicadores.

OBJETIVOS OPERACIONAIS (METAS)
Que pelo menos 60% dos cuidadores formais participem na sessão de educação. Que pelo menos 50% dos cuidadores formais sejam capazes de identificar pelo menos três sinais de sobrecarga. Que pelo menos 50% dos cuidadores formais respondam três estratégias para combater a sobrecarga. Que 80 % dos participantes recebam um folheto informativo sobre a sobrecarga. Que 80% dos cuidadores formais avaliem o desempenho do formador como satisfeito ou muito satisfeito. Que 80% dos cuidadores formais atribuam avaliação global positiva (satisfeito ou muito satisfeito) à sessão de educação para a saúde.
ESTRATÉGIAS
Empoderamento comunitário; Educação para a saúde; Comunicação em saúde.
ATIVIDADES DESENVOLVIDAS
A1: Elaboração de uma sessão de educação para os cuidadores formais sobre a sobrecarga do cuidador formal, agendada para novembro de 2025. A2: Elaboração de um folheto informativo sobre a sobrecarga. A3: Construção de um questionário para avaliação da sessão de educação. A4: Construção de um questionário de avaliação da formação pelo formando.
INDICADORES DE AVALIAÇÃO
Indicador de adesão: - 60% dos cuidadores formais presentes na sessão de educação; Indicador de atividade: - 100% dos produtos de divulgação elaborados; - 80% dos cuidadores formais recebam um folheto informativo sobre a sobrecarga. Indicador de resultado: - 50% dos cuidadores formais respondam três sinais de sobrecarga; - 50% dos cuidadores formais respondam três estratégias para combater a sobrecarga. - Que 80% dos cuidadores formais avaliem o desempenho do formador como satisfeito ou muito satisfeito. - Que 80% dos cuidadores formais atribuam avaliação global positiva (satisfeito ou muito satisfeito) à sessão de educação para a saúde.

Fonte: Elaboração própria.

2.5. Preparação e execução do projeto

Após a seleção das estratégias, segue-se a fase da preparação operacional ou programação, que consiste em transformar as estratégias escolhidas em ações concretas, definindo o que será feito, por quem, com que recursos e em que prazos. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), esta etapa é essencial para que o plano deixe de ser apenas teórico e se torne exequível e estruturado, garantindo coerência

entre objetivos, métodos e recursos, bem como possibilitando o acompanhamento e avaliação da intervenção.

A preparação da execução das atividades do projeto, à luz do que é defendido por Imperatori e Giraldes, constituiu um momento essencial para assegurar a coerência, a organização e a eficácia da intervenção dirigida aos cuidadores formais da ERPI. Segundo estes autores, esta fase implica a clarificação e estruturação cuidadosa de todos os elementos necessários à implementação, de modo a garantir que a execução decorre em consonância com os objetivos previamente definidos.

Assim, a preparação da execução iniciou-se pela realização de um Plano de Sessão (Apêndice VII) com a definição pormenorizada das atividades educativas, especificando-se os conteúdos a abordar, a duração da sessão, o local, os materiais de apoio e a metodologia pedagógica a utilizar. Este planeamento pormenorizado possibilitou a definição de uma linha de ação clara e sistematizada, garantindo que cada componente da intervenção contribísse para o desenvolvimento das competências pretendidas, nomeadamente o reconhecimento dos sinais de sobrecarga e a identificação de estratégias para a sua mitigação.

Em conformidade com Imperatori e Giraldes, procedeu-se também à organização dos recursos materiais e logísticos, garantindo que o espaço físico apresentava condições favoráveis à aprendizagem e à participação ativa dos cuidadores formais. Foram preparados antecipadamente os materiais didáticos, como o folheto informativo (Apêndice VIII), os slides da sessão de educação (Apêndice IX), o questionário de avaliação pós-sessão (Apêndice X) e o questionário de avaliação da formação pelo formando (Apêndice XI). Esta organização antecipada permitiu minimizar interrupções durante a execução e criou um ambiente propício a um processo educativo fluido e eficaz.

Outro aspeto valorizado por estes autores é a antecipação de dificuldades potenciais, que, neste projeto, se traduziu na previsão de constrangimentos relacionados com os horários dos cuidadores formais, a sua disponibilidade ou eventuais limitações de recursos. Foram, por isso, consideradas alternativas de horário e estratégias de adaptação, de forma a maximizar a participação e assegurar a continuidade da ação mesmo perante imprevistos.

Por fim, ainda em consonância com Imperatori e Giraldes, a preparação da execução incluiu a definição dos procedimentos de monitorização e avaliação, nomeadamente a forma de registo da participação, a recolha de dados sobre os conhecimentos adquiridos e a verificação do cumprimento das metas estabelecidas. Este planeamento permitiu garantir um acompanhamento rigoroso da atividade e contribuiu para a fiabilidade dos resultados obtidos.

Deste modo, a preparação da execução, orientada pelas recomendações destes autores, assegurou que a intervenção decorreu de forma consistente, organizada e adaptada à realidade dos cuidadores formais, potenciando a eficácia das atividades e a obtenção dos resultados esperados.

2.6. Avaliação do projeto

A fase da avaliação é a etapa final do processo de planeamento em saúde e educação e tem como principal objetivo verificar se os objetivos propostos foram alcançados e se as intervenções implementadas foram eficazes. Segundo Imperatori e Giraldes (1993), a avaliação não se limita apenas a quantificar resultados, mas também permite analisar o processo, identificar dificuldades, corrigir desvios e melhorar futuras intervenções.

Entre os principais aspetos da avaliação, destaca-se a avaliação de resultados, que permite determinar se os objetivos gerais e específicos foram atingidos, baseando-se em indicadores previamente definidos durante a fase de programação. A avaliação do processo analisa como as atividades foram executadas, verificando se houve coerência entre o planeamento e a implementação e identificando falhas, dificuldades e boas práticas durante a execução. Os resultados da avaliação devem ainda servir de feedback e aprendizagem, de modo a melhorar intervenções futuras.

Em resumo, a fase da avaliação, segundo Imperatori e Giraldes, assegura a verificação dos resultados e do processo, possibilita a aprendizagem a partir da experiência e contribui para o aperfeiçoamento contínuo das intervenções, fechando o ciclo do planeamento de forma estruturada e reflexiva.

A tabela 9 apresenta indicadores de atividade e indicadores de resultado da sessão de educação para a saúde sobre a sobrecarga direcionada a cuidadores formais numa ERPI, comparando metas planeadas com resultados alcançados.

Tabela 9 - Indicadores de atividade e indicadores de resultado

Indicadores de Atividade	Meta	Resultado	Avaliação
Nº de sessões de educação realizadas (4) / Nº total de sessões de educação planeadas (4) x 100%	100%	100%	Atingido
Nº de cuidadores formais que recebam o folheto sobre a sobrecarga/ Nº de cuidadores formais presentes na sessão x 100%	80%	100%	Atingido
Indicadores de Adesão	Meta	Resultado	Avaliação
Nº de cuidadores formais que participaram nas sessões de educação/ Nº de cuidadores formais da amostra x 100%	60%	77%	Atingido
Indicadores de Resultado	Meta	Resultado	Avaliação
Nº de cuidadores formais que respondam três sinais de sobrecarga/ Nº de cuidadores formais que respondeu x 100%	50%	70%	Atingido
Nº de cuidadores formais que respondam três estratégias para combater a sobrecarga/ Nº de cuidadores formais que respondeu x 100%	50%	53%	Atingido
Avaliar o desempenho do formador	80%	97%	Atingido
Avaliação global da sessão de educação para a saúde	80%	96%	Atingido

Fonte: Elaboração própria, baseado em dados recolhidos.

Para a gestão e análise dos dados recolhidos, foi construída uma base de dados em Microsoft Excel, na qual foram introduzidas as respostas dos participantes ao questionário de avaliação pós-sessão de educação para a saúde (Apêndice XII) e do questionário de avaliação da formação pelos formandos (Apêndice XIII). O registo desta base de dados permite garantir a rastreabilidade das respostas e a transparência do processo de tratamento da informação. De acordo com DeVellis e Thorpe (2022), uma organização sistemática e rigorosa dos dados constitui um requisito fundamental para assegurar a fiabilidade e a validade dos resultados de um estudo. Adicionalmente, a utilização de ferramentas informáticas, como o Excel, permite uma gestão eficiente dos dados e facilita o processo de análise, aspeto salientado por Laverack (2008) ao sublinhar a relevância da organização e análise de dados na avaliação da eficácia das intervenções em saúde.

A análise dos indicadores de atividade e de resultado da intervenção revela que todas as metas foram atingidas ou superadas. No que diz respeito às atividades, todos os produtos de divulgação previstos foram realizados (100%) e a participação dos cuidadores formais nas sessões de formação superou a

meta estabelecida (77% vs. 60%), demonstrando uma boa adesão. Quanto aos resultados, 70% dos cuidadores formais conseguiram identificar corretamente três sinais de sobrecarga e 53% indicaram estratégias para lidar com a sobrecarga, superando ligeiramente as metas definidas (50%). Além disso, todos os participantes receberam o folheto educativo previsto (100%).

Relativamente à avaliação do desempenho do formador, o resultado obtido foi de 97%, ultrapassando claramente a meta estabelecida de 80%, sendo, por isso, considerado atingido. Este valor sugere que os participantes reconheceram de forma muito favorável a atuação do formador, nomeadamente no que respeita à clareza da comunicação, domínio dos conteúdos, capacidade pedagógica e adequação da metodologia utilizada. Estes aspetos são fundamentais para promover o envolvimento dos cuidadores formais e facilitar a aquisição de conhecimentos. No que concerne à avaliação global da sessão de educação para a saúde, foi alcançado um resultado de 96%, igualmente superior à meta definida de 80%, sendo também classificado como atingido. Este resultado reflete um elevado nível de satisfação dos participantes com a sessão, indicando que os conteúdos abordados foram considerados relevantes, úteis e adequados às suas necessidades, bem como que a organização e dinâmica da sessão foram globalmente bem avaliadas.

3. ANÁLISE E REFLEXÃO

O presente capítulo dedica-se à análise e reflexão dos resultados obtidos ao longo do estudo, permitindo uma interpretação crítica dos dados recolhidos. Procura-se relacionar os principais achados com os objetivos definidos, bem como com a evidência científica existente, contribuindo para uma compreensão mais aprofundada da problemática em estudo.

A enfermagem baseada na evidência constitui um pilar fundamental para intervenções eficazes junto de cuidadores formais, garantindo que as estratégias implementadas respondam a necessidades reais e reduzam a sobrecarga percebida (Pereira, 2017). No contexto de uma ERPI, a aplicação da enfermagem baseada na evidência permite ao enfermeiro planejar, executar e avaliar intervenções de forma segura, eficaz e ajustada ao perfil do cuidador e do cliente.

3.1. Discussão dos resultados

Os resultados obtidos no presente projeto revelam-se coerentes com os objetivos definidos inicialmente, permitindo responder de forma clara, lógica e fundamentada à questão de investigação: *“Quais são os níveis de sobrecarga percebidos pelos cuidadores formais numa ERPI?”*. A articulação entre os dados empíricos e os objetivos previamente estabelecidos evidencia a adequação metodológica do estudo e a consistência do processo de planeamento em saúde adotado, conforme preconizado por Imperatori e Giraldes (1993).

A identificação de que 67% dos cuidadores formais apresentam sobrecarga, sendo 37% classificada como intensa, confirma a magnitude do problema e reforça a necessidade de intervenção em saúde pública dirigida a este grupo profissional. Estes resultados são congruentes com a literatura, que descreve a sobrecarga do cuidador formal como um fenómeno multifatorial, associado à exigência física, emocional e organizacional inerente à prestação de cuidados a pessoas idosas dependentes em contexto institucional (Martins et al., 2019; Quaresma, 2018).

A caracterização sociodemográfica e profissional da amostra, marcada pelo predomínio do sexo feminino e de profissionais maioritariamente jovens, predominantemente Técnicos Auxiliares de Saúde, vai ao encontro do perfil descrito em estudos nacionais e internacionais realizados em ERPI (Oliveira, 2023; Rice & Gérain, 2019). Estes achados reforçam a vulnerabilidade deste grupo profissional, frequentemente exposto a condições de trabalho exigentes, escassez de recursos humanos e reduzido reconhecimento institucional, fatores reconhecidos como potenciadores de desgaste emocional e sobrecarga profissional (Id, 2020).

A utilização da Escala de Zarit revelou elevada consistência interna ($\alpha=0,90$), confirmando a validade e fiabilidade do instrumento no contexto estudado, tal como descrito por Sequeira (2010) e Marôco (2018). Os itens com médias mais elevadas, nomeadamente a perceção de dependência excessiva dos clientes e o esgotamento no final do turno, traduzem uma sobrecarga objetiva e subjetiva significativa. Estes resultados estão alinhados com a evidência científica, que identifica a dependência funcional dos residentes, a intensidade dos cuidados e a exigência emocional como fatores determinantes do cansaço físico e psicológico dos cuidadores formais (Pires, 2023; Soares, 2025).

Adicionalmente, estudos que recorreram igualmente à Escala de Zarit corroboram estes achados. O estudo de Calha & Chambel (2016), desenvolvido com cuidadores formais em contexto institucional, evidenciou níveis moderados a elevados de sobrecarga, destacando como principais preditores o contacto prolongado com situações de grande dependência, a escassez de tempo para o desempenho das funções e a exigência emocional associada ao cuidar. Tal como verificado no presente projeto, os autores salientam que a perceção de responsabilidade contínua e a sensação de desgaste no final do turno constituem dimensões centrais da sobrecarga experienciada.

De igual modo, Maronesi e colaboradores (2014), ao aplicarem a Escala de Zarit em profissionais que prestavam cuidados a pessoas dependentes, identificaram uma associação significativa entre maior grau de dependência dos clientes e níveis mais elevados de exaustão física e emocional. Os resultados apontaram para a coexistência de sobrecarga objetiva, relacionada com o volume e complexidade dos cuidados e subjetiva, associada ao impacto emocional do cuidar, convergindo com os dados obtidos neste estudo, onde os itens relacionados com dependência excessiva e esgotamento assumiram maior expressão.

Assim, a análise comparativa permite afirmar que os resultados encontrados vão ao encontro da evidência produzida por Calha e Chambel (2016) e Maronesi e colaboradores (2014), reforçando a pertinência da Escala de Zarit como instrumento sensível para avaliar a sobrecarga em cuidadores formais e sublinhando a necessidade de intervenções estruturadas que promovam estratégias de coping, suporte organizacional e valorização profissional no contexto das ERPI.

A ausência de correlações estatisticamente significativas entre a sobrecarga e variáveis como idade, sexo ou habilitações literárias sugere que a experiência de sobrecarga não depende predominantemente de características individuais, mas sim de fatores organizacionais e contextuais. Em contrapartida, a correlação significativa entre níveis mais elevados de sobrecarga e contratos a termo certo evidencia o impacto da instabilidade laboral no bem-estar emocional dos cuidadores, corroborando estudos que associam precariedade contratual a maior stress, insegurança profissional e risco acrescido de burnout (Rice & Gérain, 2019; Id, 2020).

Os diagnósticos de enfermagem formulados — Risco de capacidade comprometida para cuidar, Exaustão relacionada com a prestação de cuidados e Desempenho de papel comprometido — encontram-se sustentados nos dados obtidos e enquadrados na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPÉ®), refletindo respostas humanas complexas a contextos laborais exigentes (OE, 2019a). A formulação destes diagnósticos evidencia o julgamento clínico especializado do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, capaz de integrar dados quantitativos, contexto institucional e evidência científica para orientar intervenções ajustadas às necessidades reais da população.

A implementação da sessão de educação para a saúde revelou ganhos efetivos ao nível do conhecimento, com superação das metas previamente definidas, demonstrando a eficácia das estratégias de empoderamento comunitário, educação para a saúde e comunicação em saúde. Estes resultados vão ao encontro do Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, ao evidenciarem que o aumento do conhecimento e da perceção de controlo favorece comportamentos de autocuidado e gestão do stress (Pender et al., 2015). Paralelamente, a abordagem adotada encontra sustentação na Teoria do Conforto de Kolcaba, ao promover intervenções direcionadas ao alívio, tranquilidade e transcendência dos cuidadores formais (Kolcaba, 1994).

Os resultados observados nesta investigação devem ser considerados ao olhar para os desafios contemporâneos da investigação em enfermagem, os quais incluem a necessidade de maior visibilidade científica, comunicação eficaz dos resultados e alinhamento com prioridades científicas e sociais definidas pela comunidade de enfermagem (Sousa et al., 2022).

3.2. Limitações do projeto

Apesar da relevância dos resultados obtidos, importa reconhecer de forma crítica e transparente as limitações do presente projeto. A principal limitação relaciona-se com a utilização de uma amostra não probabilística por conveniência e de reduzida dimensão ($n=30$), o que condiciona a generalização dos resultados a outros contextos institucionais, conforme salientado por Marôco (2018).

O carácter transversal do estudo configura igualmente uma limitação, uma vez que não permite analisar a evolução dos níveis de sobrecarga ao longo do tempo, nem avaliar o impacto sustentado das intervenções implementadas (Imperatori & Giraldes, 1993). Acresce ainda o recurso a instrumentos de autorresposta, os quais, apesar de validados e amplamente utilizados, podem introduzir enviesamentos na recolha de dados. Entre estes, destaca-se o fenómeno da desejabilidade social, em que os participantes tendem a responder de forma a serem percecionados de maneira mais favorável

ou socialmente aceitável, em detrimento da expressão fidedigna das suas experiências. Este risco é particularmente relevante em contextos institucionais hierarquizados, como as ERPI, onde os cuidadores formais podem recear julgamento profissional, estigmatização ou eventuais repercussões laborais, conduzindo à subvalorização dos níveis reais de sobrecarga percebida (Sequeira, 2010).

As limitações temporais inerentes ao estágio condicionaram igualmente a implementação de intervenções prolongadas e a avaliação a médio e longo prazo. Contudo, estas limitações foram parcialmente mitigadas através da utilização de instrumentos validados, análise estatística rigorosa e confronto sistemático dos resultados com a evidência científica disponível.

Para futuros projetos, recomenda-se a realização de estudos longitudinais, com amostras mais alargadas e diversificadas, bem como a integração de metodologias qualitativas que permitam aprofundar a compreensão da experiência subjetiva da sobrecarga do cuidador formal, conforme defendido por Pires (2023).

3.3. Competências adquiridas

O desenvolvimento deste projeto permitiu a consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista, nomeadamente nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal, da comunicação terapêutica e da tomada de decisão baseada na evidência científica, em consonância com o Regulamento n.º 140/2019 da OE (2019b). O cumprimento rigoroso dos princípios éticos da investigação, designadamente no que respeita à confidencialidade, ao consentimento informado e ao respeito pela autonomia dos participantes, evidencia maturidade profissional e sólido julgamento ético, em alinhamento com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública (OE, 2015, 2018).

No âmbito das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, destaca-se a capacidade de realizar o diagnóstico de situação com base na metodologia de planeamento em saúde de Imperatori e Giraldes (1993), mobilizando instrumentos de colheita de dados válidos, fiáveis, responsivos e eficientes. A análise crítica da Escala de Zarit, particularmente no que se refere à sua validade e fiabilidade, evidencia domínio metodológico e julgamento clínico especializado, essenciais à prática avançada em enfermagem comunitária (Sequeira, 2010; Marôco, 2018). A identificação, priorização e formulação de diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE®, bem como a definição de objetivos, estratégias de intervenção e critérios de avaliação, refletem a complexidade inerente às intervenções de enfermagem comunitária e a necessidade de uma abordagem integrada, centrada nos determinantes sociais da saúde e orientada para a promoção do

bem-estar das populações (OE, 2018). A aplicação dos referenciais teóricos de Nola Pender e de Kolcaba sustentou decisões clínicas promotoras da saúde, do conforto e do empoderamento dos cuidadores formais, assegurando a coerência das intervenções com os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem comunitária e de saúde pública (Kolcaba, 1994; OE, 2015; Pender et al., 2015).

Relativamente às competências de mestre, o relatório desenvolvido evidencia a capacidade de análise crítica, de integração de conhecimento científico e de produção de investigação aplicada à prática profissional, em conformidade com o perfil de competências e os resultados de aprendizagem previstos no Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto, para os ciclos de estudos conducentes ao grau de mestre. A mobilização sistemática da evidência científica, com particular enfoque na produção académica de enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária, demonstra autonomia intelectual, rigor científico e competência para fundamentar decisões clínicas e organizacionais de forma informada e contextualizada (OE, 2018). A reflexão crítica sobre os resultados alcançados, as limitações identificadas e as implicações práticas do projeto traduzem um processo de desenvolvimento pessoal e profissional contínuo, consolidando competências avançadas para intervir em contextos complexos, contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e para o fortalecimento da enfermagem enquanto disciplina científica.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente Relatório de Estágio de Natureza Profissional permitiu integrar, de forma crítica e reflexiva, os conhecimentos teóricos, metodológicos e práticos adquiridos ao longo do Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública. O desenvolvimento do projeto de intervenção “Cuidar de quem Cuida: Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública”, centrado na avaliação dos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais em contexto de Estrutura Residencial para Pessoas Idosas, constituiu um contributo relevante para a consolidação das competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, bem como das competências associadas ao grau de mestre.

Relativamente às competências comuns do Enfermeiro Especialista, definidas no Regulamento n.º 140/2019 da OE, este percurso evidenciou a capacidade de exercer uma prática profissional baseada na melhor evidência científica disponível, sustentada no pensamento crítico e na tomada de decisão ética e responsável. A realização de uma revisão sistemática da literatura, a escolha e aplicação do questionário e a análise estatística rigorosa dos dados permitiram fundamentar a intervenção desenvolvida, assegurando a qualidade, segurança e pertinência dos cuidados de enfermagem prestados aos cuidadores formais.

No que respeita às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, conforme o Regulamento n.º 428/2018, destacou-se o domínio da metodologia de planeamento em saúde, nomeadamente a realização do diagnóstico de situação, a identificação dos determinantes da saúde relacionados com a sobrecarga dos cuidadores formais, a definição de prioridades, a formulação de objetivos e a seleção de estratégias de intervenção adequadas ao contexto comunitário. A identificação de problemas prioritários e a formulação de diagnósticos de enfermagem segundo a CIPE® refletem a capacidade de intervir de forma sistematizada, orientada para a promoção da saúde, prevenção da doença e redução das desigualdades em saúde, em consonância com os princípios da saúde pública.

De acordo com o Regulamento n.º 428/2018, que enquadra o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária, o projeto desenvolvido evidencia a competência para intervir junto de grupos em situação de vulnerabilidade, mobilizando recursos institucionais e comunitários, promovendo a capacitação dos profissionais e contribuindo para a criação de ambientes de trabalho mais saudáveis. A intervenção dirigida aos cuidadores formais reforça o papel do Enfermeiro Especialista enquanto agente promotor de mudanças sustentáveis, capaz de influenciar

práticas organizacionais e sensibilizar para a importância do bem-estar ocupacional como determinante da qualidade dos cuidados.

As conclusões do estudo encontram-se claramente fundamentadas nos dados obtidos e na análise dos dados, permitindo identificar que cuidadores formais apresentam níveis de sobrecarga ligeira a intensa. A associação entre vínculos contratuais menos estáveis e níveis mais elevados de sobrecarga evidencia o impacto dos fatores organizacionais na saúde dos profissionais, sustentando a formulação dos diagnósticos de enfermagem “Risco de capacidade comprometida para cuidar”, “Exaustão relacionada com a prestação de cuidados” e “Desempenho de papel comprometido”. Estes diagnósticos refletem respostas humanas relevantes e passíveis de intervenção no âmbito da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública.

No que concerne aos ganhos sensíveis aos cuidados, salienta-se a valorização do cuidador formal enquanto foco legítimo da intervenção de enfermagem comunitária, em consonância com os princípios da promoção da saúde e da proteção da saúde no trabalho. O processo de diagnóstico contribuiu para aumentar a consciencialização institucional sobre a problemática da sobrecarga, potenciar a literacia em saúde dos cuidadores e reforçar a centralidade do Enfermeiro Especialista na monitorização do bem-estar profissional, traduzindo-se em ganhos potenciais ao nível da prevenção do desgaste profissional, da satisfação no trabalho e da qualidade dos cuidados prestados às pessoas idosas institucionalizadas.

Face aos resultados obtidos, emergem recomendações fundamentadas para a prática, educação e políticas de saúde. Ao nível da prática profissional, recomenda-se a integração sistemática da avaliação da sobrecarga dos cuidadores formais nos processos de diagnóstico comunitário, bem como o desenvolvimento de intervenções regulares de promoção do autocuidado, gestão do stress e apoio emocional. No domínio da educação, destaca-se a necessidade de investir na formação contínua dos cuidadores e das equipas multidisciplinares, promovendo competências relacionais, emocionais e de coping. Ao nível das políticas, torna-se essencial a implementação de medidas que promovam vínculos contratuais mais estáveis, rácios adequados cuidador/cliente e políticas institucionais alinhadas com a promoção da saúde ocupacional, em consonância com as orientações da saúde pública e da OE.

Relativamente à continuidade do projeto, propõe-se o desenvolvimento de estudos futuros com amostras mais alargadas e em diferentes contextos institucionais, bem como a implementação e avaliação de programas de intervenção estruturados, liderados pelo Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. A realização de estudos longitudinais permitirá avaliar o

impacto das intervenções ao longo do tempo, contribuindo para a produção de conhecimento relevante e transferível para a prática profissional.

As intervenções dirigidas aos cuidadores formais devem ser integradas em estratégias sustentadas e alinhadas com o Plano Nacional de Saúde 2021–2030, promovendo ambientes de trabalho saudáveis, valorização profissional e proteção da saúde mental. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública assume um papel central na operacionalização destes objetivos a nível local.

Em síntese, o desenvolvimento deste projeto permitiu consolidar competências essenciais à prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, reforçando a sua intervenção na promoção da saúde, prevenção da doença e proteção do bem-estar dos cuidadores formais. Cuidar de quem cuida afirma-se, assim, como uma prioridade ética, profissional e estratégica em saúde pública, alinhada com os referenciais da OE e com os desafios atuais dos cuidados de saúde.

O trabalho encontra-se alinhado com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030, destacando-se o ODS 3, ao promover o bem-estar dos cuidadores formais como fator determinante da qualidade dos cuidados, o ODS 4, ao valorizar a formação contínua e o ODS 8, ao evidenciar a importância de condições de trabalho dignas e sustentáveis em ERPI. Globalmente, contribui para uma abordagem sustentável dos cuidados de saúde e reforça o papel da enfermagem na promoção de ambientes de trabalho saudáveis e centrados nas pessoas.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Barreira, L. F. (2025). *Um novo modelo para as Estruturas Residenciais para Pessoas Idosas*. Just News.

Calha, A., & Chambel, D. (2016). Nível de sobrecarga subjetiva em cuidadores formais de idosos institucionalizados. *Millenium*, 2(ed espec nº1), 195-201. Acedido a 03/01/2026. Disponível em: <file:///C:/Users/User/Downloads/admin,+10062-30113-2-PB-195-201.pdf>

Chen Xiong C., Biscardi, M., Astell, A., Emily Nalder, E., Cameron, J., Mihailidis, A., & Colantonio, A. (2020). Sex and gender differences in caregiving burden experienced by family caregivers of persons with dementia: A systematic review. *PLOS ONE* 15(4): DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0231848>

Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida. (2021). *Recomendações para a elaboração de consentimento informado*. Acedido a 23/05/2025. Disponível em: <https://www.cnecev.pt>

Decreto-Lei n.º 65/2018. Diário da República, n.º 157/2018, série I, 16 Agosto. Acedido a 24/05/2025. Disponível em: <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

DeVellis, R. F. & Thorpe, C. T. (2022). *Scale Development Theory and Applications*. 5ª Editions. Sage publications inc. ISBN: 9781544379340

DGS. (2025). *Plano Nacional de Saúde 2030*. Acedido a 21/11/2025. Disponível em: <https://pns.dgs.pt/>

Escola Superior de Saúde Atlântica (2023). Normas de elaboração e apresentação da dissertação/trabalho de projeto/relatório final de estágio. Acedido em 19/12/2025. Disponível em [file:///C:/Users/User/Downloads/NORMAS_DE_ELABORAC%CC%A7A%CC%83O_E_APRESENTAC%CC%A7A%CC%83O_De%20TFMestrado%20ENF%20\(2\)%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/User/Downloads/NORMAS_DE_ELABORAC%CC%A7A%CC%83O_E_APRESENTAC%CC%A7A%CC%83O_De%20TFMestrado%20ENF%20(2)%20(1).pdf)

Gérain, P. & Emmanuelle, Z. (2019). Informal Caregiver Burnout? Development of a Theoretical Framework to Understand the Impact of Caregiving. *Frontiers in Psychology*. 10, article 1748. DOI: <http://dx.doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01748>

Gonçalves-Pereira, M., & Zarit, S. H. (2014). The Zarit burden interview in Portugal: Validity and recommendations in dementia and palliative care. *Acta Médica Portuguesa*, 27, 2, 163-165.

Graça, G. M., & Mestre, R. (2025). *Cuidar sem desgaste: fortalecendo quem cuida – intervenção de enfermagem comunitária e saúde pública para promoção da saúde dos cuidadores formais*. *RIAGE – Revista Ibero-Americana de Gerontologia*, 7, 362–372.

Guerra, M.; Martins, I.; Santos, D.; Veiga, J.; Moitas, R., & Silva, R. (2019). Cuidadores formais de idosos institucionalizados: percepções e satisfação profissional. *Gestão E Desenvolvimento*, (27), 291-313. Acedido a 27/05/2025. Disponível em: <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2019.385>

Imperatori, E., & Giraldes, M. R. (1993). *Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais* (3ª ed., rev. e atual.). Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública. Obras Avulsas.

Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Estimativas de população residente em portugal em 2023*. Acedido a 06/06/2025. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=645507713&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt

Kolcaba, K. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178-1184. DOI: 10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202. x.

Laverack, G. (2008). *Promoção de Saúde, Poder e Empoderamento*. ISBN: 9789898075093. Lisboa: Lusociência

Lei n.º 58/2019. Diário da República, nº 159/2019, série I. Acedido a 30/05/2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/58-2019-123815982>

Lu, J., Wang, Y., Hou, L., Zuo, Z., Zhang, N. & Wei, A. (2021). Multimorbidity patterns in old adults and their associated multi-layered factors: a cross-sectional study. *BMC geriatrics*, 21, p. 372. DOI: <http://dx.doi.org/10.1186/s12877-021-02292-w>

Marôco, J. (2018). *Análise Estatística com o SPSS Statistics*. 7ª edição. Pêro Pinheiro: Report Number, Lda. ISBN: 9899676357.

Maronesi, L. C., Silva, N. R. da Cantu, S. de O., & Santos, A. R. dos. (2014). Indicadores de stress e sobrecarga em cuidadores formais e informais de pacientes oncológicos. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 14(3), 877–892. Acedido a 06/01/2026. Disponível em: <https://repositorio.unesp.br/entities/publication/560b7c5e-110e-414c-8755-c15a1515d7ef>

Martins, G., Corrêa, L., Caparrol, A., Santos, P., Brugnera, L. & Gratão, A. (2019). Características sociodemográficas e de saúde de cuidadores formais e informais de idosos com Doença de Alzheimer. *Escola Anna Nery*. 23(2). DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2018-0327>

Martins, S. I. C. (2016). *Burnout e sobrecarga em cuidadores formais de idosos: complementaridade das abordagens quantitativa e qualitativa* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa. Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/29463>

Melo, P (2020). *Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel.

OE. (2009). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 6/06/2025. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>.

OE. (2015). *Deontologia profissional de enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. Acedido a 06/06/2025. Disponível em https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf.

OE. (2015). Regulamento n.º 348/2015. Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em ESCSP. Diário da República, n.º 215/2015, série II. Acedido a 07/01/2026. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/348-2015-67540266>

OE. (2018). Regulamento n.º 428/2018 – Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República, n.º 135/2018, série II. Acedido a 09/06/2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

OE. (2019a). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. CIPE Versão 2.0., do original Internacional Classification for Nursing Practice (ICNP), version 2. Lisboa: Ordem dos enfermeiros. ISBN: 978-92-95094-35-2

OE. (2019b). Regulamento n.º 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, n.º 26/2019, série II. Acedido a 23/05/2025. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

OE. (2021a). Aviso n.º 6702/2021: Programa formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária na área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na área de Enfermagem de Saúde Familiar. Diário da República n.º 71/2021, série II. Acedido a 11/01/2026. Disponível em:

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10880/programa_formativo_ec_spub_sfamiliar_rev34-vf.pdf

OE. (2021b). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Acedido a 12/11/2025. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e>

Oliveira, E. A. R. D., Pimenta, I. G. M., Sanches, J. V. V., Di Flora, W., & Cordeiro, G. G. (2023). Vivências e sobrecarga dos cuidadores formais de idosos de duas instituições de longa permanência: Um estudo qualitativo. *Interdisciplinary Journal of Ciências Médicas*, 7(1), 82–89. <https://revista.fcmmg.br/index.php/RICM/article/view/263~>

OMS. (1986). *Carta de Ottawa para a Promoção da Saúde*. Acedido a 26/05/2025. Disponível em: <https://www.OMS.int/publications/i/item/ottawa-charter-for-health-promotion>

OMS. (1998). *Health promotion glossary*. Geneva: World Health Organization.

OMS. (2020). Health promotion: A discussion document on the concepts and principles. Geneva: World Health Organization. <https://www.who.int/healthpromotion>

OMS. (2020a). *Decade of Healthy Ageing: Baseline report*. Acedido a 12/05/2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017900>

OMS. (2021a). *Framework for countries to achieve an integrated continuum of long-term care*. Acedido a 16/10/2025. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/7eea5d40-06e6-4702-b42d-6f89c7c70474/content>

OMS. (2021c). *Global strategy and action plan on ageing and health*. Acedido a 12/05/2025. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513500>.

Parker, M. E. & Smith, M. C. (2010). *Nursing Theories & Nursing Practice*. 146-166. 3ª edição. F. A. Davis Company: Philadelphia.

Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2015). *Promoção da saúde na prática de enfermagem* (6.ª ed.). Lusociência.

Pereira, R. (2017). Enfermagem Baseada na Evidência: Um Desafio, uma Oportunidade. in C. Marques-Vieira & L. Sousa, *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 101-111). Loures: Lusodidacta.

Pires, A. R. (2023). *Literacia em saúde e burnout dos cuidadores formais em contexto institucional: revisão da literatura*. Dissertação de Mestrado, orientado pela Professora Doutora Odete Amaral. Escola Superior de Saúde de Viseu, Viseu. Acedido a 06/06/2025. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.19/8225repositorio.ipv.pt>

Portaria nº67/2012 de 21 de março. Diário da República nº 58 - 1.ª série. Ministério da Solidariedade e da Segurança Social.

Quaresma, T. M. S. (2018). *Cuidar + "Sobrecarga dos prestadores de cuidados de utentes dependentes"* (Relatório de estágio de licenciatura, Instituto Politécnico de Castelo Branco).

Ribeiro, M. L. (2019). *"Boas práticas" nos cuidados formais a pessoas idosas: A perspetiva dos profissionais e das pessoas idosas* (Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa). Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ulisboa.pt/bitstream/10400.5/19283/1/TESE%20Maria.pdf>

Sequeira, C. (2010). Adaptação e validação da Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit. *Referência*, 2(12), 9–16. Smith, M. C. & Parker, M. E. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice*. 133-152. 4ª edição. F. A. Davis Company: Philadelphia.

Sequeira, C. (2016). *Comunicação em saúde: Fundamentos, estratégias e práticas*. Lisboa: Lidel.

Serviço Nacional de Saúde (2025). Bilhete de Identidade dos cuidados de saúde primários. Acedido a 19/05/2025. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/936/30039/3000490/Pages/default.aspx>

Serviço Nacional de Saúde (2025). Bilhete de Identidade dos cuidados de saúde primários. Acedido a 17/10/2025. Disponível em <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/3/936/30039/3111152/Pages/default.aspx>.

Smith, M. C. & Parker, M. E. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice*. 133-152. 4ª edição. F. A. Davis Company: Philadelphia.

Soares, J. E. F. (2025). *Burnout e os significados atribuídos ao trabalho em funcionários de ERPI*. Dissertação de Mestrado, orientado pelo Professor Ricardo Peixoto. Universidade Católica Portuguesa, Braga. Acedido a 06/06/2025. Disponível em <http://hdl.handle.net/10400.14/48021>

Sousa, L. M. M.; José, H. M. G.; Novo, A. F. M.P. (2022). Investigação em Enfermagem: Das prioridades aos Reptos. In M. Néné & C. Sequeira (Eds.), *Investigação em Enfermagem* (pp.227-244). Lidel.

Sousa, S. (2020). *Capacitar para Cuidar – Capacitação de Cuidadores Formais de Pessoas Idosas*. Tese de Mestrado, orientada pela Professora Doutora Sandra Xavier. Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde, Portalegre.

Sousa, S. M., Aguiar, V. F., Freitas, W. L., Sousa, N. L., Silva, E. C., Polaro, S. H., et al. (2024). Sobrecarga e fatores estressantes em cuidadores formais de instituições de longa permanência para pessoas idosas. *Enfermagem em Foco*, 15, e202440. <https://doi.org/10.21675/2357-707X.2024.v15.e-202440>

Vieira, M. M. (2021). *Cuidadores formais de doentes crónicos adultos: experiência de burnout, coping e significações*. Dissertação de Mestrado, orientada pelo Professor Doutor Fernando Fradique. Universidade de Lisboa, Lisboa. Acedido a 06/06/2025. Disponível em <http://hdl.handle.net/10451/56168>

World Medical Association. (2013). *Declaração de Helsínquia – Princípios Éticos para a Investigação Médica Envolvendo Seres Humanos*. <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>

ANEXOS

ANEXO I - Escala de Sobrecarga do Cuidador de Zarit

Escala de sobrecarga do cuidador (Sequeira, 2010)

A escala de sobrecarga do cuidador é uma escala que avalia a sobrecarga objetiva e subjetiva do cuidador.

Leia atentamente cada uma das afirmações, e indique de que modo se aplica ao seu caso, colocando o sinal **X** no espaço que melhor corresponder à sua opinião.

N.º	Item	Nunca	Quase nunca	Às vezes	Muitas vezes	Quase sempre
1	Sente que os clientes dependem excessivamente de si?					
2	Sente que não tem tempo suficiente para si devido ao trabalho de cuidar?					
3	Sente-se tenso(a) quando está com os clientes?					
4	Sente que o cuidado que presta lhe causa stress?					
5	Sente-se incomodado(a) por ter de lidar com comportamentos difíceis dos clientes?					
6	Sente que o trabalho interfere com a sua vida pessoal?					
7	Sente-se esgotado(a) no final do turno devido às tarefas de cuidar?					
8	Sente-se envergonhado(a) por causa do comportamento de algum cliente?					
9	Sente que a sua saúde está a ser afetada devido às exigências do trabalho?					
10	Sente que não consegue ter vida social por causa do trabalho?					
11	Sente-se desconfortável com a dependência de alguns clientes?					
12	Sente-se irritado(a) ou zangado(a) quando está com os clientes?					
13	Sente que o seu equilíbrio emocional é afetado pelas exigências do cuidado?					
14	Sente que a sua vida foi negativamente afetada pelo trabalho com clientes dependentes?					
15	Sente-se incerto(a) quanto ao que fazer no cuidado de clientes com grande dependência?					
16	Sente que não está a fazer o suficiente pelos clientes?					
17	Sente que poderia prestar melhores cuidados aos clientes?					
18	Sente que gostaria de delegar algumas tarefas de cuidado a outros colegas?					
19	Sente que perdeu o controlo da sua vida devido ao trabalho?					
20	Sente-se sobrecarregado(a) só de pensar em ter de cuidar de clientes com necessidades complexas durante longos períodos?					
21	Sente que gostaria de abandonar o trabalho devido à carga emocional?					
22	No geral, sente-se sobrecarregado(a) com o seu papel de cuidador(a) profissional?					

ANEXO II - Parecer da Comissão de Ética

PARECER COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSATLA

PCE9_2015

Assunto: Projeto no âmbito da Unidade Curricular Estágio de Natureza Profissionalizante, do 1º semestre do 2º Mestrado em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública: “Cuidar de quem Cuida”.

No seguimento da solicitação de Parecer aos membros da Comissão de Ética, com o propósito de analisar o pedido supracitado, considerou-se que a proposta de investigação apresentada, respeita os princípios deontológicos e legais específicos para estas situações, encontrando-se ao abrigo da ponderação exigida pela referida Comissão, tendo sido dada a garantia de que os dados serão trabalhados de acordo com os princípios vigentes na Comissão de Ética, respeitando valores subjacentes à ordem científica e cultural em apreço.

Barcarena, 30 de junho de 2025

A Presidente Comissão de Ética da ESSATLA

Assinado por: **MARIA JOÃO DE
ALMEIDA DOS SANTOS**

Num. de Identificação:

08540466 Data: 2025.06.30

15:41:40+01'00'

Professora Adjunta Maria João Santos

APÊNDICES

APÊNDICE I - Cronograma de Atividades

Objetivo	Atividades	Maio			Junho				Julho		Setembro			Outubro					Novembro				Dezembro		
		3ºS	4ºS	5ºS	1ºS	2ºS	3ºS	4ºS	1ºS	2ºS	2ºS	3ºS	4ºS	1ºS	2ºS	3ºS	4ºS	5ºS	1ºS	2ºS	3ºS	4ºS	1ºS	2ºS	3ºS
Integração	Integração na unidade: conhecer equipa, instalações, protocolos e normas. Revisão do plano de estágio e objetivos de aprendizagem. Observação das rotinas diárias.																								
Cooperação	Identificar e analisar os projetos em desenvolvimento																								
	Participação em reuniões de enfermagem comunitária																								
	Observação e participação de consultas de enfermagem domiciliária																								
	Desenvolver atividades de educação para a saúde e prevenção da doença																								
Diagnóstico de situação	Identificação da temática, projeto de intervenção e população alvo																								
	Seleção e elaboração de instrumentos de colheita de dados: questionário, consentimento informado																								
	Aplicação dos instrumentos de colheita de dados																								
	Análise dos dados																								
Definição de prioridades	Planeamento da ação de formação																								
Fixação de objetivos	Planeamento da ação de formação																								
Seleção de estratégias	Planeamento da ação de formação																								
Execução	Desenvolvimento da ação de formação																								
Avaliação	Avaliação contínua																								
Competências	Promover o desenvolvimento de competências pessoais e profissionais																								
	Consolidar competências de investigação aplicada e análise crítica para a tomada de decisão baseada na evidência																								

**APÊNDICE II - Questionário de Caracterização Sociodemográfica e
Profissional**

Este estudo decorre no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, com a finalidade de identificar os níveis de sobrecarga dos cuidadores formais. As suas respostas serão estritamente confidenciais e utilizadas para fins académicos.

Agradecemos desde já a sua colaboração.

QUESTIONÁRIO CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

1. Dados Sociodemográficos

1.1 **Idade:** ____ anos

1.2 **Sexo:**

☐ Feminino

☐ Masculino

☐ Outro: _____

1.3 **Estado civil:**

☐ Solteiro(a)

☐ Casado(a) / União de facto

☐ Divorciado(a)

☐ Viúvo(a)

1.4 **Habilitações literárias:**

☐ Ensino primário (até 4.º ano)

☐ 1.º Ciclo do Ensino Básico (até ao 6.º ano)

☐ 2.º Ciclo do Ensino Básico (7.º ao 9.º ano)

☐ Ensino Secundário (10.º ao 12.º ano)

☐ Licenciatura

☐ Outra (especificar): _____

2. Dados Profissionais

2.1 Função que desempenha na ERPI:

- ☐ Técnico auxiliar de saúde
- ☐ Enfermeiro
- ☐ Outro (especifique): _____

2.2 Tempo a trabalhar na ERPI:

- ☐ Menos de 1 ano
- ☐ 1 a 5 anos
- ☐ 5 a 11 anos
- ☐ Mais de 11 anos

2.3 Tipo de vínculo contratual:

- ☐ Contrato sem termo (efetivo)
- ☐ Contrato a termo certo
- ☐ Contrato a termo incerto
- ☐ Outro: _____

2.4 Horário de trabalho:

- ☐ Turno fixo (manhã/tarde)
- ☐ Turno rotativo
- ☐ Trabalho noturno
- ☐ Outro: _____

2.5 Pretende continuar a trabalhar nesta área nos próximos anos?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não sabe

APÊNDICE III - Consentimento Informado

CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

de acordo com a Declaração de Helsínquia¹ e a Convenção de Oviedo²

Por favor, leia atentamente a informação que se segue. Se considerar que não está clara, que tem dúvidas, não hesite em solicitar mais informações e esclarecimentos. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor assine o consentimento.

Título do estudo: “Cuidar de quem Cuida: Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.”

Enquadramento: Estudo realizado no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária, na área da Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, na Escola Superior de Saúde Atlântica, pela aluna Rute Carina Batista Jordão, sob orientação da Professora Doutora Paula Maria Tavares Ribeiro Agostinho e da Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária [REDACTED].

Explicação do estudo: Este trabalho requer a aplicação de um questionário que identifica os níveis de sobrecarga dos cuidadores formais que podem ser alvo da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública e a caracterização sociodemográfica e profissional dos cuidadores formais. Tem como objetivo identificar os níveis de sobrecarga dos cuidadores formais e identificar as necessidades de intervenção em relação aos níveis de sobrecarga dos cuidadores formais. Não se identificam riscos associados à participação ou recusa no estudo, não havendo qualquer prejuízo para os seus direitos laborais ou profissionais.

Condições e financiamento: A sua participação neste estudo é voluntária, anónima e sem compensação monetária ou outro. Se decidir participar, poderá sempre interromper/desistir em qualquer momento.

Confidencialidade e anonimato: No estudo está garantido o anonimato dos participantes, assim como a confidencialidade dos dados recolhidos. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir a identificação dos intervenientes no estudo.

Agradeço, desde já, a sua colaboração e disponibilidade para participar neste estudo.

Rute Carina Batista Jordão



202490023@uatla.pt

Assinatura:

Rute Carina Batista Jordão

Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde que assina este documento, ter me sido dada oportunidade de fazer todas as questões sobre o assunto e para todas elas tive uma resposta esclarecedora, ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais se eu recusar esta solicitação, e ter-me sido dado tempo suficiente para refletir sobre esta proposta. Autorizo/Não autorizo (riscar o que não interessa) o ato indicado, bem como os procedimentos diretamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Nome:

Assinatura: Data: / /

SE NÃO FOR O PRÓPRIO A ASSINAR POR IDADE OU INCAPACIDADE

(se o menor tiver discernimento deve também assinar em cima, se consentir)

NOME:

BI/CD Nº: DATA OU VALIDADE / /

GRAU DE PARENTESCO OU TIPO DE REPRESENTAÇÃO:

ASSINATURA

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA/S E FEITO EM DUPLICADO: UMA VIA PARA O/A INVESTIGADOR/A, OUTRA PARA A PESSOA QUE CONSENTE

¹<https://www.ulsba.minsaude.pt/wpcontent/uploads/sites/15/2019/02/declaracaohelsingua.pdf>

²<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>

APÊNDICE IV - Termo de Responsabilidade para Garantia de
Confidencialidade dos Dados e Cumprimento do Regulamento Geral de
Proteção de Dados

**TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA GARANTIA DE CONFIDENCIALIDADE DOS DADOS E
CUMPRIMENTO DO REGULAMENTO GERAL DE PROTEÇÃO DE DADOS**

Eu, Rute Carina Batista Jordão identificada pelo Cartão de Cidadão nº [REDACTED], residente em Rua José Viana, nº1, 4º esquerdo, [REDACTED], investigadora do estudo académico no âmbito do Mestrado de Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública, intitulado "Cuidar de quem Cuida: Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública", confirmo que tenho conhecimento dos princípios de sigilo e de confidencialidade dos dados e que me comprometo a garantir o cumprimento dos mesmos.

Ao assinar este documento, comprometo-me a:

- Que não sejam recolhidos dados que sejam passíveis de identificação de qualquer participante;
- Que todos os questionários são anónimos, garantindo a impossibilidade de ligar consentimentos informados às respostas dadas pelos participantes;
- Após o preenchimento dos questionários, os mesmos serão digitalizados e mantidos num computador pessoal do investigador, em pasta de difícil acesso, protegida em segurança por palavra-passe forte e segundo fator de autenticação. Será criado repositório de segurança (backup), com o mesmo grau de proteção;
- Os documentos físicos originais serão destruídos;
- Não fornecer os dados recolhidos a terceiras partes, em nenhuma circunstância;
- Guardar as respostas obtidas, no seu formato original, durante o período de 3 anos após o fim do projeto. A conservação dos dados será efetuada pelo período de 3 anos, atendendo à possibilidade de ser solicitada revisão do estudo, para além da publicação ou para suporte a futuros estudos académicos.

Tudo faremos para garantir e cumprir as condições do Regulamento Geral sobre a Proteção de Dados para que este estudo decorra da melhor forma.

Barcarena, 11 de junho de 2025

Rute Carina Batista Jordão

APÊNDICE V - Pedido de parecer à Comissão de Ética

De: rute jordao <rute.jordao@hotmail.com>

Enviado: 11 de junho de 2025 23:39

Para: Comissão de Ética da Essatla <comissao.etica.essatla@uatlantica.pt>

Assunto: Dossier para a Comissão de Ética da ESSATLA

Exma. Sra. Presidente da Comissão de Ética da ESSATLA e restantes membros,

O meu nome é Rute Carina Batista Jordão, aluna do 2º Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica.

No âmbito da unidade curricular Estágio de Natureza Profissionalizante, encontro-me a realizar estágio na Unidade de Saúde Pública [REDACTED], sob orientação da Sra. Prof. Dra. Paula Agostinho.

Venho por este meio requerer um pedido de parecer a esta Comissão de Ética para realização do estudo: “Cuidar de quem Cuida: Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.”

Encontra-se em anexo o documento de apresentação do projeto para vossa apreciação. Encontro-me ao dispor para qualquer informação adicional.

Com os melhores cumprimentos

Rute Jordão

Nº Estudante: 202490023

Tlm: [REDACTED]

202490023@uatla.pt

APÊNDICE VI - Pedido autorização ERPI

[REDACTED]
Rua do Norte [REDACTED] Lisboa

[REDACTED]@gmail.com

11/06/2025

À Direção da [REDACTED]

Assunto: Pedido de autorização para participação dos cuidadores formais da Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) em Projeto de Intervenção.

Exmos. Senhores,

No âmbito do meu projeto académico intitulado “Cuidar de quem Cuida: Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública”, desenvolvido no curso de Mestrado em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública da Escola Superior de Saúde Atlântica, venho por este meio solicitar autorização para que os cuidadores formais que exerçam funções nesta instituição possam participar nesta investigação.

O projeto tem como objetivo identificar os níveis de sobrecarga dos cuidadores formais numa Estrutura Residencial para Pessoas Idosas (ERPI) e implementar estratégias de intervenção de promoção da saúde.

A participação dos cuidadores formais será voluntária, garantindo-se a confidencialidade e anonimato dos dados recolhidos, em conformidade com o Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD). Os dados serão utilizados exclusivamente para os fins do estudo, assegurando um tratamento ético e responsável da informação.

Anexo a este pedido, envio para apreciação:

- Termo de Consentimento Informado para os participantes;
- Termo de Responsabilidade para Garantia de Confidencialidade dos Dados;
- Declaração de Cumprimento do Regulamento Geral de Proteção de Dados (RGPD);

Estou disponível para prestar quaisquer informações suplementares ou esclarecimentos que sejam necessários. Agradeço desde já a vossa colaboração e aguardo a autorização para iniciar o projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Rute Carina Batista Jordão
202490023@uatla.pt
[REDACTED]

APÊNDICE VII - Plano de Sessão

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA

PLANO DE SESSÃO			
TEMA:	Sobrecarga do Cuidador Formal	FORMADOR:	Rute Jordão
POPULAÇÃO ALVO:	Técnicos Auxiliares de Saúde e Enfermeiros	DURAÇÃO:	60 minutos
LOCAL:		DATA:	07/11/2025
SESSÃO Nº:	1	HORA:	11:00h

Objetivos Gerais	- Promover a aquisição de conhecimentos dos cuidadores formais da ERPI sobre sobrecarga. - Avaliar a qualidade e a eficácia da sessão de educação para a saúde dirigida aos cuidadores formais da ERPI.
Objetivos Específicos e Objetivos Operacionais	- Contribuir para o aumento da compreensão da informação relacionada com a sobrecarga do cuidador formal da ERPI. - Que pelo menos 60% dos cuidadores formais participem na sessão de educação. - Sensibilizar os participantes para a importância do conhecimento da sobrecarga no cuidador formal. - Que pelo menos 60% dos cuidadores formais participem na sessão de educação. - Que 50% dos participantes sejam capazes de identificar pelo menos 3 sinais de sobrecarga, no final da sessão. - Promover o conhecimento sobre estratégias de prevenção e gestão da sobrecarga. -Que pelo menos 50 % dos cuidadores formais respondam 3 estratégias para combater a sobrecarga. -Que 80% dos participantes recebam um folheto informativo sobre a sobrecarga. - Avaliar a perceção dos cuidadores formais relativamente ao desempenho do formador. - Que 80% dos cuidadores formais avaliem o desempenho do formador como satisfeito ou muito satisfeito. - Avaliar a satisfação global dos cuidadores formais em relação à sessão de educação para a saúde. - Que 80% dos cuidadores formais atribuam avaliação positiva (satisfeito ou muito satisfeito) à sessão de educação para a saúde.

Etapas	Conteúdos Programáticos	Métodos e Técnicas	Atividades	Recursos	Duração	Avaliação
Introdução	• O que é a sobrecarga do cuidador? • Fatores que contribuem para a sobrecarga • Impactos físicos, emocionais e sociais	Método Expositivo, com apoio do PowerPoint	Debate em grupo	Computador Retroprojektor	10 min	Participação ativa
Desenvolvimento	- Sinais e sintomas de sobrecarga • Stress, irritabilidade, exaustão física, esquecimentos - Estratégias de autocuidado • Técnicas de relaxamento • Pedido de ajuda / rede de apoio • Organização de tarefas - Gestão emocional: pausa, respiração, comunicação assertiva	Teórico-prática	Exercício de respiração e relaxamento	Computador Retroprojektor	30 min	Participação nas simulações
Conclusão	- Partilha de dúvidas e reflexão final - Questionário de avaliação da sessão - Entrega de folheto informativo	Teórico	Preenchimento do questionário	Computador, Retroprojektor, Folheto	20 min	Avaliação dos conhecimentos com o preenchimento do questionário

APÊNDICE VIII - Folheto informativo

SINAIS DE ALERTA



Procure apoio se sentir:

- Exaustão constante
- Irritação frequente ou impaciência
- Dificuldade em lidar com tarefas simples
- Isolamento
- Perda de interesse nas atividades



Lembre-se

Cuidar de si é essencial para cuidar bem dos outros.

QUEM CUIDA
TAMBÉM NECESSITA DE SER
CUIDADO



**Linha de Apoio ao Cuidador
gratuita
800242252**



Bibliografia:

Guerra, M.; Martins, I.; Santos, D.; Veiga, J.; Matias, R. & Silva, R. (2019) Cuidadores formais de idosos (institucionalizados): percepções e satisfação profissional. *Geronte e Desenvolvimento* 27, 291-313. <https://doi.org/10.7558/gestaoecondesenvolvimento.2019.385>

Oliveira, E. A. R. D., Pinheiro, J. G. M., Sanchez, J. V. V., Di Ratta, W., & Condado, G. G. (2023). Vivências e sobrecarga dos cuidadores formais de idosos de duas instituições de longa permanência: Um estudo qualitativo. *Antropology Journal of Clinical Medicine*, 7(1), 52-68.

Imagens:

<https://www.foto.com.br/na-revista-sobre-a-saude-do-cuidador/>

<https://br.pinterest.com/pin/65506211166715162/>

<https://pt.research.com/curso-gratis/cuidador-de-idosos>

<https://www.funcaoatla.com.br/505648608-cuidadores-de-idosos>

<https://pt.research.com/curso-virtual-498018457-mais-forte-e-ativo-forma-para-si-livre-e-qual-qualidade>

“CUIDAR DE QUEM CUIDA”



Sobrecarga do Cuidador Formal

O que é a sobrecarga do Cuidador?

A sobrecarga surge quando as exigências do cuidado superam os recursos físicos, emocionais ou psicológicos do cuidador. Pode manifestar-se como:

- Cansaço físico e mental
- Stress, ansiedade ou irritabilidade
- Dificuldade para dormir
- Desmotivação ou frustração
- Diminuição da qualidade dos cuidados prestados



Estratégias para reduzir a sobrecarga:

Formação e Capacitação:

- Participar em cursos sobre cuidados a pessoas idosas
- Aprender técnicas de mobilização e higiene seguras

Suporte Organizacional:

- Pedir ajuda ou dividir tarefas com colegas
- Garantir pausas regulares durante o turno
- Utilizar equipamentos adequados para reduzir esforço físico

Apoio Psicológico:

- Participar em grupos de apoio
- Praticar técnicas de relaxamento e respiração
- Conversar com colegas sobre desafios e emoções

Cuidados Práticos no Trabalho

- Planear rotinas
- Trabalhar em equipa
- Envolver a família nos cuidados quando possível



Autocuidado Pessoal

- Dormir o suficiente e manter uma alimentação equilibrada
- Dedicar tempo a atividades de lazer
- Praticar exercício físico regularmente

APÊNDICE IX - Sessão de Educação para a Saúde



“Cuidar de quem Cuida”

Como lidar com a sobrecarga do Cuidador Formal



Sumário

- Objetivos
- Conceito de sobrecarga
- Diagnóstico
- Sinais e sintomas
- Fatores que potenciam a sobrecarga
- Impacto da sobrecarga
- Estratégias para combater a sobrecarga
- Considerações finais
- Referências bibliográficas
- Questionário

Elaborado por:
Rute Jordão nº 202490023

Objetivos

Geral

- Promover o aumento de conhecimento sobre sobrecarga do cuidador formal.

Específicos

- Melhorar o aumento de conhecimento relacionada com a sobrecarga do cuidador formal.
- Sensibilizar os participantes para a importância do conhecimento da sobrecarga no cuidador formal.
- Promover o conhecimento sobre estratégias de prevenção e gestão da sobrecarga.



Sobrecarga

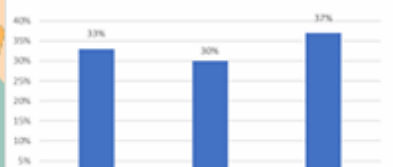
“A sobrecarga do cuidador corresponde ao stress físico, emocional e social resultante de exigências de cuidado que ultrapassam os recursos disponíveis do cuidador.”

(Dol-Pino-Corado et al., 2021)



Níveis de Sobrecarga dos Cuidadores Formais da ERPI

Níveis de Sobrecarga dos Cuidadores Formais



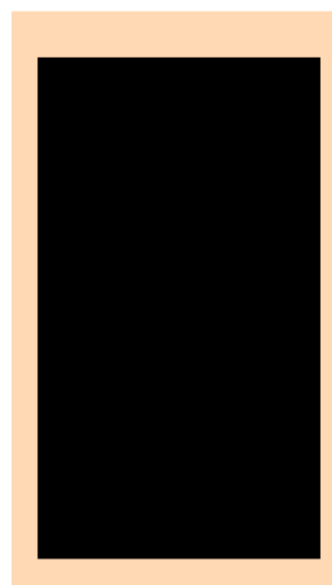
Digam um sinal ou sintoma que associam à sobrecarga do cuidador?





Estratégias de Prevenção e Gestão	
Organização do trabalho	• Divisão de tarefas em equipa • Planeamento de rotinas • Utilizar ajudas técnicas (elevadores, transferos, etc.)
Estimular a autonomia dos clientes	• Incentivar pequenas tarefas independentes • Dar opções de escolha • Adaptar ambiente (barras, talheres, camas elétricas)
Gestão Pessoal	• Fazer pausas curtas e alongamentos • Técnicas de respiração/relaxamento • Partilha de sentimentos com colegas
Apoio Institucional	• Adequação do rácio cuidador/cliente • Formação contínua sobre cuidados a clientes dependentes • Criação de momentos de partilha • Apoio psicológico

(Oliveira, 2022)



Considerações Finais



A sobrecarga do cuidador formal resulta de vários fatores e manifesta-se através do cansaço físico, emocional e social.

Torna-se necessário adaptar medidas de prevenção para manter o equilíbrio e o bem-estar do cuidador, de modo a prestar cuidados com qualidade.

A dependência excessiva dos clientes é incontornável... mas a gestão da sobrecarga é possível.

Linha de Apoio ao Cuidador
Gratuita

800242252

Referências Bibliográficas

- Del-Pino-Casado, R., Palomino-Moral, P. A., Pastor-Bravo, M. del M., & Frias-Osuna, A. (2021). Emotional burden, resilience and self-esteem in caregivers of older adults. *Journal of Advanced Nursing*, 77(2), 960–970. <https://doi.org/10.1111/jan.14663>
- Martins, S. I. C. (2016). Burnout e sobrecarga em cuidadores formais de idosos: complementaridade das abordagens quantitativa e qualitativa [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/29463>
- Oliveira, E. A. R. D., Pimenta, I. G. M., Sanches, J. V. V., Di Flora, W., & Cordeiro, G. G. (2023). Vivências e sobrecarga dos cuidadores formais de idosos de duas instituições de longa permanência: Um estudo quali-quantitativo. *Interdisciplinary Journal of Ciências*

Obrigada pela vossa presença

Questionário



APÊNDICE X - Questionário de Avaliação Pós-Sessão

Questionário Pós-Sessão: “Cuidar de quem Cuida: Como lidar com a sobrecarga do Cuidador Formal”

Instruções: Responda às perguntas de forma honesta. Este questionário avalia a sua compreensão sobre sinais de sobrecarga e estratégias de autocuidado.

1. Qual das seguintes afirmações descreve corretamente a sobrecarga do cuidador?

- ☐ A sobrecarga apenas acontece quando o cuidador está fisicamente cansado.
- ☐ A sobrecarga pode ser física, emocional e psicológica.
- ☐ A sobrecarga é inevitável e não pode ser prevenida.

2. Diga três sinais comuns de sobrecarga:

- ☐ Cansaço extremo no final do turno
- ☐ Dificuldade em dormir
- ☐ Irritação frequente ou frustração
- ☐ Isolamento social

3. Verdadeiro ou Falso: “Só os cuidadores com muitos anos de experiência sentem sobrecarga.”

- ☐ Verdadeiro
- ☐ Falso

4. Escolha três estratégias que ajudam a diminuir a sobrecarga no trabalho?

- ☐ Respirar fundo e fazer pausas curtas
- ☐ Trabalhar sem parar, ignorando o cansaço
- ☐ Dividir tarefas entre equipa
- ☐ Conversar e apoiar os colegas
- ☐ Ignorar problemas para não incomodar os colegas

5. Depois da formação, você sente que consegue perceber melhor quando está sobrecarregado?

- ☐ Sim, completamente
- ☐ Parcialmente
- ☐ Não

Obrigada pela sua colaboração!

APÊNDICE XI – Questionário de avaliação da formação pelo formando

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO PELO FORMANDO

Temática: “Cuidar de quem Cuida: Como lidar com a sobrecarga do Cuidador Formal”	
Data: 7 de novembro de 2025	Duração: 1 hora
Formador: Enf.ª Rute Jordão	Local: ERPI XXXXXXXXXX

Terminada a formação, é muito importante para nós conhecer a opinião dos participantes a fim de proceder às melhorias necessárias que visem a qualidade da formação.

Avalie cada um dos itens apresentados e assinale com X a quadrícula correspondente, utilizando a seguinte escala de 1 a 5: **1 Muito insatisfeito; 2 Insatisfeito; 3 Nem satisfeito nem Insatisfeito; 4 Satisfeito; 5 Muito satisfeito.**

Assinale a sua opinião relativamente a cada um dos seguintes itens:

	1 Muito insatisfeito	2 Insatisfeito	3 Nem satisfeito nem insatisfeito	4 Satisfeito	5 Muito satisfeito
1. Duração da formação					
2. Horário					
3. Utilidade da formação para o exercício profissional					
4. Desempenho do formador					
5. Avaliação global da formação					

6. Sugestões/críticas:

Obrigada

Apêndice XII – Registos de dados de avaliação do questionário pós sessão
de educação para a saúde

ID	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Pontuação Total
1	1	1	1	0	1	4
2	1	1	1	1	1	5
3	1	1	1	1	1	5
4	1	1	1	1	1	5
5	0	1	1	1	0	3
6	1	1	1	1	1	5
7	0	1	1	1	1	4
8	1	0	1	1	1	4
9	0	1	1	0	1	3
10	1	1	1	0	1	4
11	1	1	0	0	1	3
12	0	0	1	0	1	2
13	1	1	1	0	0	3
14	1	1	1	1	1	5
15	1	1	1	1	1	5
16	1	1	1	1	1	5
17	1	1	1	1	1	5
18	1	1	1	1	1	5
19	1	1	1	1	1	5
20	1	1	0	0	1	3
21	0	1	0	1	1	3
22	1	1	1	1	1	5
23	1	1	0	1	1	4
MÉDIA Questão	0,8	0,9	0,8	0,7	0,9	
MÉDIA TOTAL	4,1					Legenda: 0 - resposta errada 1 - resposta certa
MÉDIA POR RSP	0,8					
MODA	1	1	1	1	1	
MEDIANA	1	1	1	1	1	

Apêndice XIII - Registos de dados de avaliação da formação pelos
formandos

ID	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Total	%
1	5	4	5	5	5	24	96
2	5	4	5	5	5	24	96
3	4	5	4	5	4	22	88
4	4	4	5	5	4	22	88
5	4	4	5	5	5	23	92
6	4	4	5	5	5	23	92
7	5	5	5	5	5	25	100
8	5	5	5	5	5	25	100
9	5	5	5	5	5	25	100
10	5	4	5	5	4	23	92
11	5	4	5	5	5	24	96
12	5	2	4	4	5	20	80
13	5	4	5	5	5	24	96
14	5	5	4	4	4	22	88
15	4	5	5	5	5	24	96
16	4	4	5	5	5	23	92
17	5	5	5	5	5	25	100
18	4	4	4	5	5	22	88
19	5	4	5	5	5	24	96
20	4	4	5	5	5	23	92
21	5	5	5	4	5	24	96
22	5	5	5	5	5	25	100
23	5	5	5	5	5	25	100
				4,869565	4,826087		
				97,3913	96,52174		
MÉDIA Questão	4,7	4,3	5	5	5		
MÉDIA TOTAL	23,5						
MÉDIA POR RSP	4,7						
MODA	5	4	5	5	5		



Cuidar de quem Cuida: Diagnóstico e Intervenção em Enfermagem Comunitária e Saúde Pública.

Rute Carina Batista Jordão

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE ATLÂNTICA