



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE: PERFIL E
NECESSIDADES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária e
Saúde Pública

Por

Cláudia Maria Resende Fernandes

Porto – março, 2025



CATÓLICA
ESCOLA DE ENFERMAGEM

PORTO

**CUIDADOR INFORMAL DA PESSOA DEPENDENTE: PERFIL E
NECESSIDADES SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**

**INFORMAL CAREGIVER OF THE DEPENDENT PERSON: PROFILE AND
NEEDS SENSITIVE TO NURSING CARE**

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em enfermagem, com especialização em Enfermagem Comunitária e
Saúde Pública

Por

Cláudia Maria Resende Fernandes

Sob a orientação de Professora Doutora Tânia Filipa Santos Costa

Porto – março, 2025

RESUMO

Enquadramento: A crescente longevidade da população, associada a alterações significativas no perfil demográfico, tem gerado desafios consideráveis no domínio do cuidado. Este cenário assume particular relevância, considerando que, atualmente, muitos indivíduos alcançam uma maior longevidade após os 65 anos, embora nem sempre esse acréscimo de anos corresponda a uma vida saudável. Tal realidade evidencia a necessidade urgente de um suporte adequado para os familiares que, muitas vezes, assumem o papel de cuidadores informais de pessoas dependentes. **Objetivos:** Tendo em conta a temática abordada, o presente estudo tem como objetivo, identificar o perfil e as necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem do cuidador informal da pessoa dependente, de uma Unidade de Saúde Familiar (USF) da área de abrangência de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC). **Metodologia:** Com base na metodologia de planeamento, foi realizado um estudo descritivo transversal analítico. Para a recolha de dados, foi utilizado um formulário multidimensional, aplicado telefonicamente a uma amostra de 43 cuidadores informais, o qual foi desenvolvido a partir de instrumentos de medida existentes, previamente traduzidos e validados para a população portuguesa. **Resultados:** O perfil do cuidador informal identificado neste estudo é predominantemente feminino (74%, n=32), com idade média de 62,2 anos, baixa escolaridade, casada/o ou em união de facto (58%, n=25), reformada/o (44%, n=19) e com comorbilidades associadas. A maioria dos cuidadores da amostra são filhas/os (63%, n=27) que coabitam (79%, n=34) com um dos pais em situação de dependência severa ou total, que prestam cuidados ao longo de um período médio de 9,6 anos e uma carga diária, que em média, pode alcançar as 19,1 horas. Estes dados confirmam a sobrecarga física e emocional a que estes cuidadores informais estão sujeitos. Apesar do cansaço evidenciado (81%, n=35) e do pouco tempo que dispõem (67%, n= 29), a amostra demonstra uma forte motivação para continuar a exercer a função de cuidador. Este panorama revela a vulnerabilidade destes cuidadores pois muitos identificam algum tipo de sobrecarga (77%, n=33) e pouca informação sobre os recursos disponíveis na comunidade. Com base no perfil traçado, emergiram as necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem refletidas em sete diagnósticos, nomeadamente: qualidade de vida comprometida, dor musculoesquelética, gestão do regime medicamentoso complexo, sono comprometido, potencial para melhorar o conhecimento, stress do cuidador e comportamento de procura de saúde comprometido. **Conclusão:** Os resultados deste estudo reforçam a necessidade de apoiar os cuidadores informais, destacando a importância da implementação de estratégias de intervenção que promovam não apenas o alívio da sobrecarga e do stress, mas também o acesso a informações e recursos adequados. O papel da enfermagem, enquanto elemento central na coordenação dos cuidados, é fundamental na orientação dos cuidadores e na promoção de um cuidado mais holístico e personalizado.

Palavras-chave: cuidadores informais; envelhecimento; dependente; sobrecarga do cuidador; enfermagem.

ABSTRACT

Context : the increasing longevity of the population associated with significant changes in the demographic profile has generated considerable challenges in the field of care.

This scenario is particularly relevant considering that currently many individuals reach greater longevity after the age of 65, although this increase in years does not always relate to a healthy life. This reality highlights the urgent need for adequate support from family members who often assume the role of informal caregivers for dependent people. **Aims :** taking into account the theme addressed, the present study aims to identify the profile and the needs of nursing care of the informal caregiver of a dependent person, of a Family Health Unit (FHU) within the coverage area of a Community Care Unit (CCU).

Methodology : based on the planning methodology, an analytical cross-sectionnal descriptive study was carried out. For data collection, a multi dimensional form which was developed on existing measurement instruments previously translated and validated for the Portuguese population, has been used in phone calling a sample of 43 informal caregivers.

Results : the informal caregiver profile identified in this study is predominantly female (74%, n=32) with an average age of 62.2 years with low education, married or living with partners (58%, n=25) also retired (44%, n=19) and with associated comorbidities. The majority of caregivers in the sample are sons and daughters (63%, n=27) who live (79%, n=34) with a parent in a situation of severe or total dependance who provide care over an average period of 9.6 years and with a daily workload which on a average can reach 19.1 hours. These data confirm the physical and emotional burden to which these informal caregivers are subject. Despite the fatigue shown (81%, n=35) and the little time they have (67%, n= 29) the sample demonstrates a strong motivation to continue performing their role of caregiver. This panorama reveals the vulnerability of these caregivers, many express an overload (77%, n=33) and few information about the ressources available in the community. Based on the profile outlined, the needs sensitive to nursing care emerged, reflected in seven diagnoses, namely: compromised quality of life, musculoskeletal pain, complex medication regimen management, sleep compromised, potential to improve knowledge, caregiver stress and compromised health-seeking behavior. **Conclusion :** the results of this study reinforce the need to support informal caregivers, highlighting the importance of implementing intervention strategies that promote not only relief from overload or stress but also access to adequate information and resources. The role of nursing, as a central element in the coordination of care, is fundamental in guiding caregivers and promoting more holistic and personalized care.

Keywords :

Informal caregivers, aging, dependancy, caregiver overload, nursing.

SIGLAS, ACRÓNIMOS E ABREVIATURAS

DGS – Direção-Geral da Saúde

EESCSP - Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública

ERPI – Estrutura Residencial para Pessoas Idosas

ESCSP – Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública

INE – Instituto Nacional de Estatística

OCDE – Organização para a Cooperação e Desenvolvimento Económico

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

SPSS – *Statistical Package for the Social Sciences*

SNS – Serviço nacional de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados na Comunidade

ULS – Unidade Local de saúde

USF – Unidade de saúde Familiar

USP – Unidade de Saúde Pública

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	15
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: Cuidados Informais em Portugal	19
1.1. Do Envelhecimento aos Cuidados Informais	21
1.2. Cuidador Informal: O Conceito	24
1.3. O Papel de Cuidador Informal.....	25
1.4. Perfil dos Cuidadores Informais	31
1.5. Respostas Comunitárias Dirigidas aos Cuidadores Informais	35
2. QUADRO CONCEPTUAL DE ANÁLISE DO FENÓMENO: Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender.....	41
3. A COMUNIDADE: um concelho no norte de Portugal	43
4. PLANEAMENTO EM SAÚDE	45
4.1. Diagnóstico de Situação	46
4.1.1. Definição da Área Programática	47
4.1.2. Especificação dos Objetivos	47
4.1.3. Seleção da população-alvo e amostra	48
4.1.4. Instrumento de Colheita de dados	49
4.1.5. Considerações Éticas.....	51
4.1.6. Análise Estatística e Apresentação dos Dados.....	52
5. RESULTADOS	53
6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	75
7. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS.....	83
7.1. Competências comuns dos enfermeiros especialistas	83
7.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária	87
7.3. Competências de Grau de Mestre.....	89
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	95
APÊNDICES	105
Apêndice I – Instrumento de recolha de dados.....	106
Apêndice II – Consentimento Livre e Esclarecido	115

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Determinantes sociais da saúde: modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (adaptado).	20
Figura 2 - Estrutura etária da população, em Portugal, para homens e mulheres em 1990, 2019 cenário de referência e 2100 cenário de referência.	22
Figura 3 - As 10 principais causas de morte e deficiência (DALYs). Taxa DALY padronizada por idade por 100.000, 2021.	23
Figura 4 - Cuidadores informais com Estatuto deferido no mês de dezembro de 2024 em Portugal Continental.	32
Figura 5 - Pessoas Cuidadas em Portugal Continental, em dezembro de 2024.	33

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 - Distribuição da frequência relativa (%) por estado civil.....	53
Gráfico 2 - Distribuição da frequência por escolaridade	54
Gráfico 3 - Distribuição da frequência relativa (%) da classe social, segundo a escala de Graffar adaptada	54
Gráfico 4 - Distribuição da frequência relativa (%) face à situação de emprego	55
Gráfico 5 - Distribuição da frequência relativa (%) face à coabitação do participante com o familiar dependente	57
Gráfico 6 - Distribuição da frequência relativa (%) da relação com o familiar dependente	57
Gráfico 7 - Distribuição da frequência das doenças crónicas dos participantes.....	58
Gráfico 8 - Distribuição da frequência relativa (%) da perceção do estado de saúde dos cuidadores informais, comparando com há 5 anos.....	59
Gráfico 9 - Distribuição da frequência relativa (%) da perceção do estado de saúde, atual, dos cuidadores informais.	59
Gráfico 10 - Distribuição da frequência relativa (%) relativamente às alterações que os cuidadores informais sentiram no seu sono	59
Gráfico 11 - Distribuição da frequência da medicação crónica prescrita aos cuidadores informais.....	60
Gráfico 12 - Distribuição da frequência relativa (%) segundo a classe farmacológica da terapêutica prescrita que se associa ao papel.....	61

Gráfico 13 - Distribuição da frequência relativa (%) segundo o prescritor da terapêutica crónica que se associa ao papel.	61
Gráfico 14 - Distribuição da frequência relativa (%) da pontuação final do Índice de Lawton-Brody, relativamente ao cuidador informal.....	61
Gráfico 15 - Distribuição da frequência relativa (%), relativamente à sobrecarga do cuidador informal segundo a Escala de Zarit	62
Gráfico 16 - Distribuição da frequência relativa (%), relativamente ao sentimento coligado ao papel de cuidador	62
Gráfico 17 - Distribuição da frequência relativamente às principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais no cuidar do seu familiar dependente.....	63
Gráfico 18 - Distribuição da frequência relativa (%) do que na perspetiva dos cuidadores informais mudou desde que têm o estatuto do cuidador informal.....	64
Gráfico 19 - Distribuição da frequência relativa (%) da razão dos cuidadores informais não terem o estatuto do cuidador informal	65
Gráfico 20 - Distribuição da frequência relativa (%), da pontuação final do Índice de Barthel relativamente à pessoa cuidada.....	65
Gráfico 21 - Distribuição da frequência da categoria de cuidados que os cuidadores informais prestam ao familiar dependente.....	66
Gráfico 22 - Distribuição da frequência relativa (%), relativamente à razão por que os inquiridos se tornaram cuidadores informais.....	67
Gráfico 23 - Distribuição da frequência relativa (%), relativamente aos recursos de saúde mais utilizados na comunidade.....	67
Gráfico 24 - Distribuição da frequência relativa (%) do número de vezes que o cuidador informal recorreu com a pessoa dependente à Unidade de Saúde Familiar, no último ano	68

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Distribuição da idade dos cuidadores informais, mínimo, máximo, média e desvio padrão.	53
Quadro 2 - Mínimo, máximo, média e desvio padrão do tempo de atividade profissional em simultâneo com o papel de cuidador/a	56
Quadro 3 - Frequência e percentagem de quem os participantes referem receber apoio económico.....	56

Quadro 4 - Frequência absoluta das respostas dadas pelos cuidadores à questão: “Se tem apoio no cuidado ao seu familiar dependente, a quem recorre?”	57
Quadro 5 - Frequência das respostas dadas pelos cuidadores à questão: “A que gostaria de aceder através do estatuto do cuidador informal que, atualmente, não é contemplado?”	64
Quadro 6 - Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos anos e horas/dia que os cuidadores informais dedicam a prestar a cuidados à pessoa dependente.....	66
Quadro 7 - Frequência das respostas dadas pelos cuidadores à questão: “Em que sentido se encontra sem resposta nos cuidados de saúde primários?”	69
Quadro 8 - Dimensões, diagnósticos e problemas identificados, da amostra, sensíveis aos cuidados de enfermagem.	74

INTRODUÇÃO

O presente relatório é elaborado no âmbito da Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, integrada no 17.º Curso de Mestrado em Enfermagem, na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública. O estágio decorreu entre 02 de setembro de 2024 e 06 de fevereiro de 2025, numa Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC), inserida numa Unidade Local de Saúde (ULS).

Este Estágio foi precedido pelo Estágio de Vigilância e Decisão Clínica, realizado numa Unidade de Saúde Pública (USP), o que me permitiu compreender as dinâmicas interdisciplinares que sustentam as intervenções em saúde. Através da elaboração de um diagnóstico de situação baseado na metodologia do planeamento em saúde, adquiriu-se uma visão holística que muito contribuiu para fundamentar a tomada de decisão e desenvolver estratégias dirigidas às dificuldades coligadas à execução desse mesmo diagnóstico de situação. Conforme estabelece o Regulamento n.º 428/2018 do Diário da República, 2.ª série, n.º 135, de 16 de julho de 2018, uma das competências do especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública é precisamente a avaliação do estado de saúde de uma comunidade e foi todo este percurso que contribuiu para desenvolver essa competência fulcral.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1982, p. 6), o planeamento em saúde pode ser definido como *“a racionalização na utilização de recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados prioritários, e implicando a coordenação de esforços provenientes dos vários setores socioeconómicos”*. O planeamento em saúde é, então, um processo dinâmico e contínuo, orientado para a melhoria do desempenho, a otimização da produção e o aumento da eficácia e eficiência dos sistemas de saúde, tendo como objetivo a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da população. Para operacionalizar esta metodologia, é fundamental compreender as suas etapas: diagnóstico de situação, definição de prioridades, fixação de objetivos, seleção de estratégias, elaboração de programas e projetos, preparação da execução, execução e avaliação (Imperatori & Giraldes, 1982).

No contexto deste estágio, procurou-se aplicar as etapas do planeamento em saúde, mas igualmente, dar resposta às necessidades e motivações profissionais e coletivas (da UCC onde decorreu a UC). No que concerne às motivações profissionais, na prática clínica enquanto enfermeira no contexto dos cuidados de saúde primários, têm-se constatado que

os cuidadores informais enfrentam desafios diários na gestão dos cuidados, muitas vezes sem o devido apoio, informação ou recursos, o que pode comprometer tanto o bem-estar do cuidador quanto a qualidade do cuidado prestado e, consequentemente, a da pessoa cuidada.

Na mesma linha, ficou claro, na primeira reunião de trabalho, que também no âmbito da UCC, seria pertinente desenvolver um projeto direcionado aos cuidadores informais, já que não existe qualquer projeto neste âmbito que contemple de forma estruturada a identificação das necessidades e implementação das respostas necessárias dirigidas a este público-alvo.

A literatura também atesta a pertinência deste trabalho ao revelar que os cuidadores informais enfrentam desafios significativos relacionados à sobrecarga emocional, física e psicológica, sendo essencial a implementação de estratégias profissionais de apoio que promovam o bem-estar destes e, por conseguinte, a qualidade dos cuidados prestados às pessoas que cuidam (Gil, 2024; Correia, Pedras, Carvalho, & Lima, 2023; Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016; Machado, 2013).

Pese embora a pertinência do desenvolvimento deste projeto de intervenção, dada a ausência de um diagnóstico de situação dos cuidadores informais, e tendo por base as etapas do planeamento em saúde e o processo de enfermagem, constitui foco do presente Estágio o desenvolvimento de um diagnóstico com vista a colocar a descoberto o perfil e as necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem dos cuidadores informais da área de abrangência da UCC.

Com base nas competências trabalhadas ao longo de todo o percurso, mas atendendo particularmente, às exigidas ao enfermeiro mestre em Enfermagem com especialidade na área da Saúde Comunitária e Saúde Pública, foram delineadas as competências a desenvolver nesta Unidade Curricular, as quais guiaram o desenvolvimento do estágio e a elaboração do presente relatório, tais como:

- Demonstrar capacidade de aplicar conhecimento, de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de especialização;
- Demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação

limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

- Demonstrar capacidade para tomar decisões fundamentadas, incorporando na prática os resultados da investigação válidos e relevantes no âmbito da especialização, assim como outras evidências, atendendo às suas responsabilidades sociais e éticas;
- Demonstrar capacidade de comunicar as suas conclusões e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, de uma forma clara e sem ambiguidades, produzindo um discurso fundamentado para diferentes audiências;
- Demonstrar a capacidade de desenvolver uma aprendizagem autónoma.

Focando a estrutura do documento, constata-se que o presente relatório se encontra organizado em sete capítulos. O primeiro capítulo apresenta o enquadramento teórico que fundamenta a pertinência do tema, onde começamos por aprofundar o estudo sobre os cuidados informais em Portugal, destacando os dados mais recente sobre os cuidadores com estatuto de cuidador informal, bem como, as respostas disponíveis a esta população.

O segundo capítulo apresenta o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender enquanto quadro conceptual de análise trazendo ao estudo a visão e o conhecimento disciplinar.

O terceiro capítulo caracteriza a comunidade onde se desenvolveu o estágio.

O quarto, quinto e sexto capítulo descrevem as etapas da metodologia do planeamento em saúde, desenvolvidas pela estudante, e que atendendo aos constrangimentos vividos, à ausência de um diagnóstico de saúde prévio e ao limite temporal da própria UC, percorre todas as etapas do diagnóstico da situação de saúde.

O sétimo capítulo apresenta uma reflexão sobre as competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do estágio. Este constitui, inequivocamente, o culminar de um percurso que se pretende venha a marcar o início de uma nova etapa, sustentada nos resultados alcançados, e que oriente a construção de um projeto de intervenção dirigido aos cuidadores informais com o intuito de responder às necessidades identificadas. Acima de tudo, este percurso possibilitou a construção de objetivos profissionais futuros, desafiantes, mas simultaneamente motivadores.

O documento encerra com as considerações finais, onde consta uma síntese e uma reflexão crítica sobre o percurso desenvolvido, bem como as referências bibliográficas que remetem para todas as obras que alicerçaram o caminho percorrido.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO: Cuidados Informais em Portugal

O enquadramento teórico reveste-se de uma importância fundamental pois alicerça e orienta cada uma das fases do processo, revelando a consolidação do conhecimento adquirido ao longo do primeiro ano de mestrado, mas também, da prática. Este enquadramento é, igualmente, essencial para garantir que o diagnóstico de saúde permita revelar as necessidades reais da população em estudo, e consequentemente, promover a melhoria contínua dos cuidados prestados (Melo, 2020).

Historicamente, a tomada de decisão foi entendida como um processo predominantemente racional, no qual os indivíduos analisam e processam informações para chegar a conclusões objetivas e lógicas. Contudo, a realidade mostra-se mais complexa e revela que as decisões são frequentemente influenciadas por uma multiplicidade de fatores, como aspetos emocionais, sociais, culturais e contextuais. Eagleman (2022) aprofunda esta ideia quando destaca que o processo de decisão é raramente linear e racional, sendo frequentemente condicionado por uma série de variáveis externas e internas que dificultam a obtenção de conclusões puramente lógicas. Esse reconhecimento sublinha a necessidade de, nos cuidados de enfermagem, se adotar uma abordagem mais ampla e integrada, que contemple os fatores sociais, económicos e comportamentais na análise e desenvolvimento de políticas de saúde.

Ao planear este diagnóstico de situação, foi, portanto, imperativo considerar não apenas os determinantes biológicos das condições de saúde, mas também os fatores ambientais e comportamentais que influenciam os indivíduos. Apenas por meio de uma abordagem holística e integrada, que envolva a análise de todos esses determinantes, será possível alcançar resultados mais eficazes e satisfatórios na promoção da saúde da população.

Esta ideia é ilustrada na Figura 1, pelos determinantes sociais da saúde, que demonstram que as circunstâncias sociais, ambientais e comportamentais se interrelacionam e impactam diretamente os resultados em saúde (Sobral & Freitas, 2010).



Fonte: Sobral & Freitas, 2010; Dahlgren & Margaret, 2007

Figura 1 - Determinantes sociais da saúde: modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (adaptado).

Assim, o planeamento em saúde deve ser orientado por uma visão integrada e multidimensional, que contemple os aspetos biológicos, os fatores sociais, económicos e comportamentais que influenciam a saúde da população. A utilização de dados precisos e a consideração das especificidades da população são fundamentais para a construção de projetos de saúde eficazes e adaptados às realidades locais, promovendo, assim, a equidade e a qualidade no acesso aos cuidados de saúde (Melo, 2020).

Segundo o Instituto Nacional de Estatística (2024), o envelhecimento demográfico em Portugal constitui uma problemática que exige particular atenção no planeamento em saúde. O aumento significativo da longevidade da população (INE, 2024) acarreta implicações diretas e profundas sobre os sistemas de saúde, os quais se deparam com uma crescente procura por cuidados, sobretudo, devido à pluripatologia crónica e situações de dependência no autocuidado, num contexto familiar e socioeconómico desafiante (Machado, 2013). Este fenómeno demográfico requer uma resposta estratégica e bem delineada, visando assegurar a adaptação eficaz dos recursos e serviços de saúde às necessidades emergentes e específicas da população idosa (Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza, 2020).

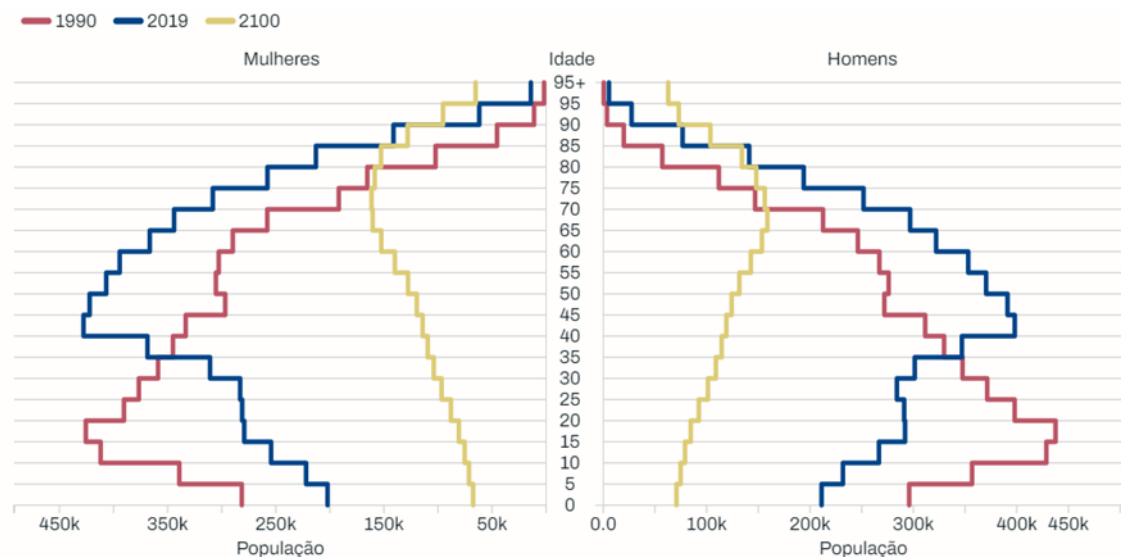
Paralelamente ao envelhecimento populacional, discute-se a importância crucial dos cuidadores informais, frequentemente membros da família, que desempenham um papel fundamental no apoio a pessoas em situação de dependência. A sobrecarga emocional, social, financeira e física enfrentada por estes cuidadores não pode ser negligenciada e deve ser devidamente considerada na formulação das políticas de saúde, até porque o seu bem-estar está intrinsecamente ligado à qualidade dos cuidados que prestam aos seus familiares dependentes (Gil, 2024).

1.1. Do Envelhecimento aos Cuidados Informais

O envelhecimento da população portuguesa constitui um fenómeno demográfico em crescimento (INE, 2024), que impõe uma pressão adicional sobre os serviços de saúde e sobre a sustentabilidade dos Sistemas de Saúde e Segurança Social (Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza, 2020).

As projeções demográficas (Figura 2) indicam uma redução significativa da população total, na ordem dos 11% até 2050, com a população com 65 anos ou mais a representar cerca de 36% do total, um aumento considerável face aos 22,4% registado em 2020 (Alexandre, 2020). Em contrapartida, a natalidade tem seguido uma tendência inversa, diminuindo de forma acentuada, resultado de fatores como a inserção das mulheres no mercado de trabalho, o aumento da escolaridade média e a melhoria generalizada das condições de vida (Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza, 2020).

Este duplo fenómeno demográfico, aliado a uma elevada taxa de pobreza, particularmente nas pessoas idosas, gera um ciclo de vulnerabilidade que afeta não só a qualidade de vida desta população, mas também, a sua saúde. O risco de pobreza na população idosa registou uma redução modesta de apenas 5,5% (passando de 21,7% em 2015 para 20,5% em 2023), o que sugere a persistência de desafios significativos na superação desta problemática (Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza, 2023).



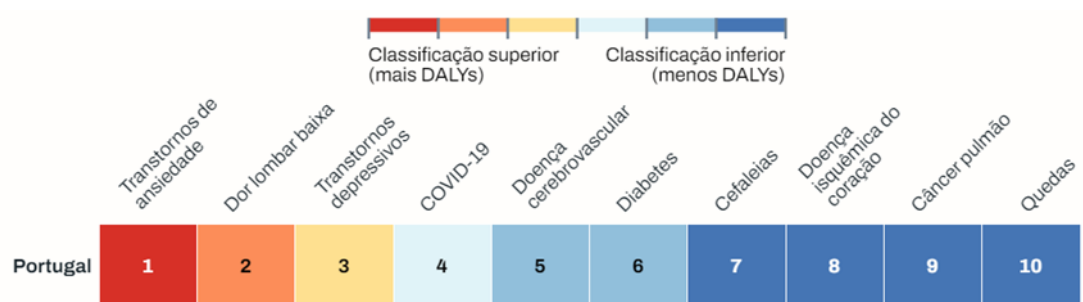
Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME, s.d.

Figura 2 -Estrutura etária da população, em Portugal, para homens e mulheres em 1990, 2019 cenário de referência e 2100 cenário de referência.

As disparidades nos rendimentos, que também afetam, particularmente, a população idosa, dificultam ainda mais a equidade no acesso aos cuidados de saúde. Segundo a Direção Geral de Saúde (DGS), embora o Sistema Nacional de Saúde (SNS) tenha sido essencial para garantir o acesso universal e gratuito aos cuidados de saúde, as diferenças económicas e sociais entre as pessoas idosas, bem como, o aumento da dependência no autocuidado, criam barreiras adicionais que colocam em causa o acesso aos cuidados de saúde (DGS, 2022).

Além disso, a elevada taxa de comorbilidades, doenças crónicas e a crescente dependência associada ao envelhecimento exigem uma resposta mais eficaz do sistema de saúde, que deve estar preparado para atender a uma população cada vez mais envelhecida, vulnerável e com necessidades de cuidados holísticos e complexos. A análise dos anos de vida saudável perdidos por morte prematura, doença ou incapacidade (DALYs) revela o impacto das doenças crónicas não transmissíveis (Figura 3), cuja prevalência tem vindo a aumentar.

Estas patologias estão associadas a diversos fatores comportamentais, como o consumo de tabaco, álcool, inatividade física e alimentação inadequada, assim como a determinantes biológicos, como hipertensão, excesso de peso e colesterol elevado (DGS, 2022).



Fonte: Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME, s.d.

Figura 3 - As 10 principais causas de morte e deficiência (DALYs). Taxa DALY padronizada por idade por 100.000, 2021.

Esta evolução demográfica da população portuguesa apresenta uma série de desafios para os cuidados de saúde, especialmente no que se refere aos indivíduos com limitações da atividade e elevado grau de dependência. Este grupo populacional enfrenta dificuldades acrescidas na manutenção da qualidade de vida e no acesso, bem como na adequação, dos cuidados de saúde necessários. De acordo com o Observatório Nacional de Luta contra a Pobreza (2023), as pessoas mais dependentes apresentam uma maior vulnerabilidade em comparação com os indivíduos sem limitações de atividade, sendo que 22,3% das pessoas que apresenta esta característica está em risco de pobreza monetária.

A precariedade económica associada ao envelhecimento e à dependência constitui um fator de grande relevância nas dinâmicas familiares e sociais. O conceito de dependência é frequentemente compreendido como um estado que pode ser tanto permanente quanto temporário, caracterizando-se pela necessidade de assistência ou ajuda por parte de indivíduos que enfrentam limitações na sua independência física, psíquica ou intelectual. Esta condição pode surgir devido a diversas circunstâncias, incluindo doenças, lesões ou condições de saúde mental, que comprometem a capacidade do indivíduo de realizar as atividades de vida diárias de forma autónoma (Sequeira, 2020).

A dependência pode manifestar-se de várias formas, abrangendo desde a necessidade de apoio em tarefas básicas, como a higiene pessoal e a alimentação, até a assistência em atividades mais complexas como a gestão financeira ou da mobilidade. Assim, é fundamental reconhecer que a dependência envolve um conjunto de fatores que influenciam a qualidade de vida do indivíduo e, nesse sentido, impõe a necessidade de um prestador de cuidados informal (Sequeira, 2020).

1.2. Cuidador Informal: O Conceito

A prática de cuidar, seja no contexto informal ou formal, tem sido objeto de uma análise aprofundada nos últimos anos. Collière (1999) define o cuidar como um ato fundamental para a manutenção da vida, afirmando que *"cuidar é, pois, manter a vida garantindo a satisfação de um conjunto de necessidades indispensáveis, mas que são diversificadas na sua manifestação"*. Esta definição enfatiza a natureza essencial do cuidar na perpetuação da vida e preservação dos grupos sociais.

Gil (2024) amplia esta perspetiva, introduzindo uma distinção crucial entre cuidados formais e informais. Os cuidados formais são prestados por profissionais remunerados, enquanto os cuidados informais são frequentemente assumidos pelas famílias, sem qualquer compensação económica ou garantia de conhecimento e/ou habilidades. Esta distinção é particularmente relevante no contexto atual, onde o cuidar, especialmente no contexto familiar, tem sido historicamente desvalorizado e considerado um trabalho doméstico garantido.

A realidade demonstra que os cuidados informais são uma tarefa complexa e fundamental para o bem-estar das pessoas com dependência no autocuidado. Hoffmann e Rodrigues (2010) salientam que estes cuidados são frequentemente a única opção disponível quando os serviços de cuidados formais são insuficientes ou inacessíveis. A importância dos cuidadores informais é evidenciada pelos dados da Eurocares (2024), que indicam que 80% dos Cuidados de Longa Duração na Europa são prestados por estes cuidadores, definindo o conceito de cuidador informal como *"uma pessoa que fornece cuidados não remunerados a alguém com uma doença crónica, deficiência ou outra necessidade duradoura de saúde ou cuidados, fora de uma estrutura profissional ou formal"*.

A Comissão Europeia, através da Direção-Geral do Emprego, dos Assuntos Sociais e da Inclusão, em conjunto com Zigante (2018), reconhece os cuidadores informais como a *"pedra angular"* dos sistemas de cuidados prolongados na Europa. Este reconhecimento tem levado a uma crescente atenção nos círculos internacionais, posicionando os cuidadores informais numa posição de destaque sobretudo na definição de políticas de proteção social e de saúde.

Em Portugal, o reconhecimento formal do papel dos cuidadores informais materializou-se em 2019 com a criação do Estatuto do Cuidador Informal. De acordo com a Lei n.º

100/2019 de 6 de setembro, o cuidador informal principal é definido como "*o cônjuge, unido de facto ou parente afim até ao quarto grau da pessoa cuidada, que acompanha e cuida de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não auferir qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa*". A mesma legislação refere a existência de cuidadores informais não familiares destacando que, também é reconhecida como cuidador informal, "*a pessoa que, não sendo familiar da pessoa cuidada: acompanha e cuida desta de forma permanente*" e "*vive em comunhão de habitação, e com o mesmo domicílio fiscal da pessoa cuidada*".

Esta legislação sublinha a importância do papel da família e das redes informais de apoio na comunidade, reconhecendo formalmente o valor e a complexidade dos cuidados informais. Tal reconhecimento representa um passo significativo na valorização social e política deste tipo de cuidados, que até recentemente eram frequentemente negligenciados ou subvalorizados.

A evolução deste conceito e o reconhecimento crescente do papel dos cuidadores informais refletem uma mudança paradigmática na forma como a sociedade e as políticas públicas abordam os cuidados de longa duração. Esta mudança é crucial para enfrentar os desafios demográficos e sociais, particularmente no contexto do envelhecimento populacional e do aumento das necessidades em saúde, onde também se integram as necessidades em cuidados de enfermagem.

1.3. O Papel de Cuidador Informal

Nas últimas décadas, a sociedade portuguesa tem assistido a transformações significativas que resultaram em mudanças na estrutura e na organização das famílias. Estas alterações estão intimamente relacionadas com dinâmicas sociodemográficas que originaram novas exigências no âmbito da saúde (Figueiredo, Néné, & Sequeira, 2023).

Há 50 anos, predominava o modelo tradicional baseado no casamento católico, com famílias numerosas e hierarquizadas (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2024). Atualmente, existe uma pluralidade de modelos familiares evidenciando-se que: 45,3% dos núcleos são compostos por casais com filhos e 18,5% por núcleos monoparentais. Por outro lado, 36,2% correspondem a casais sem filhos o que, claramente, contribuiu para que o número médio de filhos por núcleo familiar tenha vindo a diminuir na maioria das

regiões do país (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Relativamente aos núcleos familiares monoparentais, 85,6% são compostos por mães com filhos, enquanto 14,4% correspondem a pais com filhos. Nos núcleos familiares reconstituídos, 55,2% não têm filhos comuns ao casal, 35,1% possuem um filho comum e 9,7% têm dois ou mais filhos comuns (Instituto Nacional de Estatística, 2022). A literatura descreve que estas mudanças ao nível da estrutura e da dinâmica familiar também contribuem para que, cada vez mais, decidir quem assume o papel de cuidador informal seja uma tarefa complexa e desafiante (Machado, 2013).

A idade média para casar aumentou de 26 para 33 anos e o divórcio tornou-se uma realidade comum afetando 59% dos casamentos (Fundação Francisco Manuel dos Santos, 2024). As famílias tornaram-se mais pequenas, com uma média de 2,5 pessoas por agregado doméstico e o número de filhos por mulher, como referido anteriormente, também tem vindo a diminuir (Instituto Nacional de Estatística, 2022). Simultaneamente, as transformações no mercado de trabalho, com a crescente participação feminina, o envelhecimento demográfico e a dispersão das famílias, apresentam novos e grandes desafios no âmbito dos cuidados informais em Portugal (Machado, 2013). No entanto, apesar dessas transformações, a família, enquanto unidade sistémica com funções sociais, continua a desempenhar um papel central como espaço privilegiado de apoio à vida e ao bem-estar dos seus membros, continuando a ser a principal unidade de apoio à prestação de cuidados informais às pessoas idosas, especialmente, às dependentes no autocuidado (Figueiredo, Néné, & Sequeira, 2023).

Na mesma linha de pensamento, importa aprofundar a ideia de que a tendência crescente para o aumento da prevalência das doenças crónicas, frequentemente associadas a processos de dependência, também é um fator determinante na transição para o papel de cuidador informal, sobretudo quando este assume a responsabilidade de integrar o dependente no seu domicílio. Este processo envolve uma transição, tanto para o familiar dependente quanto para o cuidador informal (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016), descrevendo a literatura que essa transição é especialmente complexa quando ocorre pela primeira vez, sendo, frequentemente, marcada por implicações diretas na saúde e no bem-estar do cuidador informal (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016).

De facto, assumir este papel coliga-se a desafios substanciais na adaptação a novas funções e responsabilidades, sendo crucial a intervenção do enfermeiro nas diversas fases

do processo. A atuação deste profissional é relevante desde o momento da hospitalização, quando geralmente se inicia o evento crítico, até ao planeamento do regresso do familiar dependente ao domicílio, momento em que os enfermeiros do contexto hospitalar, em colaboração com o enfermeiro de família, deveriam acompanhar, de muito perto, o processo de transição (Dixe & Querido, 2020).

Vários autores destacam as diferenças entre o modelo descrito na teoria e o que ocorre na prática (Lopes & Sakellarides, 2021; Bouget, D., Spasova, S. and Vanhercke, B., 2016) sublinhando que, na realidade, a articulação entre os diferentes profissionais de saúde, como os enfermeiros do contexto hospitalar e o enfermeiro de família, nem sempre ocorre de forma eficaz. Embora o modelo teórico sugira uma continuidade de cuidados que abrange todas as fases do processo, desde a hospitalização até o regresso ao domicílio, a implementação dessa colaboração integrada enfrenta obstáculos significativos no dia-a-dia, como a falta de comunicação entre os serviços, a escassez de recursos humanos e a fragmentação dos cuidados. Como resultado, o acompanhamento da pessoa dependente e do seu cuidador/família durante a transição para o domicílio muitas vezes não é tão fluido, integrado e coordenado como o modelo idealizado, comprometendo a qualidade e a continuidade dos cuidados prestados (Lopes & Sakellarides, 2021; Bouget, D., Spasova, S. and Vanhercke, B., 2016).

A investigação tem demonstrado que a sobrecarga financeira, emocional e física dos cuidadores informais constitui um problema recorrente, dada a exposição prolongada a diversas fontes de stress (Figueiredo, Néné, & Sequeira, 2023). Neste contexto de promoção da saúde e prevenção de doenças, acredita-se que o encaminhamento para o enfermeiro especialista na área de saúde comunitária e saúde pública, especialmente, no contexto de uma Unidade de Cuidados de Saúde na Comunidade representa uma mais-valia, contribuindo para um apoio mais contínuo e para a identificação e mitigação dos riscos associados à sobrecarga do cuidador.

Assumir o papel de cuidador informal está frequentemente associado a desafios que impactam diretamente o seu bem-estar. A constante exigência física e emocional pode conduzir ao desenvolvimento de stress, exaustão, ansiedade, depressão e isolamento social (Gil, 2024). Segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®, 2011, pág.77) o stress é o *“sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente, sentimento de*

desconforto, associado a experiências desagradáveis, associado à dor, sentimento de estar física e mentalmente cansado, distúrbio do estado mental e físico do indivíduo”. A inclusão deste foco de atenção na classificação internacional para a prática de enfermagem deixa antever que o stress do cuidador informal deve ser um foco de atenção dos cuidados de enfermagem e, também por isso, faz sentido o desenvolvimento deste estágio e do presente relatório nesta área.

A sobrecarga emocional, frequentemente associada à responsabilidade de assumir os cuidados informais, tende a comprometer a qualidade de vida do cuidador (Gil, 2024). Mas, no contexto deste trabalho, também importa destacar a sobrecarga física, uma vez que os cuidadores informais são frequentemente responsáveis por tarefas fisicamente exigentes, como a mobilização do utente, aumentando o risco de problemas musculoesqueléticos e distúrbios relacionados com a postura e o esforço repetitivo (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016), que parecem especialmente prevalentes, devido à falta de formação adequada para executar estas tarefas (Gil, 2024). Outros autores destacam problemas relacionados com o sono, apontando que o constante envolvimento nos cuidados diários e as exigências associadas à vigilância contínua da pessoa dependente, especialmente durante a noite, interferem frequentemente com o descanso necessário, resultando em distúrbios no sono e no repouso como a privação de sono e/ou a insónia. Este défice de sono não só agrava o estado de cansaço e fadiga do cuidador, como também compromete a sua saúde física e emocional, aumentando a probabilidade de desenvolvimento de problemas como depressão, ansiedade e diminuição da capacidade de concentração e de tomada de decisões, o que, por sua vez, pode afetar a qualidade dos cuidados prestados (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016; Machado, 2013; Fernandes & Garcia, 2009).

Aprofundando as ideias em supra, para Sequeira (2020), os cuidadores informais, na sua maioria, prestam assistência a familiares idosos com doenças crónicas, compromisso cognitivo ou outras condições que exigem um acompanhamento permanente. Os cuidados prestados, por estes, abrangem um vasto leque de atividades, que segundo Martins, Araújo, Peixoto, & Machado (2016, pág.119), *“podem passar por intervenções no âmbito de substituir ou assistir: no banho e higiene, comer, beber, transferir, posicionar, assistir na marcha, acompanhar a pessoa dependente às consultas, exames, promover ou manter condições para o sono e repouso, prestar cuidados específicos, sob orientação da equipa de saúde, em tratamentos simples, na gestão do regime terapêutico e vigiar situações*

específicas. A par destes cuidados instrumentais associam-se o suporte emocional, o promover o lazer e a recreação, promover a comunicação e a socialização, estimular a memória, estimular ou manter a ação ocupacional, providenciar o reajuste arquitetónico da habitação, a manutenção da integridade física e prevenção de acidentes, transporte, respostas burocráticas e gestão da casa, gestão financeira, apoio económico e tarefas domésticas”.

A literatura mostra que, é aquando da execução destas tarefas, em contexto domiciliário, que muitos dos cuidadores informais experimentam dificuldades, colocando em causa a sua confiança e perceção de autoeficácia. Brereton e Nolan (2002) descrevem a transição para o papel de prestador de cuidados como um processo dinâmico e repleto de incertezas, denominado *seeking*, que se desenvolve ao longo do tempo e inclui quatro fases distintas. A primeira fase, “O que é isto?” (*What’s it all about?*), reflete a confusão e incerteza que os cuidadores sentem após o evento que gera a dependência, levando-os a buscar incessantemente informações para entender a situação. A segunda fase, “Fazer sozinho” (*Doing it alone*), é marcada pelo isolamento e pela falta de apoio e informação por parte dos profissionais de saúde, levando os cuidadores a recorrerem a redes informais e a compararem a sua situação com a de outras famílias em situações semelhantes. Na terceira fase, “Mãos à obra” (*Up to the Job*), os cuidadores informais procuram sentir-se competentes para desempenhar o papel de cuidador, visando a recuperação ou a prevenção de agravamentos. A última fase, “E eu?” (*What about me*), expressa a sensação de que as necessidades dos cuidadores são ignoradas e que o seu conhecimento sobre o familiar dependente é desvalorizado pelos profissionais de saúde (Figueiredo, Néné, & Sequeira, 2023; Brereton, L., & Nolan, M., 2002).

De ressaltar que a esmagadora maioria não tem formação específica na área da saúde, mas assume a responsabilidade pelo exercício do papel sem qualquer tipo de apoio formal ou profissional (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016). A maioria dos cuidadores informais presta cuidados no domicílio, preservando, sempre que possível, a permanência da pessoa dependente no contexto familiar (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016). No entanto, esta opção exige um grande esforço por parte do cuidador, que muitas vezes necessita de reorganizar a sua vida pessoal, profissional e social para poder estar disponível a tempo integral, o que, como referido no subcapítulo anterior, aumenta o risco de sobrecarga (Gil, 2024).

Além do supracitado, os cuidadores informais enfrentam também sobrecarga financeira. A necessidade de conciliar o cuidado com as suas responsabilidades profissionais e familiares pode resultar em redução da carga horária laboral, perda de rendimento ou até mesmo no abandono do emprego. A ausência de apoio familiar, institucional e financeiro pode agravar, ainda mais, a situação dos cuidadores informais especialmente em contextos onde se registam baixos rendimentos ou quando o cuidador é um familiar dependente economicamente (Gil, 2024). Esta realidade tende a agravar-se, uma vez que o número de idosos que assumem o cuidado de outros idosos tem vindo a aumentar (Machado, 2013). Este fenómeno, por sua vez, coloca ainda mais em evidência a vulnerabilidade desta faixa etária, que, como mencionado anteriormente, está particularmente suscetível à pobreza (Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza, 2023).

Segundo Sequeira (2020), a sobrecarga do cuidador remete para o conjunto de consequências que emergem de um contacto prolongado com uma pessoa dependente. À primeira vista, este conceito parece ser de fácil entendimento, no entanto, a sua caracterização revela-se bastante mais complexa e multidimensional.

As repercussões da sobrecarga podem ser analisadas sob duas dimensões distintas. Por um lado, existem as consequências objetivas que resultam da prática efetiva de cuidados; por outro lado, as repercussões subjetivas que decorrem da perceção individual do cuidador sobre as implicações do seu papel (Sequeira, 2020). Assim, cuidadores informais que enfrentem uma carga objetiva similar podem experienciá-la de maneiras muito diferentes, dependendo de fatores pessoais e contextuais, o que se traduz na experiência de distintos níveis de sobrecarga.

Grande parte da investigação na área tem enfatizado o conceito de sobrecarga e desenvolvido instrumentos específicos para a sua avaliação (Sequeira, 2020), merecendo destaque pela sua ampla utilização, inclusive no contexto dos cuidados de saúde primários, a Escala de Zarit e colabores (1987) que objetiva identificar os fatores de risco do fenómeno. Embora a sobrecarga seja, em grande parte, associada a impactos negativos, a sua compreensão holística permite o desenvolvimento de estratégias que não só lidem com os aspetos negativos, mas também promovam os aspetos positivos da experiência de cuidar.

O papel dos cuidadores informais em Portugal é, sem dúvida, crucial para o funcionamento do sistema de cuidados, especialmente no que se refere à população idosa e dependente. Contudo, a sobrecarga física, emocional e financeira que estes enfrentam requer uma maior atenção por parte das autoridades responsáveis pelas políticas públicas e de saúde. A sociedade portuguesa deve reconhecer e valorizar o trabalho dos cuidadores informais, promovendo políticas que proporcionem apoio, formação e recursos adequados e personalizados em função do perfil do cuidador informal.

1.4. Perfil dos Cuidadores Informais

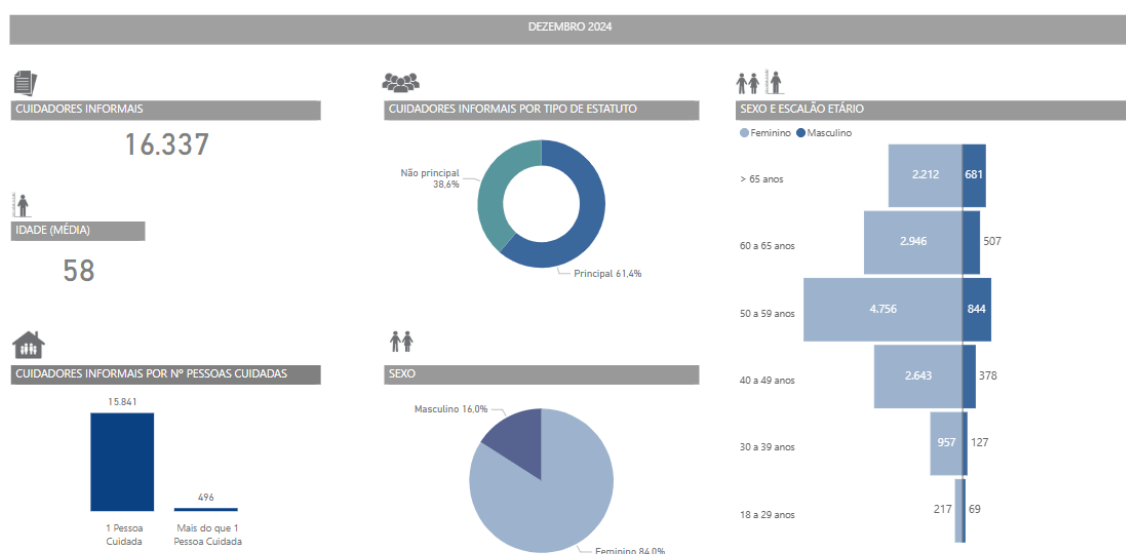
Segundo estimativas da Eurocares (2024), em Portugal, cerca de 2 milhões de pessoas assumem a função de cuidadores informais, representando este grupo uma parte significativa da população. O reconhecimento do papel destes cuidadores e a criação de políticas de apoio adequadas são essenciais para garantir a sustentabilidade do sistema de saúde e melhorar a sua qualidade de vida. Embora o apoio disponibilizado aos cuidadores informais tenha sido progressivamente reconhecido, ainda existe um longo caminho até que se estabeleçam medidas eficazes e abrangentes para o suporte àqueles que desempenham esta função (Gil, 2024).

Em 2019, com a aprovação da Lei n.º 100/2019, de 6 de setembro, foi criado o Estatuto do Cuidador Informal, estabelecendo um conjunto de normas que regulam os direitos e deveres tanto do cuidador como da pessoa cuidada, incluindo as medidas de apoio necessárias. O Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro, veio concretizar os termos e condições para o reconhecimento deste estatuto, assim como as medidas de apoio associadas aos cuidadores informais e às pessoas cuidadas.

De acordo com os dados fornecidos pela Segurança Social, relativos ao período de janeiro de 2022 a dezembro de 2024, verificou-se uma tendência crescente no número de cuidadores informais com o estatuto reconhecido (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2024). Em dezembro de 2024, registavam-se 16.337 cuidadores com o estatuto de cuidador informal, dos quais 61,4% eram cuidadores principais - aqueles que prestam cuidados permanentes a pessoas em situação de dependência, enquanto os restantes (38,6%) eram cuidadores não principais, e, portanto, cuidadores que oferecem cuidados de forma regular, mas não contínua (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2024).

Ao analisar o perfil destes cuidadores (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2024), constata-se que (Figura 4):

- O género feminino é predominante (84%);
- A idade média do cuidador principal é de 58 anos. A faixa etária 50 - 59 anos é a mais representativa, seguida pelos 60 aos 65 anos. A faixa etária mais jovem (18-39 anos) apresenta menor expressão;
- A grande maioria (97%) cuida apenas de uma pessoa dependente.

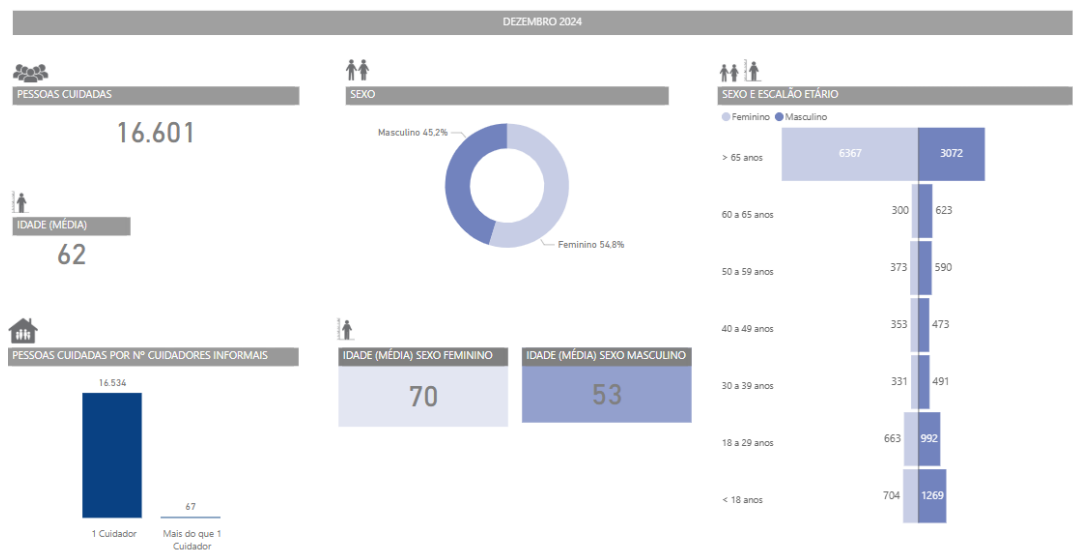


Fonte: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2024

Figura 4 - Cuidadores informais com Estatuto deferido no mês de dezembro de 2024 em Portugal Continental.

De um modo geral, estas características coincidem com as descritas na literatura, atestando que, na sua maioria, os cuidadores informais são mulheres, especialmente filhas e esposas, de meia-idade ou mais velhas, muitas vezes, já com algum nível de dependência nas atividades básicas e/ou instrumentais de autocuidado. Verifica-se ainda que a grande maioria são mulheres casadas, com baixo nível de escolaridade e que se encontram desempregadas ou reformadas (Gil, 2024; Sequeira, 2020; Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016).

Em relação às pessoas dependentes, assistidas pelos cuidadores informais em contexto domiciliário (Figura 5), os dados do estatuto do cuidador, indicam que existiam 16.601 dependentes a receber cuidados. A idade média destes indivíduos é de 62 anos, sendo que a maioria apresenta mais de 65 anos e é do sexo feminino (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2024).



Fonte: Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2024

Figura 5 - Pessoas Cuidadas em Portugal Continental, em dezembro de 2024.

Embora o apoio financeiro tenha sido uma das medidas mais significativas no apoio aos cuidadores, a análise dos dados relativos aos subsídios processados em dezembro de 2024 indica que, de entre os 16.337 cuidadores informais com estatuto em Portugal, apenas 5.801 tiveram acesso ao subsídio que registou um valor médio de 352,17 euros.

Este apoio, apesar de relevante, não é suficiente para cobrir todas as necessidades financeiras dos cuidadores (Gil, 2024). Além disso, para que o cuidador tenha acesso a este subsídio, é necessário que não exerça outras funções que possam gerar rendimentos, o que limita ainda mais as possibilidades financeiras para aqueles que já enfrentam desafios significativos no desempenho do seu papel (Instituto da Segurança Social, 2025).

O Estatuto do Cuidador Informal representa um avanço significativo na valorização dos cuidadores em Portugal. No entanto, a implementação destas políticas enfrenta diversos desafios, como a limitação de recursos e a falta de uma rede de apoio estruturada a nível local, o que acaba por colocar, em causa, o acesso aos serviços e apoios previstos (Gil,

2024). Este cenário exige uma reflexão mais aprofundada sobre a forma como as políticas públicas podem ser melhoradas para garantir uma integração mais eficaz e sustentada dos cuidadores informais no sistema de saúde. É crucial que se continue a desenvolver e implementar medidas que não só reconheçam o valor dos cuidadores informais, mas também lhes proporcionem o apoio necessário para desempenharem o seu papel de forma sustentável e com qualidade de vida. Os cuidados informais têm sido historicamente associados ao amor, à empatia e à responsabilidade mútua, mas essa visão simplista ignora a diversidade das experiências familiares, a coexistência de emoções contraditórias e a existência de desigualdades e conflitos dentro das famílias (Rodrigues, 2018).

Os motivos pelos quais os cuidadores informais assumem este papel são diversos. A maior parte dos cuidadores age por um profundo sentido de dever familiar e afeto, sentindo-se responsáveis pelo bem-estar dos seus familiares. Para muitos, a decisão de cuidar é uma questão de proximidade emocional e valores culturais que enaltecem a obrigação de cuidar dos membros mais vulneráveis da família. Contudo, em alguns casos, a falta de alternativas viáveis, como instituições de acolhimento ou serviços de apoio adequados, leva os cuidadores a assumirem esta tarefa por obrigação (Machado, 2013).

No contexto contemporâneo, o cuidado é reconhecido como um direito de cidadania que deve ser protegido e assegurado, não só no âmbito da saúde e reforma, mas também no que diz respeito ao descanso do cuidador e ao acesso a uma rede de suporte de serviços na comunidade. Comas-d'Argemit (2019) sublinha a importância deste reconhecimento e proteção, ao considerar que o cuidado é um elemento fundamental para o bem-estar de qualquer cidadão. Contudo, segundo Gil (2024), é igualmente relevante garantir o direito a não cuidar, ou seja, a possibilidade de qualquer pessoa optar por não assumir o cuidado de familiares, sem que essa decisão interfira no acesso a uma rede de serviços comunitários abrangente e eficaz.

Os cuidadores informais em Portugal enfrentam uma série de dificuldades, que vão desde o desgaste físico e emocional até a sobrecarga financeira. O stress constante, a falta de tempo para si e a ausência de apoio psicológico são algumas das principais dificuldades. O cansaço, tanto físico como mental, é uma realidade frequente, e muitos cuidadores acabam por negligenciar a sua própria saúde em função das necessidades da pessoa que cuidam. A solidão e o isolamento também são sentimentos comuns, já que muitos cuidadores têm pouco ou nenhum apoio de redes externas (Gil, 2024).

Neste contexto, é essencial a promoção de um sistema que envolva tanto os cuidados formais como informais, de modo a garantir uma maior sustentabilidade dos sistemas sociais e de saúde. De acordo com Lopes & Sakellardes (2021), é fundamental investir em ambas as vertentes, potenciando uma colaboração mútua que favoreça a qualidade e continuidade dos cuidados prestados.

1.5. Respostas Comunitárias Dirigidas aos Cuidadores Informais

Em Portugal, têm sido implementadas diversas respostas comunitárias direcionadas às pessoas idosas, mas também com o propósito de apoiar e aliviar a carga dos cuidadores informais. Destacam-se, entre estas, a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados, que integram as Equipas de Cuidados Continuados Integrados (ECCI), as Estruturas Residenciais para pessoas idosas (ERPI), os Centros de dia, os Serviços de Apoio Domiciliário (SAD) e as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) (Instituto da Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2024).

No âmbito do Estatuto do Cuidador Informal criado em 2019 (Instituto da Segurança Social, 2025), foi reconhecido formalmente o papel do cuidador informal onde foram desenvolvidas várias respostas sociais de apoio a estes cuidadores, as quais incluem:

- Subsídio de Apoio ao Cuidador Informal Principal: Apoio financeiro mensal atribuído pela Segurança Social aos cuidadores principais que cumpram os requisitos;
- Descanso do Cuidador Informal: Possibilidade de colocação temporária da pessoa cuidada em ERPI, em respostas da RNCCI ou serviços de apoio domiciliário para permitir o descanso do cuidador;
- Grupos de Autoajuda: Acesso a grupos de apoio psicossocial organizados por unidades de saúde ou entidades locais;
- Formação e Informação: Programas gratuitos ou subsidiados para desenvolver competências na prestação de cuidados;
- Plano de Intervenção Específico ao Cuidador: Elaborado por profissionais da saúde e do setor social para acompanhamento personalizado;
- Aconselhamento e Orientação: Informação sobre direitos, responsabilidades e benefícios disponíveis;

- Referenciação para a Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados;
- Encaminhamento para redes sociais de suporte e serviços de apoio domiciliário;
- Possibilidade, para os cuidadores principais, de inscrição no regime de seguro social voluntário;
- Promoção da integração no mercado de trabalho: O cuidador tem direito a apoios e intervenções técnicas, que visam a sua inserção socioprofissional e o regresso ao mercado de trabalho.

Estas são algumas respostas sociais e de saúde dirigidas aos cuidadores informais principais que têm como objetivo apoiar os cuidadores e garantir que as pessoas dependentes possam continuar a viver de forma digna, na sua comunidade e no seio familiar. Em Portugal, estas respostas sociais incluem uma série de serviços e equipas destinados a promover o bem-estar das pessoas dependentes, enquanto prestam apoio direto aos cuidadores informais, aliviando a sua carga e proporcionando-lhes momentos de descanso e recuperação (Instituto da Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2024).

Entre as principais respostas sociais e de saúde disponíveis, destacam-se os Centros de Dia, que oferecem apoio a pessoas idosas em situação de dependência, promovendo a sua socialização e a realização de atividades diárias. Este tipo de serviço contribui não só para o bem-estar da pessoa dependente, mas também para o alívio da carga do cuidador, permitindo-lhe ter algum tempo para o seu autocuidado ou para gerir outras responsabilidades (Bonfim & Saraiva, 1996). Outro dos serviços disponibilizados é o Apoio Domiciliário com apoio direto no domicílio, realizando tarefas como a higiene pessoal, alimentação e administração de medicamentos, o que permite ao cuidador informal gerir melhor o seu tempo e sobretudo, ser substituído no exercício das tarefas que já não consegue executar (Bonfim & Saraiva, 1996).

As ERPIs são outra resposta social que podem ser acionadas quando a carga do cuidador se torna insustentável. A opção por estes serviços, embora difícil para muitos cuidadores, pode ser crucial para garantir a saúde e segurança tanto do cuidador quanto da pessoa dependente. Estas estruturas representam, em muitos casos, uma forma de garantir cuidados contínuos e especializados, libertando o cuidador informal de algumas responsabilidades (Portaria n.º 67/2012, de 21 de março). Apesar da importância das ERPIs como resposta à sobrecarga dos cuidadores, esta opção é, na realidade, escassa

face às necessidades existentes e os custos da institucionalização são frequentemente desajustados aos rendimentos dos cuidadores, dificultando o acesso a esses serviços para muitas famílias (Gil, 2024; Instituto da Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2024; Lopes & Sakellarides, 2021).

A Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados é uma das principais respostas ao nível da saúde em Portugal, tendo como objetivo garantir cuidados a pessoas com necessidades de saúde complexas e prolongadas, com o intuito de permitir que estas permaneçam no seu contexto familiar, ou pelo menos o mais próximo possível. Esta rede integra as Unidades de Convalescença, as Unidades de Média Duração e Reabilitação, as Unidades de Longa Duração e Manutenção e as Equipas de Cuidados Continuados Integrados - Domiciliários, que visam dar resposta a situações mais específicas (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2024) .

A RNCCI proporciona uma resposta coordenada, garantindo a integração entre os diferentes níveis de cuidados, desde os cuidados hospitalares até ao apoio domiciliário, com o objetivo de proporcionar um acompanhamento contínuo e integrado para as pessoas dependentes e aliviar a sobrecarga dos cuidadores.

A inclusão dos cuidadores informais nesta rede é fundamental, pois assegura que, além dos cuidados prestados aos utentes, existe uma articulação com as famílias, garantindo o apoio e as orientações necessárias para a gestão dos cuidados (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2024). Das respostas coligadas à RNCCI, destacam-se as Equipas de Cuidados Continuados Integrados enquanto unidades que fornecem cuidados especializados a pessoas com doenças crónicas ou situações de dependência avançada. Esta é uma equipa de cuidados médicos, de enfermagem, fisioterapia e apoio psicológico, com uma abordagem integrada que visa a melhoria da qualidade de vida do doente, enquanto permite ao cuidador informal ter um acompanhamento multidisciplinar de maior proximidade (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2024).

As ECCI têm, ainda, uma função crucial na desinstitucionalização dos cuidados, oferecendo alternativas para os cuidadores informais que não conseguem prestar cuidados constantes em casa, devido à complexidade da condição do dependente (Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI, 2024).

As Unidades de Cuidados na Comunidade também são uma resposta importante ao nível da saúde, focando-se na prestação de cuidados primários e contínuos no domicílio, através de equipas multidisciplinares que incluem enfermeiros especialistas, médicos, assistentes sociais e psicólogos. Estas unidades têm como principal objetivo prestar cuidados e acompanhamento a pessoas com doenças crónicas, dependência ou em situação de fragilidade, garantindo a continuidade do cuidado no ambiente familiar (Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril).

As UCC devem oferecer uma abordagem personalizada, adaptada às necessidades específicas de cada utente, e um apoio direto aos cuidadores informais, acompanhando-os e oferecendo-lhes apoio emocional e prático. Além disso, as UCC promovem a educação para o autocuidado e para a gestão da doença, o que contribui para a capacitação dos cuidadores, tornando-os mais preparados para lidar com as situações do dia-a-dia (Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril).

Embora as respostas comunitárias e as equipas de cuidados continuados integrem um sistema de apoio fundamental para os cuidadores informais, ainda existem desafios significativos no acesso e na eficácia destes serviços. A oferta de serviços é, por vezes, limitada, e a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde e a falta de recursos financeiros podem comprometer a qualidade das respostas. Além disso, a falta de uma rede de apoio mais robusta para os cuidadores informais, como o acesso a programas de descanso, suporte psicológico e formação, limita a efetividade das respostas (Gil, 2024).

Por outro lado, a consolidação e expansão, da RNCCI, incluindo as ECCI e das UCC, com um foco cada vez maior na formação dos cuidadores informais e na integração de cuidados, oferece uma oportunidade para melhorar a qualidade dos cuidados prestados e aliviar as dificuldades enfrentadas pelos cuidadores informais. É crucial que as políticas públicas continuem a desenvolver e a promover respostas integradas que permitam aos cuidadores desempenharem o seu papel de forma mais sustentável, digna e com o apoio necessário.

A ausência ou desadequação das respostas sociais e de saúde tem sido frequentemente descrita como um fator que contribui significativamente para a utilização desnecessária e repetitiva dos serviços de urgência hospitalar (Gil, 2024; Lopes & Sakellarides, 2021). Nesse contexto, o enfermeiro de família também desempenha um papel fundamental na deteção precoce das necessidades dos cuidadores e das pessoas dependentes, bem como

no encaminhamento para os recursos de saúde e sociais disponíveis na comunidade (Figueiredo, Néné, & Sequeira, 2023).

Contudo, apesar da importância indiscutível do enfermeiro de família neste processo, o exercício eficaz é extremamente difícil, devido à escassez de recursos disponíveis, à fragmentação dos cuidados de saúde, à falta de trabalho em rede e à ausência de uma abordagem multidisciplinar (Gil, 2024; Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016). Além disso, a complexidade das situações enfrentadas pelas famílias, muitas vezes agravada pela falta de apoio adequado, torna ainda mais desafiadora a tarefa de proporcionar um encaminhamento eficaz para os recursos de saúde e sociais existentes na comunidade (Figueiredo, Néné, & Sequeira, 2023).

2. QUADRO CONCEPTUAL DE ANÁLISE DO FENÓMENO: Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender

A Enfermagem é uma ciência alicerçada em referenciais teóricos que sustentam a prática profissional e os cuidados prestados às pessoas. Os modelos teóricos de Enfermagem surgem como ferramentas essenciais para a prática, permitindo o planeamento, a intervenção e a avaliação das atividades, além disso, servem de base para os modelos de formação, investigação e gestão da profissão (Marques, Néné, & Sequeira, 2024).

Considerando o contexto e o enquadramento teórico exposto, optou-se por recorrer ao Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender enquanto quadro conceptual de todas as etapas do diagnóstico de situação, incluindo, a análise dos achados. Este modelo é especialmente adaptado ao papel do enfermeiro especialista em saúde comunitária e saúde pública, com ênfase na promoção da saúde dos cuidadores informais de pessoas com dependência (Tomey & Alligood, 2004).

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender destaca-se pela sua clareza e acessibilidade, sendo amplamente compreendido devido à definição precisa dos seus conceitos. Este modelo, de alcance médio, é altamente generalizável para a população adulta e foca-se na educação das pessoas, capacitando-as para a adoção de um estilo de vida saudável. Pender, citada por Tomey & Alligood, considera o comportamento de saúde não apenas como uma reação a fatores externos, mas como um processo dinâmico influenciado por variáveis pessoais e contextuais (Tomey & Alligood, 2004).

O modelo é apresentado através de um diagrama que ilustra três áreas fundamentais de abordagem. Primeiramente, destaca-se a influência das características pessoais do indivíduo, incluindo aspetos biológicos, psicológicos e socioculturais, que podem moldar os seus comportamentos (Tomey & Alligood, 2004) ao longo do processo de prestação de cuidados. De facto, cada cuidador informal é um ser único, com necessidades, capacidades e circunstâncias específicas que podem condicionar, em muito, o exercício do papel.

Em segundo lugar, o modelo foca-se no comportamento a ser modificado que, por sua vez, é influenciado por variáveis internas, como a perceção dos benefícios das ações, a identificação das barreiras que impedem a ação, o sucesso percebido das suas capacidades e o sentimento em relação ao comportamento (Tomey & Alligood, 2004).

Neste contexto, a formação e capacitação dos cuidadores informais são estratégias relevantes para reduzir a sobrecarga emocional e física dos mesmos, contribuindo simultaneamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Iniciativas de apoio psicológico e programas de apoio entre pares são igualmente essenciais. Estes programas podem diminuir o isolamento social e emocional dos cuidadores, enquanto fortalecem a sua resiliência face aos desafios diários (Gil, 2024). Tais intervenções são vitais para a construção de uma rede de suporte que favoreça o bem-estar dos cuidadores e a eficácia dos cuidados prestados.

O modelo também prevê a implementação de um plano de ação comportamental, com foco nos resultados esperados (Tomey & Alligood, 2004). Estes resultados comportamentais são influenciados por fatores externos, como as exigências do trabalho e as responsabilidades familiares, bem como por fatores internos, como a alimentação ou o descanso. O objetivo final é alcançar resultados de saúde positivos, como o bem-estar físico e emocional, a redução do stress e da sobrecarga e a construção de relações interpessoais saudáveis.

O Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender tem especial relevância no contexto dos cuidadores informais de pessoas com dependência, até porque, estes cuidadores, enfrentam elevados níveis de stress e sobrecarga, o que pode comprometer a sua saúde física e emocional. A aplicação do modelo, com ênfase na formação e capacitação contínua, bem como no apoio psicológico, oferece uma abordagem holística que reconhece as forças e capacidades dos cuidadores, enquanto propõe estratégias para a promoção da saúde e o equilíbrio entre as suas responsabilidades pessoais e familiares (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016).

O modelo de Pender, ao integrar as variáveis contextuais e pessoais na modificação dos comportamentos de saúde, contribui para a criação de um ambiente mais favorável ao autocuidado dos cuidadores, o que, por sua vez, favorece a qualidade dos cuidados prestados às pessoas dependentes. Na mesma linha, a personalização das intervenções, tendo em consideração as características individuais e as circunstâncias dos cuidadores, é essencial para promover a adesão a comportamentos saudáveis e, conseqüentemente, melhorar a sua qualidade de vida.

3. A COMUNIDADE: um concelho no norte de Portugal

O concelho do norte do país onde decorreu este trabalho apresenta uma estrutura populacional diversificada e em constante evolução, com características demográficas que refletem tendências tanto a nível nacional quanto europeu. De acordo com os dados do ano de 2023, este concelho conta com uma população total de mais de trezentos mil residentes, sendo mais prevalente o número de mulheres (PORDATA, 2024). A faixa etária predominante é a dos 15-64 anos, seguida pela faixa etária de 65 anos ou mais.

Este perfil etário revela uma tendência de duplo envelhecimento da população, refletindo uma característica nacional, comum em muitos países desenvolvidos. Ou seja, há um aumento significativo da população com 65 anos ou mais, enquanto a população infantil tem vindo a diminuir (PORDATA, 2024).

Este decréscimo no número de crianças tem ocorrido, de forma generalizada, por todas as freguesias do concelho, embora com diferentes intensidades, sendo notório que a diminuição do número de pessoas com idade jovem é compensada, em número absoluto, pelo aumento da população com 65 ou mais anos. Constata-se que, entre 2011 e 2021, a população sénior aumentou quase 40%.

Quanto à escolaridade, este concelho do Norte do país acompanhou a tendência de melhoria nos níveis de educação. A percentagem de indivíduos com ensino secundário e pós-secundário concluído teve um crescimento de 49%. Destaca-se o aumento significativo de indivíduos com ensino superior, que cresceu, aproximadamente, 51%. A diminuição da população sem qualquer nível de escolaridade também foi notável, com uma redução de 27%, o que parece sugerir uma melhoria no nível educacional da população que reside no concelho (PORDATA, 2024).

Em termos de estado civil, observou-se um aumento substancial do número de pessoas divorciadas. No entanto, as pessoas solteiras e casadas continuam a representar a maioria da população, ainda que com variações entre as diversas freguesias (PORDATA, 2024). Relativamente à composição dos agregados domésticos, o número de agregados familiares aumentou 6% nos últimos anos, o que corresponde a um acréscimo de 7.047 novos agregados. A maioria dos agregados é composta por 2 ou 3 pessoas, com especial destaque para o crescimento das famílias unipessoais, que aumentaram 28% (PORDATA, 2024).

Em 2019, os 20% da população com maiores rendimentos auferiam 3,5 vezes mais do que os 20% mais pobres. A diferença é ainda mais acentuada quando analisamos os 10% com os maiores e menores rendimentos, sendo que o rendimento dos 10% mais ricos era cerca de 8 vezes superior ao dos 10% mais pobres.

Este panorama demográfico e socioeconómico revela uma comunidade em constante transformação, enfrentando desafios substanciais, particularmente no que diz respeito à resposta às necessidades de uma população envelhecida, diversificada e com níveis de escolaridade progressivamente mais elevados. Simultaneamente, persiste uma realidade de desigualdade de rendimentos que exige uma atenção cuidadosa.

A análise destes dados é essencial para o desenvolvimento de um diagnóstico de situação fidedigno até porque, só o entendimento aprofundando do contexto, pode contribuir para a determinação das variáveis a incluir no instrumento de recolha de dados, de forma que os achados sejam representativos das problemáticas vividas neste concelho do norte do país.

4. PLANEAMENTO EM SAÚDE

A metodologia de planeamento em saúde constitui um processo estruturado e fundamental para a organização e implementação eficaz dos cuidados de saúde, sendo particularmente relevante no contexto da enfermagem comunitária (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho). Este tipo de planeamento não se limita apenas à execução de ações clínicas isoladas, mas abrange um conjunto integrado de estratégias que visam otimizar os resultados em saúde, promovendo um cuidado holístico e centrado na pessoa.

Neste sentido, para o presente trabalho, optou-se por recorrer ao planeamento em saúde enquanto metodologia que norteia a ação, tendo por base as orientações de Imperatori e Giraldes (1982). Na visão de Melo (2020), adotar esta metodologia permite um processo dinâmico e flexível que favorece a adaptação às necessidades específicas da população atendida e que, por isso, faz todo o sentido no contexto da enfermagem comunitária e de saúde pública.

Para Imperatori & Giraldes (1982), as etapas fundamentais deste processo incluem, primeiramente, o diagnóstico de situação, que envolve a análise detalhada das condições de saúde da comunidade, seguida pela identificação dos problemas de saúde prioritários. A definição de objetivos claros e mensuráveis é a próxima etapa, sendo estes alinhados com as necessidades identificadas. Depois, a seleção de intervenções adequadas e baseadas em evidências é crucial para garantir a eficácia das ações propostas. Por último, a avaliação contínua dos resultados é essencial, pois permite realizar ajustes sempre que necessário, assegurando a melhoria contínua dos cuidados prestados (Imperatori & Giraldes, 1982).

Embora a definição de objetivos claros, a seleção de intervenções baseadas em evidências e a avaliação contínua dos resultados sejam etapas essenciais para a implementação de um projeto eficaz, o foco, neste estágio e consequente relatório, foi exclusivamente o diagnóstico de situação sobretudo porque, sem um diagnóstico preciso e completo, não é possível desenvolver um projeto adequado, uma vez que a identificação correta das necessidades é fundamental para orientar todas as fases subsequentes do processo.

Assim, a metodologia de planeamento aplicada à enfermagem não é apenas uma ferramenta, mas um pilar essencial para garantir uma prática profissional que seja não só eficaz, mas também adaptável às necessidades emergentes e desafios do contexto de

saúde. Através desta abordagem sistemática, os enfermeiros conseguem promover intervenções que não só respondem às necessidades imediatas dos utentes, mas também contribuem para a saúde e bem-estar da comunidade de forma sustentável e integrada (Melo, 2020).

4.1. Diagnóstico de Situação

Tal como descrito, segundo Imperatori & Giraldes (1982), o diagnóstico de situação representa a primeira e crucial etapa da metodologia de planeamento em saúde. Este processo é fundamental para a identificação e análise das condições de saúde de uma população específica. Através de uma avaliação sistemática e rigorosa, o diagnóstico de situação permite reunir informações pertinentes acerca de fatores demográficos, epidemiológicos e sociais que influenciam a saúde da amostra. Nesta fase, podem ser empregues diversas ferramentas e métodos de colheita desses dados, tais como, questionários, entrevistas, observações, grupos focais, estudos de caso e análise de documentos de saúde, que visam construir um panorama das condições de saúde existentes (Melo, 2020).

A identificação de problemas de saúde prioritários, assim como a análise dos determinantes sociais da saúde, são fundamentais para a definição de intervenções adequadas e eficazes. Além disso, o diagnóstico de situação proporciona uma base sólida para a tomada de decisões informadas, orientando o desenvolvimento de estratégias que visem a promoção da saúde e a prevenção das doenças (Melo, 2020).

Assim, o diagnóstico de situação, além de se constituir um ponto de partida para o planeamento de ações, é um elemento essencial para garantir que estas intervenções sejam contextualizadas e relevantes, respondendo de forma efetiva às necessidades da população. A sua realização metódica e fundamentada é uma garantia de que os cuidados de enfermagem serão prestados com qualidade e eficácia, promovendo um impacto positivo na saúde coletiva (Melo, 2020).

É partindo desta informação que nas próximas etapas deste trabalho expomos o diagnóstico de situação realizado no contexto deste Estágio que decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade, num concelho do norte de Portugal.

4.1.1. Definição da Área Programática

Após uma análise das necessidades e motivações pessoais e institucionais, constatou-se a relevância de desenvolver um estudo centrado nos cuidadores informais na área de abrangência da UCC na qual a estudante se encontrava a realizar a UC de Estágio e Relatório.

A ausência de iniciativas direcionadas aos cuidadores informais, articulada com a mais recente literatura científica sobre a temática e a experiência da investigadora principal como enfermeira numa Unidade de Saúde Familiar colocam a descoberto a necessidade de proceder à caracterização destes cuidadores informais, para que, com base nos achados, seja possível proceder ao planeamento e implementação de respostas continuadas, integradas e personalizadas. Este grupo, frequentemente subvalorizado, desempenha um papel vital no suporte ao sistema de saúde, principalmente na assistência a pessoas com doenças crónicas, dependência no autocuidado e condições que exigem cuidados constantes.

Neste sentido e após a revisão da literatura que foi apresentada no enquadramento conceptual, elaboramos a seguinte questão de investigação: “Qual o perfil e as necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem do Cuidador Informal que cuida de pelo menos uma pessoa dependente no autocuidado que se encontra inscrita numa das USF da área de abrangência da UCC?”.

4.1.2. Especificação dos Objetivos

Seguidamente foram definidos os objetivos geral e específicos, com o propósito de estabelecer uma linha orientadora para a nossa investigação. Estes objetivos têm como finalidade proporcionar uma compreensão mais profunda da temática em questão e orientar o desenvolvimento do trabalho, garantindo que as questões centrais sejam analisadas de forma adequada. Abaixo, apresentam-se os objetivos definidos:

- Objetivo geral: Conhecer o perfil e as necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem do Cuidador Informal que cuida de pelo menos uma pessoa dependente no autocuidado que se encontra inscrita numa das USF da área de abrangência da UCC.
- Objetivos específicos:
 - Caracterizar socio e demograficamente os cuidadores informais;

- Caracterizar o contexto da prestação de cuidados;
- Caracterizar o cuidador informal relativamente às patologias crónicas, capacidade funcional, gestão do regime medicamentoso, dor, padrão de sono, perceção de saúde, dificuldades associadas ao exercício do papel, conhecimento em relação ao estatuto do cuidador informal, utilização dos recursos da comunidade e nível de sobrecarga;
- Identificar as necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem que emergem do diagnóstico de situação.

4.1.3. Seleção da população-alvo e amostra

A população-alvo pode ser entendida como o conjunto de indivíduos que partilham características específicas, relevantes para o problema de investigação em questão. Este grupo é aquele do qual o investigador pretende extrair conclusões ou realizar generalizações com base nos dados recolhidos (Fortin, 1999). A definição da população-alvo constitui uma etapa fundamental no processo de investigação, uma vez que estabelece o contexto e os limites do estudo, orientando as escolhas relativas à amostragem, às técnicas de recolha de dados e à análise dos resultados.

Face à extensão da área geográfica de abrangência da UCC, bem como, a limitação de tempo e recursos disponíveis, houve necessidade de limitar a população alvo. Assim, após análise e deliberação, decidiu-se proceder ao diagnóstico de situação dos Cuidadores Informais das pessoas idosas, dependentes no autocuidado, que se encontravam inscritas numa das USF da área de abrangência da UCC, considerando o período temporal entre setembro e dezembro de 2024.

No âmbito do estudo *“Literacia em Saúde e Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais – a realidade portuguesa”* que inquiriu 790 cuidadores informais entre 2022 e 2023 (Escoval, Pedro, Raposo, Avelar, & Brandão, s.d.), foi constatado que 85,7% dos inquiridos não possuíam o estatuto de cuidador informal. Dada esta realidade, para identificar a população-alvo, optou-se por definir uma população de origem através dos dependentes em programa de domicílio de uma USF da área de abrangência da UCC. O estágio iniciou-se num período de elevada afluência de administração da vacina sazonal à população vulnerável, o que possibilitou uma população de origem mais abrangente, composta por 90 utentes.

Com a definição da população-alvo, procedeu-se à seleção da amostra, que consiste na escolha de um subconjunto representativo dos indivíduos da população, com o intuito de recolher dados relacionados com o fenómeno em estudo. A amostra é necessariamente de menor dimensão do que a população, mas deve refletir as suas características essenciais, de modo a garantir a sua representatividade (Fortin, 2009).

Para a definição da amostra, foram definidos critérios de inclusão e exclusão, que orientaram a seleção dos participantes:

➤ Critérios de Inclusão:

- Cuidadores informais que cuidam de pelo menos uma pessoa dependente no autocuidado inscrita numa das USF da área de abrangência da UCC, identificados no período temporal de outubro a dezembro de 2024;
- Maiores de 18 anos;
- Aceitar as condições do estudo;
- Cuidar de forma regular/frequente e/ou apoiar alguém nas suas atividades básicas de vida diária devido a doença física ou mental, incapacidade/invalidade ou idade avançada;
- Não receber remuneração monetária pelos cuidados informais prestados (excetuando o apoio monetário inerente ao estatuto de cuidador informal).

➤ Critérios de exclusão:

- Óbito da (s) pessoa (s) cuidada (s);
- Não atender nas duas primeiras chamadas telefónicas, onde se objetiva, apresentar o trabalho (as chamadas foram realizadas, em períodos temporais distintos);

Após a aplicação dos critérios de inclusão e exclusão definidos, selecionou-se uma amostra constituída por 43 cuidadores informais.

4.1.4. Instrumento de Colheita de dados

Considerando a população-alvo definida e as suas necessidades reais, bem como, os problemas suscetíveis de intervenção pelos enfermeiros, selecionou-se um instrumento

de recolha de dados que, embora tenha sido previamente aplicado num contexto geográfico distinto, foi desenvolvido para a mesma população alvo.

Tendo em conta o período temporal limitado para a execução do diagnóstico de situação e o facto de, nesta área programática, não existir na UCC qualquer tipo de ação prévia, optou-se, pela utilização de um formulário. De acordo com Sequeira & Nêne (2022), este é o termo habitualmente utilizado para designar um conjunto de questões formuladas e anotadas por um entrevistador, retratando uma ferramenta de fácil aplicação, que respeita o contexto e a disponibilidade dos participantes (Sequeira & Nêne, 2022).

O formulário, cuja versão completa se encontra no Apêndice I – Instrumento de Recolha de Dados, teve como objetivo a recolha de informações detalhadas que respondam aos objetivos específicos do trabalho. Este instrumento de colheita de dados multidimensional foi desenvolvido de modo a agregar instrumentos de medida já existentes, traduzidos/validados para a população portuguesa e que se encontram acessíveis através de pesquisa nas bases de dados nacionais, tais como a Escala de Sobrecarga do Cuidador (Sequeira, C, 2007) que foi traduzida a partir da *Burden Interview Scale de Zarit* (Zarit, S.H., 1989), a escala de *Graffar* Adaptada (1956) traduzida e validada por Amaro (2001); a escala de atividades de vida diária de *Lawton-Brody* (Lawton, M.P. & Brody, E, 1969) traduzida e validada por Sequeira (2007), o Índice de *Barthel* para as Atividades de Vida Diárias (Mahoney, F. I. & Barthel, D.W., 1965), traduzido e validado por Sequeira (2007), e o Índice de Avaliação das Dificuldades do Cuidador (CADI) (Nolan, M. & Grant, G, 1989) traduzida e validade por Sequeira (2007).

As variáveis independentes abordadas no formulário, foram reunidas de acordo com a literatura consultada e incluíram duas categorias major: contexto da prestação de cuidados e variáveis coligadas ao cuidador informal (sociodemográficas, presença de patologias crónicas, capacidade funcional, gestão do regime medicamentoso, dor, padrão de sono, perceção de saúde, dificuldades associadas ao exercício do papel, conhecimento em relação ao estatuto do cuidador informal, utilização dos recursos da comunidade e nível de sobrecarga).

Seguindo esta seleção, foi aplicado um formulário via telefone, sendo a primeira abordagem realizada, sempre por meio de um contacto telefónico inicial na UCC. Embora este processo de recolha de dados tenha-se revelado moroso, ele foi produtivo, contribuindo significativamente para a aprendizagem da investigadora.

4.1.5. Considerações Éticas

No desenvolvimento deste estudo, foram respeitados os princípios éticos que orientam qualquer projeto de investigação, em conformidade com as normas estabelecidas no Código Ético e Deontológico do Enfermeiro (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Considerando que este estudo foi desenvolvido no âmbito da saúde e envolve a participação de seres humanos, foram adotados procedimentos específicos para a recolha de dados, em alinhamento com os princípios éticos, tais como: obter o consentimento livre e esclarecido, garantido aos participantes o direito a desistirem da investigação a qualquer momento, sem qualquer penalização e de solicitarem a não inclusão dos seus dados na pesquisa (Council for International Organizations of Medical Sciences, 2016). Para garantir a anonimização e a execução dos procedimentos supracitados, caso viesse a ser necessário, foi atribuído um código a cada participante.

Sendo a investigadora responsável, pela recolha e análise dos dados, enfermeira, assegura-se o cumprimento das exigências éticas e deontológicas da profissão, particularmente no que respeita à confidencialidade e anonimato dos participantes (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa para garantir que todos os procedimentos da investigação cumprissem as normativas éticas vigentes.

O objetivo do estudo foi claramente explicado, e solicitada a colaboração da UCC para a operacionalização da recolha de dados, de modo a assegurar a proteção dos indivíduos participantes e da instituição. No primeiro contacto telefónico com os participantes, sempre realizado a partir da UCC, foi solicitado o seu consentimento livre e esclarecido de forma verbal, abrangendo as seguintes informações: os objetivos e finalidade do diagnóstico de situação, a utilização dos dados recolhidos para a construção do presente relatório, e eventualmente, para a elaboração de publicações de carácter científico, bem como, o tempo estimado para a participação na recolha dos dados (ver Apêndice II - Consentimento Livre e Esclarecido).

Em nenhum momento foram recolhidos dados que permitissem identificar os participantes sem o devido consentimento. Além disso, nos casos onde foram identificadas condições de saúde que requeriam intervenção profissional, foi solicitado o consentimento informado para proceder à avaliação e/ou encaminhamento para os

profissionais da Unidade de Saúde Familiar ou do Assistente Social de referência para os cuidadores informais, mediante as necessidades identificadas.

4.1.6. Análise Estatística e Apresentação dos Dados

Para a análise e tratamento, os dados codificados foram inseridos no *Microsoft Forms*® e exportados para o programa *Excel Office 365*® e a plataforma *SPSS*®, onde foram organizados e analisados de forma a dar resposta aos objetivos do trabalho.

5. RESULTADOS

A idade dos participantes é em média $62,16 \pm 13,96$ anos, registando-se um valor mínimo de 21 anos e máximo de 88 anos (Consultar Quadro 1).

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Idade	43	21	88	62,16	13,96

Quadro 1 - Distribuição da idade dos cuidadores informais, mínimo, máximo, média e desvio padrão.

Quanto ao sexo, e indo de encontro à evidência apresentada no enquadramento teórico, constatou-se que quase três quartos dos participantes são mulheres (74% | $n=32$), com destaque para o estado civil casado/em união facto (58% | $n=25$) ou divorciado/separado (21% | $n=9$).

Na amostra também foram identificadas pessoas solteiras (14% | $n=6$) e viúvas (7% | $n=3$) tendo-se constatado que a soma das pessoas que apresentam este estado civil (21% | $n=9$), em percentagem, era equiparado às que se encontram divorciadas/separadas (21% | $n=9$), tal como consta no Gráfico 1.

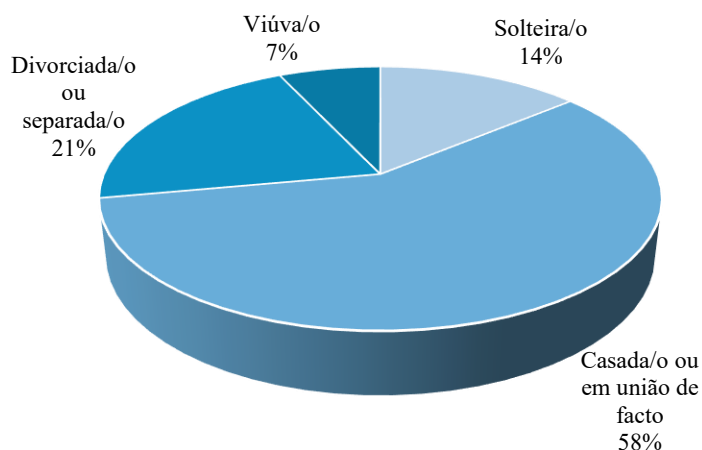


Gráfico 1 - Distribuição da frequência relativa por estado civil

Quanto ao nível de escolaridade, 56% ($n=24$) dos participantes completou o 12.º ano ou um nível superior de ensino, conforme ilustrado no Gráfico 2. Porém, é de destacar que 33% ($n=14$) apresenta um nível de escolaridade inferior ou igual ao ensino primário revelando elevada percentagem de cuidadores informais com reduzida literacia.

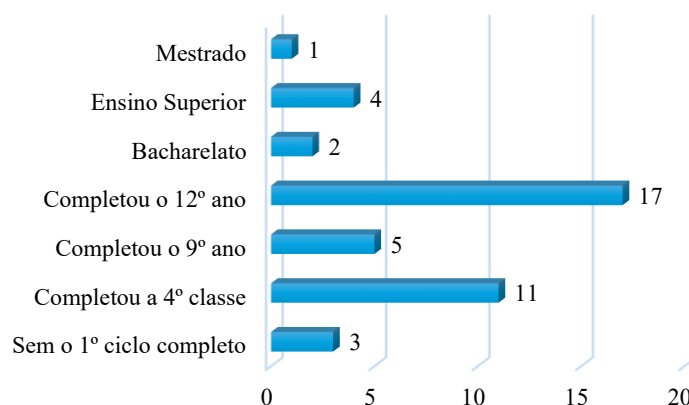


Gráfico 2 - Distribuição da frequência absoluta por escolaridade

Para avaliar as condições socioeconómicas da família e identificar a sua classe social, foi aplicada a escala de *Graffar* adaptada. Os resultados obtidos revelam que 70% (n=30) da amostra se insere em duas classes sociais: 37% na Classe Média (n=16) e 32% na Classe Média Baixa (n=14), conforme ilustrado no Gráfico 3, o que também vai de encontro à evidência incluída no enquadramento teórico.

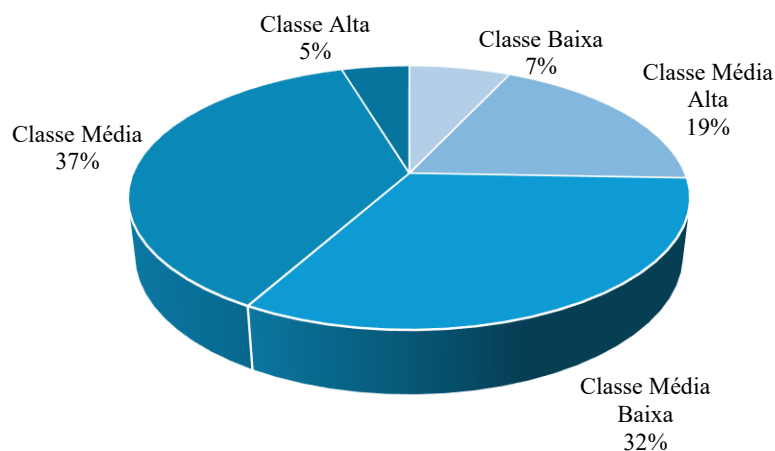


Gráfico 3 - Distribuição da frequência relativa da classe social, segundo a escala de *Graffar* adaptada

Numa análise mais detalhada dos dados recolhidos a partir desta escala, observamos que 37% (n=16) dos inquiridos são trabalhadores indiferenciados. Adicionalmente, para 49% das pessoas (n=21) o rendimento familiar provém de pensões ou reformas.

Relativamente às condições de habitação, 49% (n=21) dos participantes indicam que residem em casas ou apartamentos em bom estado de conservação, equipados com cozinha e casa de banho, bem como com os eletrodomésticos essenciais. Por último, 70% (n=30) dos inquiridos referem que residem numa localização que consideram boa.

Desta forma, poder-se-á referir que as variáveis que mais parecem contribuir para que a amostra apresente, na sua clara maioria, Classe Média (37% | n=16) ou Classe Média Baixa (32% | n=14), são: o nível de escolaridade, a profissão e a origem do rendimento. Assim, os dados sugerem que estas variáveis são determinantes na definição do nível socioeconómico carecendo por isso de reflexão face à necessidade de políticas sociais.

Relativamente à profissão do cuidador informal, a mais mencionada foi trabalhador indiferenciado (37% | n=16), seguindo-se empregados de escritório de grau superior (12% | n=5) e dirigentes de médias empresas (12% | n=5).

Quanto à situação face ao emprego no momento da aplicação do formulário, 44% (n=19) dos participantes referem que se encontram reformados, seguindo-se 26% (n=11) desempregados, como evidencia o Gráfico 4. Também é de ressaltar que apenas 28% dos cuidadores informais refere uma atividade profissional, dos quais, apenas 21% a mantem a tempo integral, o que poderá sugerir o quanto o exercício do papel de cuidador informal é exigente e pouco compatível com a atividade laboral.

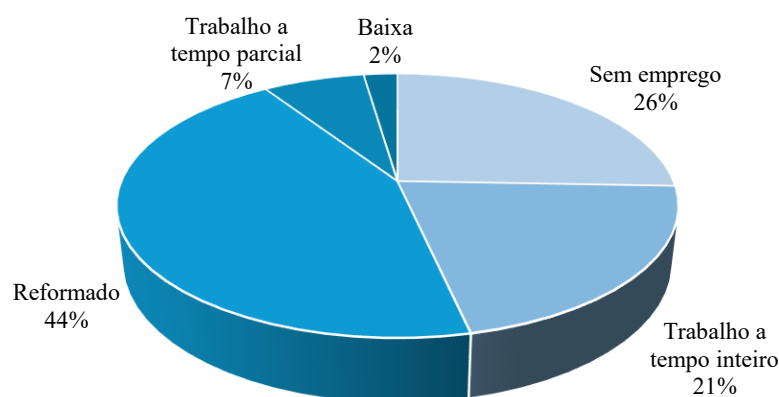


Gráfico 4 - Distribuição da frequência relativa face à situação de emprego

Ainda considerando os cuidadores informais que mantinham uma atividade profissional (quer a tempo integral quer parcial), verificou-se que assumiam simultaneamente ambas as funções, em média, há $9,02 \pm 10,20$ anos como se verifica no Quadro 2.

	n	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Tempo de atividade profissional em simultâneo com o papel de cuidador/a	23	0,25	42	9,02	10,20

Quadro 2 - Mínimo, máximo, média e desvio padrão do tempo de atividade profissional em simultâneo com o papel de cuidador/a

Mais de metade dos cuidadores informais 51% (n=22) indica que o rendimento de que dispõe não é suficiente para fazer face às necessidades, realidade que parece especialmente complexa quando se verifica que destes cuidadores, 37% (n= 16) referem que não recebem qualquer tipo apoio económico.

Por outro lado, e consultando o Quadro 3, também se verifica que, nos participantes que referem que o rendimento é insuficiente, mas recebem algum tipo de apoio (27% | n=6), destaca-se o suporte dos irmãos/irmãs (n=3).

	Frequência	Porcentagem
Marido	1	16,7
Filho(a)	1	16,7
Irmãos/Irmãs	3	50,0
Outros familiares	1	16,7
Total	6	100

Quadro 3 - Frequência e percentagem de quem os participantes referem receber apoio económico

Tendo em conta a relação com o familiar dependente podemos verificar, no Gráfico 6, que 63% (n=27) dos cuidadores informais são filhos/as, enquanto 26% (n=11) corresponde ao cônjuge.

Estes dados vão de encontro à literatura ao sugerirem a existência de uma amostra significativa de pessoas idosas que cuidam de outras pessoas idosas. Quanto à coabitação constata-se que a maioria (79% | n=34) dos cuidadores informais coabitam, continuamente, com o seu familiar dependente – consultar Gráfico 5.

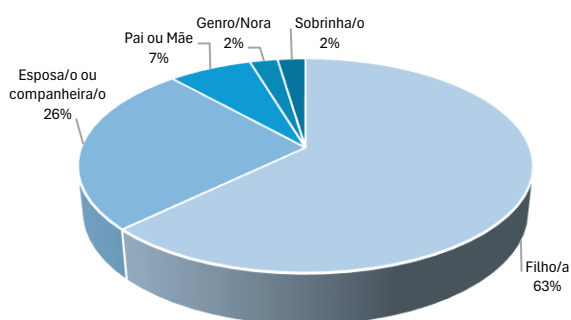


Gráfico 6 - Distribuição da frequência relativa segundo a relação entre o participante e o familiar dependente

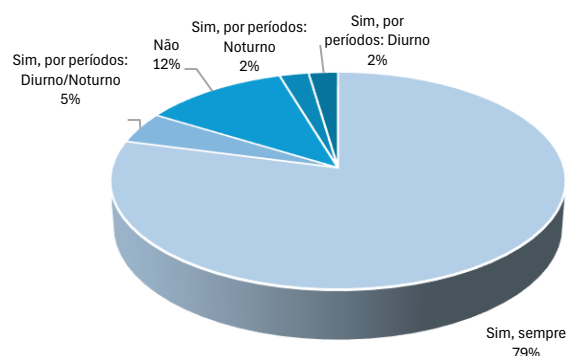


Gráfico 5 - Distribuição da frequência relativa segundo a coabitação do participante com o familiar dependente

Mais de metade dos cuidadores informais (63% | n=27) referem que têm apoio para executar os cuidados à pessoa dependente mencionando, mais frequentemente, o apoio de familiares (52% | n=14), da resposta social serviço de apoio domiciliário (33% | n=9) e da contratualização de uma cuidadora formal especificamente para a prestação dos cuidados de higiene (26% | n=7) - consultar Quadro 4.

Se tem apoio no cuidado ao seu familiar dependente, a quem recorre?	
Resposta dos participantes	Frequência da Resposta
Familiares (Ex.: marido/esposa, irmãos, filhos, netos, nora/genro)	14
Serviço de apoio domiciliário	9
Cuidadora formal particular para a higiene	7
Empregada doméstica	2
Vizinhos	2
APPCDM	1
Fisioterapeuta	1
Centro de dia	1

Quadro 4 - Frequência absoluta das respostas dadas pelos cuidadores à questão: “Se tem apoio no cuidado ao seu familiar dependente, a quem recorre?”

AValiação DO Cuidador informal

Somente 4 cuidadores informais referem não ter qualquer patologia crónica (9%). Nos restantes (91% | n=39), as patologias mais prevalentes são: a dislipidemia (51% | n=20), a hipertensão arterial (44% | n=17) a patologia psiquiátrica (36% | n=14), do foro circulatório (31% | n=12), gastrointestinal (31% | n=12), diabetes (26% | n=10) e artrite/reumatismo (26% | n=10).

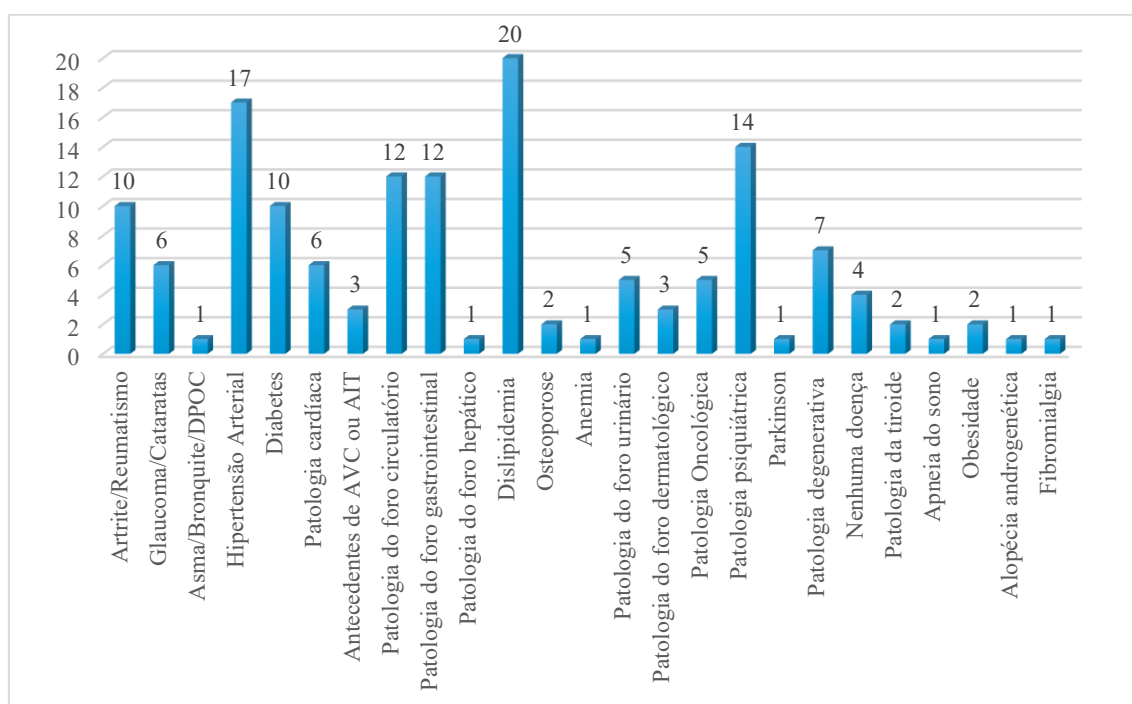


Gráfico 7 - Distribuição da frequência absoluta segundo o relato de diagnóstico de doenças crónicas pelos participantes

Relativamente à perceção de saúde, 49% (n=21) dos cuidadores informais classificaram-na como normal enquanto para 25% (n=11) é boa.

Apenas 26% classifica a perceção de saúde atual de forma negativa, como má (19% | n=8) ou muito má (7% | n=3). No entanto, quando comparam a atual perceção de saúde com a que apresentavam há cinco anos a clara maioria refere uma evolução negativa (68% | n=29) classificando a saúde como pior (56% | n= 24) ou muito pior (12% | n= 5), realidade para a qual o exercício do papel de cuidador informal poderá ter contribuído - Consultar Gráficos 8 e 9.

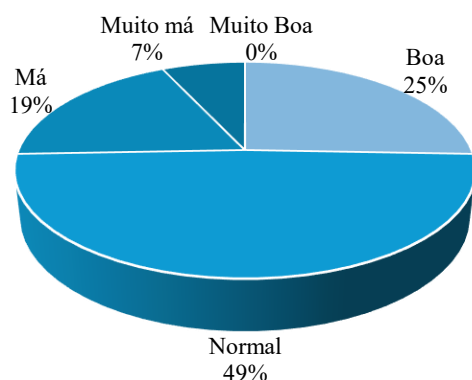


Gráfico 9 - Distribuição da frequência relativa segundo a percepção do estado de saúde, atual, dos cuidadores informais.

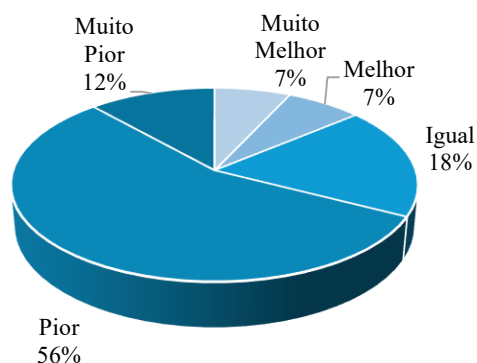


Gráfico 8 - Distribuição da frequência relativa segundo a percepção do estado de saúde dos cuidadores informais, comparando com há 5 anos.

Tendo como referência os últimos 6 meses, 74% dos cuidadores informais referiram ter dor (n=32). Destes, 66% (n=21) percecionam associação entre a dor e o exercício das tarefas inerentes ao papel de cuidador informal.

No que se refere ao sono, e tendo por base o mesmo período temporal, constata-se que 74% (n=32) dos participantes também referiram alterações negativas. Para 58% (n=25) dos participantes essas alterações estavam coligadas ao papel de cuidador informal, sendo mais frequente: a insónia (52% | n=13), o estado de alerta constante (52% | n=13), a dificuldade em adormecer (44% | n=11) e a necessidade de prestar cuidados à pessoa dependente durante a noite (20% | n=5), conforme ilustrado no Gráfico 10.

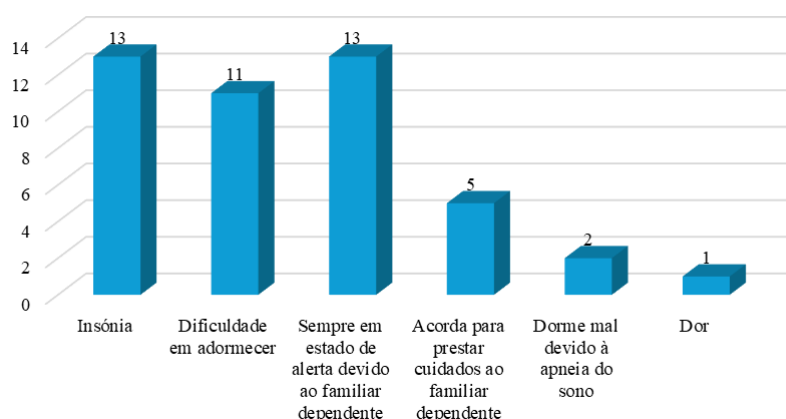


Gráfico 10 - Distribuição da frequência relativa segundo às alterações que os cuidadores informais sentiram ao nível do sono

A maioria dos cuidadores informais referiram tomar pelo menos um fármaco de forma continua (88% | n=38) registrando-se, neste grupo, a ingestão diária de, em média, $4,16 \pm 3,54$ fármacos (mínimo de 1 fármaco; máximo de 13 fármacos) sendo especialmente prevalente a toma de anti-dislipidémicos (53% | n=20), anti-hipertensores (39% | n=15), antidepressivos (37% | n=14), antidiabéticos orais ou insulinoaterapia (26% | n=10), analgésicos 24% | n=9) e hipnóticos (18% | n=7) - conforme evidenciado no Gráfico 11.

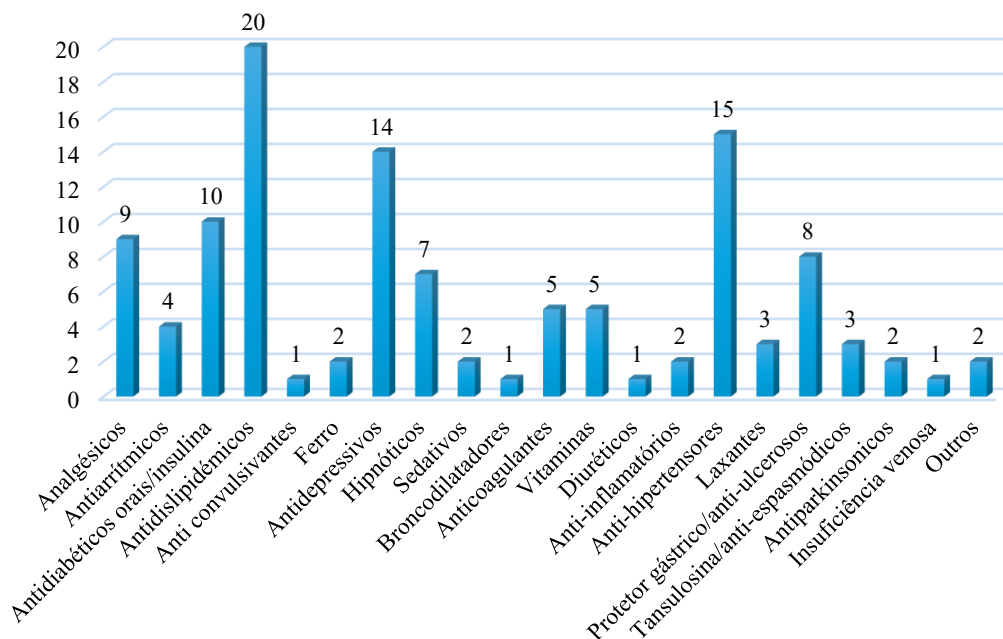


Gráfico 11 - Distribuição da frequência absoluta segundo o relato dos participantes acerca da terapêutica crônica que lhes foi prescrita

Cada cuidador informal apresenta, em média, $1,30 \pm 0,58$ prescritores da sua terapêutica farmacológica de toma diária (mínimo de 1 e máximo de 3) sendo o prescritor mais frequente o médico de família (76% | n=29). Contudo, foram identificados outros prescritores como o médico privado (18% | n=7), o médico especialista da consulta hospitalar onde o cuidador informal é acompanhado (21% | n=8), o psiquiatra (5% | n=2) e o médico do serviço de urgência (3% | n=1).

Uma parte significativa da amostra (47% | n= 18) refere que a utilização da terapêutica ocorre enquanto estratégia para lidar com as consequências coligadas ao papel de cuidador informal, sendo neste grupo, especialmente prevalente a prescrição de antidepressivos (78% | n= 14) e analgésicos (17% | n=3) prescritos sobretudo pelo médico de família (56% | n= 10) ou pelo psiquiatra (22% | n= 4) – consultar gráficos 12 e 13.

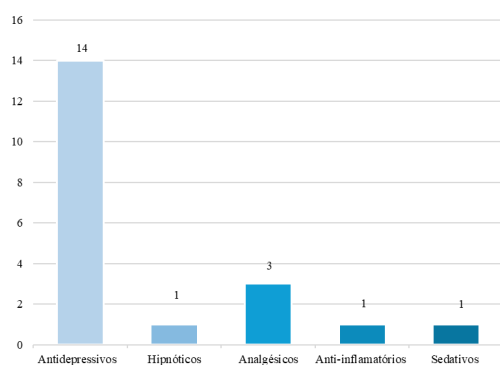


Gráfico 13 - Distribuição da frequência relativa segundo a classe farmacológica da terapêutica prescrita que se associa ao papel de cuidador informal

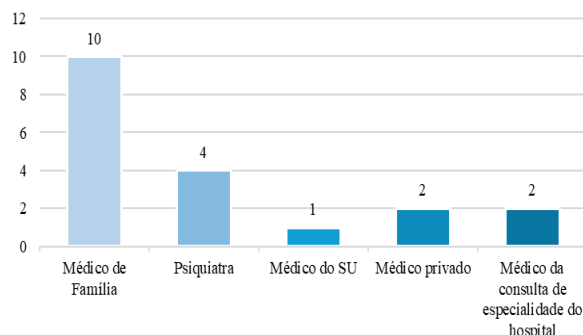


Gráfico 12 - Distribuição da frequência relativa segundo o prescritor da terapêutica crônica que se associa ao papel de cuidador informal

No sentido de avaliar a capacidade funcional do cuidador informal, aplicou-se o *Índice de Lawton-Brody* – Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton-Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007) constatando-se que, segundo a pontuação final deste instrumento, 98% (n=42) dos cuidadores informais eram independentes – Consultar Gráfico 14.

Há, contudo, que destacar que um dos cuidadores informais (2%) se encontra moderadamente dependente nas atividades instrumentais de vida diária, o que parece representar uma condição dificultadora do exercício eficaz do papel.

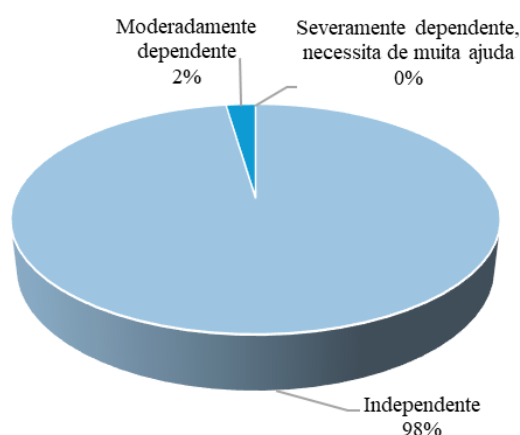


Gráfico 14 - Distribuição da frequência relativa segundo a pontuação final do Índice de *Lawton-Brody*, relativamente ao cuidador informal

No Gráfico 15 é apresentada a pontuação final da escala de Zarit relativamente à sobrecarga do cuidador informal, onde se verifica que 77% (n=33) dos cuidadores informais apresentam sobrecarga: 47% (n=20) sobrecarga intensa e 30% (n=13) sobrecarga ligeira.

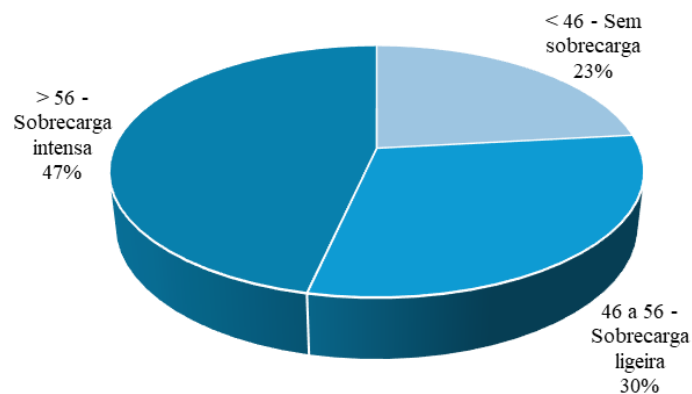


Gráfico 15 - Distribuição da frequência relativa (%), relativamente à sobrecarga do cuidador informal segundo a Escala de Zarit

Na tentativa de aprofundar a compreensão acerca da sobrecarga experienciada pelos cuidadores informais foi-lhes solicitado que expressassem o principal sentimento coligado ao exercício do papel. O Gráfico 16 apresenta os resultados obtidos, sendo relevante destacar que todos os 43 cuidadores informais referiram, pelo menos um, sentimento negativo.

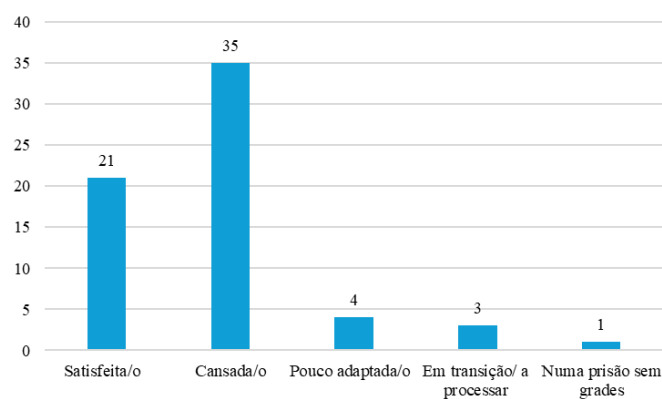


Gráfico 16 - Distribuição da frequência relativa segundo o sentimento coligado ao papel de cuidador informal

O Gráfico 17, identifica as principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais, sendo mais prevalentes as problemáticas coligadas a gestão dos diversos papéis

desempenhados que acarreta ausência/insuficiência de tempo dedicado ao autocuidado (67%| n=29) ou à restante família (44%| n=19).

Destaca-se também o cansaço físico (63% | n=27), a exigência das tarefas resultante da condição de saúde da pessoa dependente (56%| n=24), a ausência de estratégias para lidar com as dificuldades (37%| n=16) e as problemáticas económicas (28%| n=12). Pese embora os achados aqui apresentados, 51% (n=22) dos cuidadores informais indica que mesmo que tivesse outra opção segura para garantir a prestação de cuidados à pessoa dependente, não deixaria de ser cuidador.

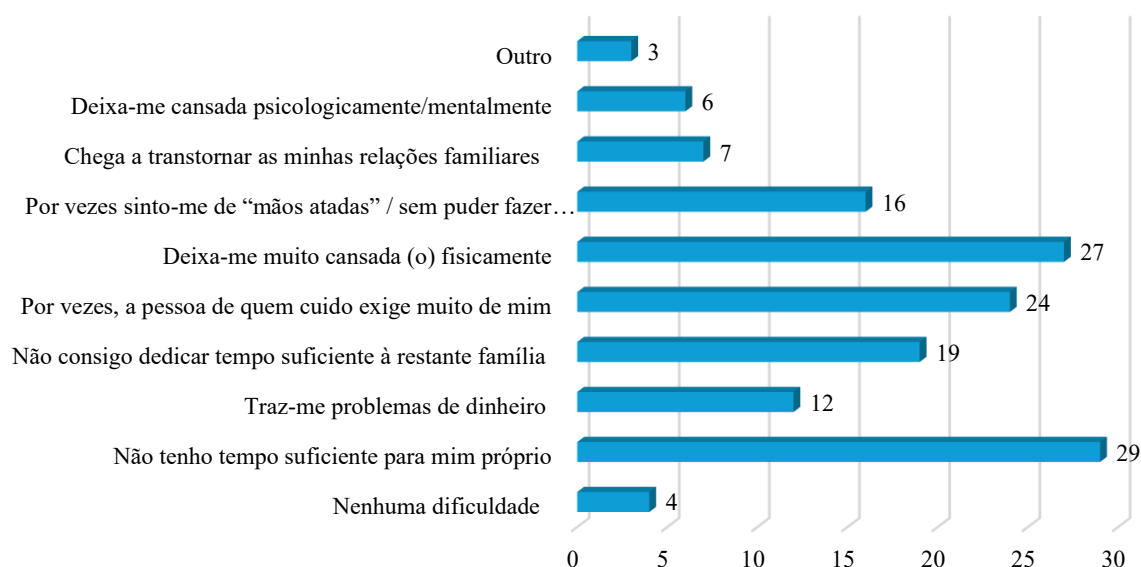


Gráfico 17 - Distribuição da frequência absoluta relativamente às principais dificuldades sentidas pelos cuidadores informais ao cuidarem da pessoa dependente

CONTEXTO DO CUIDAR

Somente 26% (n=11) dos participantes referem possuir o estatuto de cuidador informal, sendo que, em média, já o detêm há cerca de $2,27 \pm 1,19$ anos registando-se o valor mínimo de 1 e máximo de 4 anos. Quando questionados sobre as alterações que resultaram da obtenção do Estatuto de Cuidador Informal, a maioria dos inquiridos referiu o acesso ao subsídio inerente ao estatuto (46% | n= 5), ainda que, em menor percentagem, também tenha sido referido o aumento da responsabilidade (9% | n= 1) e a possibilidade de usufruir do descanso e do direito ao acompanhamento da pessoa dependente (9% | n=1) - conforme gráfico 18. Contudo, pela análise do mesmo gráfico, é evidente que para 36% (n=4) dos cuidadores informais a sua perceção é de que o acesso ao estatuto nada alterou.

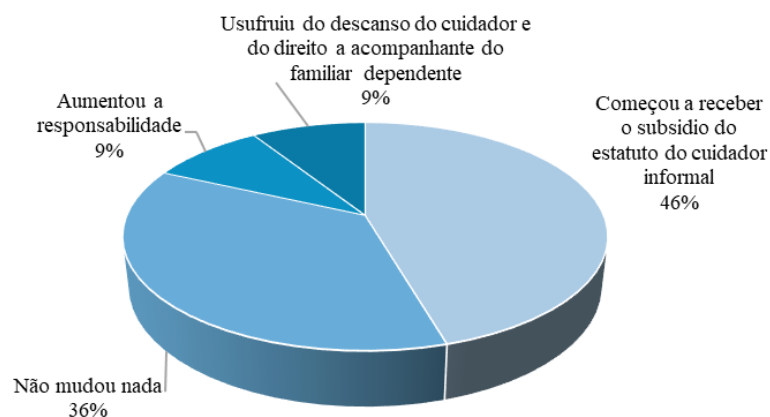


Gráfico 18 - Distribuição da frequência relativa segundo a perspectiva dos cuidadores informais em relação ao que mudou desde o estatuto do cuidador informal

Na tentativa de aprofundar o estudo, procurou-se conhecer quais as necessidades sentidas pelos cuidadores informais às quais gostariam de obter alguma resposta aquando da atribuição do estatuto de cuidador informal. O quadro 5, que esquematiza as respostas obtidas, revela que as necessidades mais frequentes são coligadas ao apoio monetário (45% | n=5) e à existência de serviços que assegurem o direito às pausas breves/descanso do cuidador (36% | n=4).

A que gostaria de aceder através do estatuto do cuidador informal que, atualmente, não é contemplado?	
Resposta dos participantes	Frequência da Resposta
Apoio monetário	5
Pausas Breves/ Descanso do cuidador Informal	4
Apoio nos cuidados de higiene	2
Grupos de apoio	2
Acompanhamento psicológico	2
Efetuar descontos para a segurança social	2
Flexibilidade a nível laboral sem perda de remuneração	1
Acompanhamento social	1
Ajudas técnicas (Ex.: cama articulada, cadeira de rodas...)	1

Quadro 5 - Frequência das respostas dadas pelos cuidadores à questão: “A que gostaria de aceder através do estatuto do cuidador informal que, atualmente, não é contemplado?”

A franca maioria dos cuidadores informais inquiridos (74% | n=32) não tem o estatuto do cuidador informal apresentando como justificação para tal informação insuficiente (38%

| n=12), desconhecimento total da sua existência (22% | n=7) ou dificuldades inerentes aos processos burocráticos que são exigidos (22% | n=7) – consultar Gráfico 19.

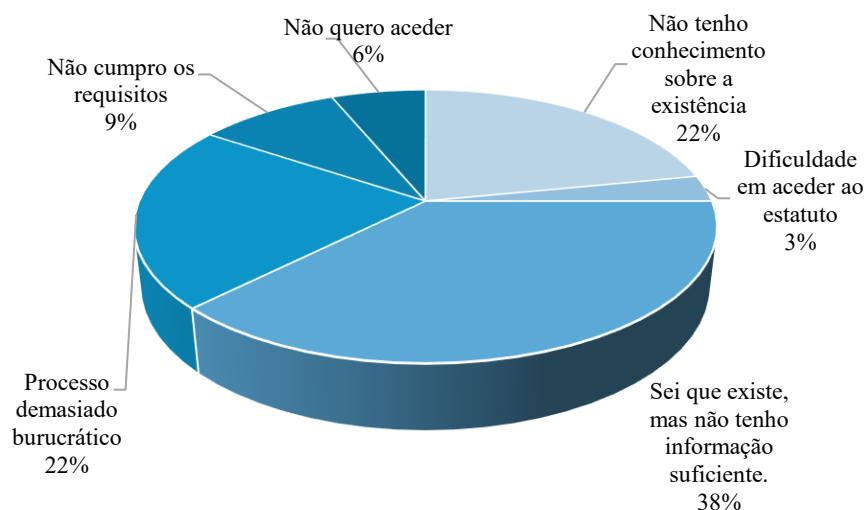


Gráfico 19 - Distribuição da frequência relativa segundo o motivo pelo qual os participantes não têm o estatuto de cuidador informal

Relativamente à avaliação da dependência no autocuidado da pessoa dependente, constatou-se que, segundo a pontuação final do *Índice de Barthel*, 91% (n=39) apresenta dependência, principalmente, dependência total (26% | n=11) ou severa (32% | n=14) – consultar Gráfico 20.

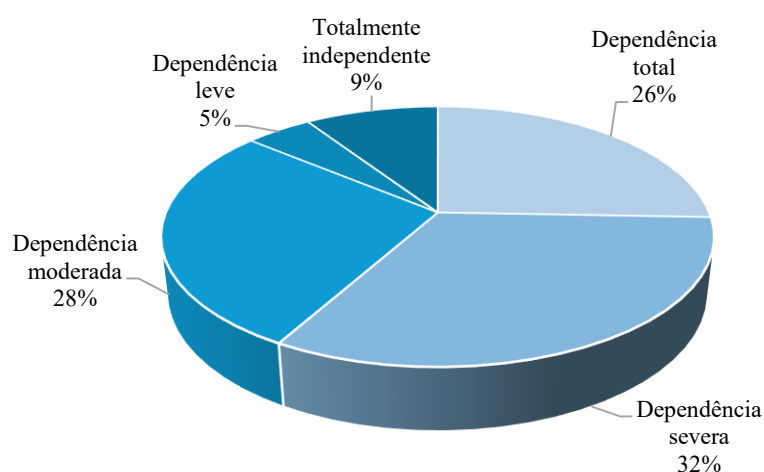


Gráfico 20 - Distribuição da frequência relativa (%), da pontuação final do Índice de Barthel relativamente à pessoa cuidada

Conforme indicado no Quadro 6, os cuidadores informais prestam cuidados aos seus familiares dependentes, em média há $9,61 \pm 10,82$ anos sendo que o número médio de horas dedicadas ao exercício do papel, por dia, é de $19,07 \pm 7,42$ horas.

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
Anos	43	0,25	47	9,61	10,82
Horas/Dia	43	1	24	19,07	7,42

Quadro 6 - Mínimo, máximo, média e desvio padrão dos anos e horas/dia que os cuidadores informais dedicam a prestar a cuidados à pessoa dependente

A prestação de cuidados informais concentra-se, com maior frequência, nas áreas económica (95% | n= 41) e informacional (95% | n=41), seguidas pelos cuidados que remetem para a substituição ao nível das atividades básicas de vida diária, conforme ilustrado no Gráfico 21. Estes achados vão de encontro aos dados relativos à avaliação da dependência no autocuidado da pessoa cuidada, onde se constatou uma elevada percentagem de pessoas com algum nível de dependência (91% | n=39)

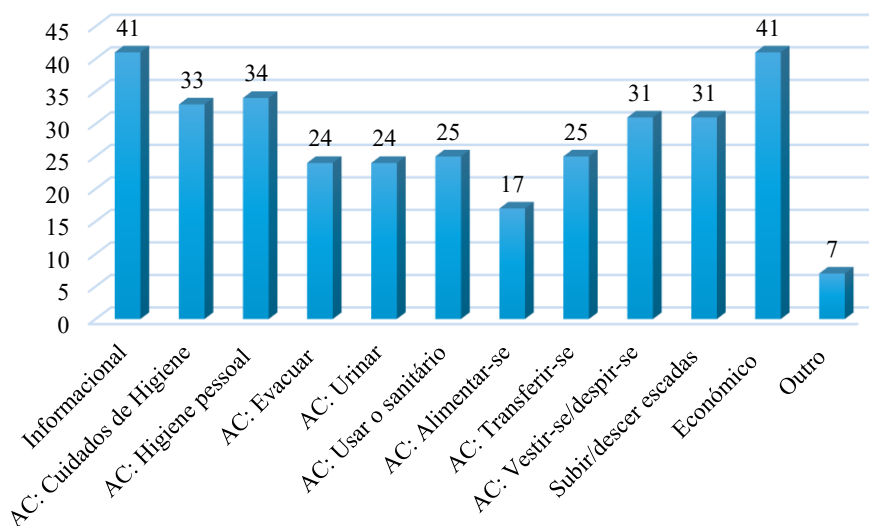


Gráfico 21 - Distribuição da frequência segundo a categoria de cuidados que os cuidadores informais prestam ao familiar dependente

Gráfico 22, observa-se que 95% (n=41) dos participantes indicam ter-se tornado cuidadores informais devido à ligação afetiva mantida com a pessoa dependente. No

entanto, destaca-se a existência de cuidadores informais que referem ter assumido o papel devido à ausência de alternativa 67% | n=29) ou por obrigação sociomoral (30% | n=13).

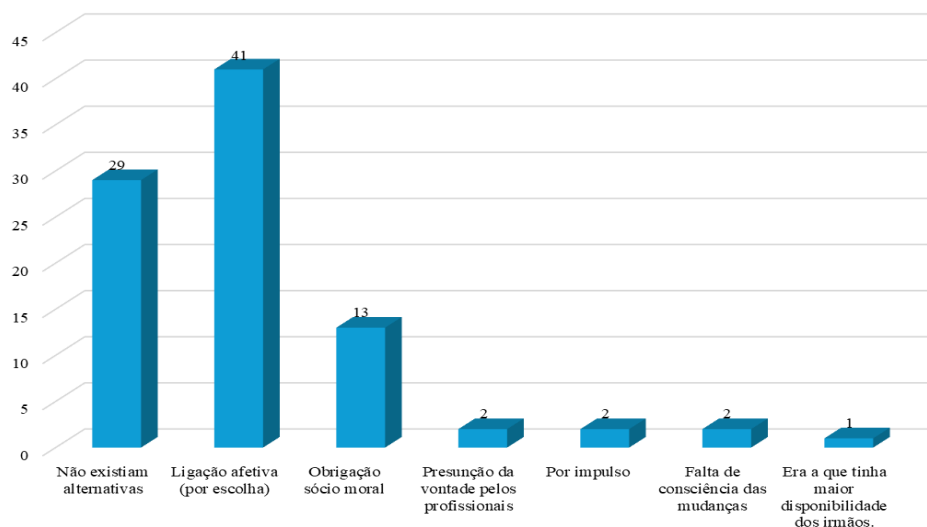


Gráfico 22 - Distribuição da frequência relativa segundo a razão pela qual os participantes se tornaram cuidadores informais

UTILIZAÇÃO DE RECURSOS DA COMUNIDADE

No que diz respeito à utilização dos recursos disponíveis na comunidade, no último ano, verifica-se que o médico de família (98% | n=42) e o enfermeiro de família (81% | n=35), correspondem aos mais frequentemente utilizados. Contrariamente ao desejável a utilização do serviço de urgência é igualmente prevalente, registando-se, no último ano, que 56% (n=24) dos cuidadores informais utilizaram este recurso – consultar Gráfico 23.

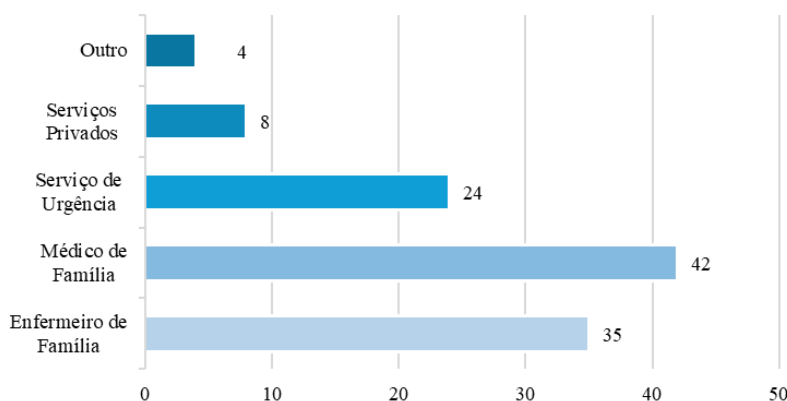


Gráfico 23 - Distribuição da frequência relativa segundo a utilização dos recursos de saúde, no último ano

No último ano, 65% (n=28) dos cuidadores informais referem ter recorrido à Unidade de Saúde Familiar, três ou mais vezes, com o objetivo de obterem cuidados de saúde dirigidos à pessoa dependente – consultar Gráfico 24.

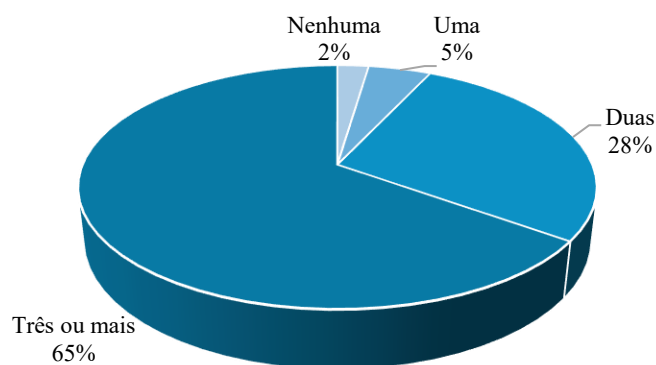


Gráfico 24 - Distribuição da frequência relativa segundo o do número de vezes que o cuidador informal recorreu à Unidade de Saúde Familiar, no último ano

No grupo de cuidadores que utilizou, no último ano, a Unidade de Saúde Familiar, 93% (n=40) indicou conhecer o enfermeiro de família enquanto 88% (n=38) mencionou que este já realizou uma visita domiciliária.

Entre os três participantes que não conhecem o enfermeiro de família, dois afirmaram que os seus serviços não foram necessários e o outro referiu desconhecer a existência deste recurso.

No que concerne à utilização do serviço de urgência contata-se que, no último ano, 51% (n=22) recorreu com a pessoa dependente, três ou mais vezes, ao Serviço de Urgência. Relativamente à resposta fornecida pelos cuidados de saúde primários, 21% (n=9) dos cuidadores informais referiram que a resposta disponibilizada é insuficiente destacando a ausência de respostas especificamente dirigidas aos cuidadores informais (50% | n=5), como revela o Quadro 7.

Em que sentido se encontra sem resposta nos cuidados de saúde primários?	
Resposta dos participantes	Frequência da Resposta
Melhor articulação entre os diversos recursos de saúde;	1
Assistência adequada às necessidades individuais;	1
Ausência de resposta e falta de apoio aos cuidadores informais	5
A assistência é demorada e burocrática.	2
Maior oferta em termos de visitas domiciliárias	1

Quadro 7 - Frequência das respostas dadas pelos cuidadores à questão: “*Em que sentido se encontra sem resposta nos cuidados de saúde primários?*”

Apenas 2 cuidadores informais, referem ter participado em projetos de intervenção na comunidade centrados no exercício deste papel. No entanto, 63% (n=27) dos cuidadores informais afirmam vontade de participar em atividades desta natureza.

IDENTIFICAÇÃO DAS NECESSIDADES DE SAÚDE DA AMOSTRA

Considerando os resultados obtidos nas diversas variáveis, foram identificadas as diferentes necessidades em saúde, que se traduzem em problemas. Para uma melhor apresentação dos resultados, os problemas identificados foram agrupados de acordo com os diagnósticos e dimensões, conforme apresentado no Quadro 8.

Dimensões	Diagnósticos	Problemas
Status	Qualidade de Vida (56%) comprometida	Relativamente ao estado de saúde atual, 49% (n=21) dos cuidadores informais refere ser normal.
		Comparando a sua saúde atual com há 5 anos, 56% (n=24) dos cuidadores informais referem estar pior.
Perceção	Dor musculoesquelética (66%)	74% (n=32) dos cuidadores informais indicam terem sentido dores nos últimos 6 meses e destes, 66% (n=21) referem que está relacionada com o papel de cuidador.
Regime medicamentoso complexo	Elevado número de medicamentos (em média tomam 4,16±3,54 fármacos/dia)	Destacam-se 3 patologias crónicas: 51% (n=20) a dislipidemia, a hipertensão arterial, com 44% (n=17), e a patologia psiquiátrica, com 36% (n=14). Sendo o número médio de patologias/cuidador informal de 5,7.
		Em média tomam 4,16±3,54 fármacos/dia (mínimo de 1 fármaco, máximo de 13 fármacos).
		88% (n=38) dos cuidadores informais referiu que toma algum tipo de medicação de forma crónica.
		A classe farmacológica mais administrada: são os antidiabéticos com 53% (n=20), os anti-hipertensores 39% (n=15) e os 37% (n=14).
		76%(n=29) indicam que a medicação foi prescrita pelo médico de família.
		À questão, “iniciou alguma medicação associada ao seu papel de cuidador” 47% (n=18) responderam que sim. Dos que disseram que sim, 78% (n=14) mencionaram ser antidepressivos e 56% (n=10) referem terem sido prescritos pelo médico de família.

Processo corporal	Sono comprometido (58%)	16% (n=7) dos cuidadores informais referiram sentir alterações no seu padrão de sono nos últimos 6 meses, devido a problemas que não se relacionam com a prestação de cuidados e 58% (n=25) devido à prestação de cuidados, sendo que destes 52% (n=13) mencionaram que foi devido a insónias e 52% (n=13) por estarem em constante estado de alerta devido ao familiar dependente.
Conhecimento	Potencial para melhorar o conhecimento acerca do Estatuto do Cuidador (74% sem o estatuto + 22% dos que têm estatuto) = 96%) Potencial para melhorar o Conhecimento (recursos da comunidade)	74% (n=32) dos inquiridos, não tem o estatuto do cuidador informal e destes, 38% (n=12) refere que sabe que este existe, mas não tem informação suficiente, 22% (n=7) desconhece a sua existência e 22%(n=7) estão no processo para solicitar o estatuto.
		26% (n=11) que referem ter o estatuto do cuidador informal, em média já o têm há cerca de 2,27 anos.
		À questão, “o que é que mudou desde que tem o Estatuto”, 36% (n=4) referem que não mudou nada e 46%(n=5) que começaram a receber o subsídio inerente ao estatuto do cuidador informal.
		À questão, “o que gostaria de ter no estatuto do cuidador informal que não é contemplado atualmente”, os cuidadores informais com o estatuto, responderam de forma decrescente: o apoio monetário; as pausas breves/descanso do cuidador; de momento nada; apoio nos cuidados de higiene, grupos de apoio para CI; acompanhamento psicológico; efetuar descontos para a segurança social; flexibilidade a nível laboral sem perda de remuneração; acompanhamento social, ajudas técnicas.
		79% (n=34) dos cuidadores informais refere que recebe resposta suficiente dos cuidados de saúde primários, mas dos 21%(n=9) que indicaram que não recebem resposta suficiente dos cuidados de saúde primários mencionaram as causas, tais como: “Melhor articulação das consultas médicas; informação relativamente a patologias e medicação; Assistência podia ser melhor, adequada às necessidades individuais; Não há resposta adequada para a saúde mental e falta de apoio aos cuidadores informais;

		Não há um acompanhamento adequado ao nível médico; É tudo muito burocrático, fazendo com que diminua os tempos de resposta e coloque em causa os cuidados aos utentes. Falta de formação no atendimento ao público; estou satisfeita, mas os cuidadores informais deviam ter mais assistência; Deslocação ao domicílio para estimulação cognitiva/saúde ocupacional da pessoa dependente. Formação dos cuidadores formais das IPSS. Formação aos cuidadores informais consoante o público-alvo que cuidam; sinto-me desprotegida(o) e com falta de apoios. Podiam funcionar melhor ao nível das respostas e acessibilidade; A assistência é demorada e burocrática”.
		100%(n=43) referem que não conhecem e não participam em nenhum projeto da UCC. Destes, 95% (n=41) referem nunca participaram em algum projeto para o Cuidador Informal por outra entidade. Sendo que 63%(n=27) dos cuidadores informais referem que se houvesse um projeto na UCC gostariam de participar.
Stress do Cuidador	Stress do cuidador (81% cansado + 47% sobrecarga intensa + 67% “não tenho tempo suficiente para mim próprio” e 63% “deixa-me muito cansada(o) fisicamente”. Sendo que 51% dos cuidadores informais indica que se	67% (n=29) “não tenho tempo suficiente para mim próprio” e 63% (n=27) “deixa-me muito cansada(o) fisicamente”.
		51% (n=22) dos cuidadores informais indica que se tivesse outra opção segura para o seu familiar dependente, não deixaria de ser cuidador.
		Em média os cuidadores informais cuidam dos seus familiares dependentes há 9,61±10,82 anos e prestam cuidados em média de 19,07±7,42 horas/dia. Sendo que a prestação de cuidados incide em maior frequência a nível económico e informacional, seguido nos cuidados de higiene pessoal. Os cuidadores informais referem que 58% (n=25) dos familiares de quem cuidam, são dependentes (26% (n=11) apresentam dependência total e 32% (n=14) dependência severa).

	tivesse outra opção segura para o seu familiar dependente, não deixaria de ser cuidador).	95%(n=41) dos inquiridos referem terem se tornado cuidadores informais por ligação afetiva/por escolha e 67% (n=29) referem que não existiam alternativas
		81% (n=35) dos cuidadores informais, referem que se encontram cansados, mas 49% (n=21) sentem-se satisfeitos
		Segundo a escala de Zarit, 77%(n=33) dos cuidadores apresentam sobrecarga, 47%(n=20) apresenta sobrecarga intensa e 30%(n=13) sobrecarga ligeira. Segundo esta escala, à questão "Considera que o seu familiar está dependente de si?" 88,4% respondeu quase sempre e à questão "Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?" 95,3% responderam quase sempre.
		79% dos cuidadores informais coabita com o familiar dependente.
		O tempo que os cuidadores referem que tiveram atividade profissional em simultâneo com o papel de cuidador é em média: há $9,02 \pm 10,20$ anos com um mínimo 0,25 e máximo 42 anos.
		A média de idade dos CI são de $62,16 \pm 13,96$ anos, registando-se um valor mínimo de 21 anos e máximo de 88 anos.
		74% (n=32) dos CI são do sexo feminino.
		69% (n=30) dos CI insere-se em duas classes sociais, na Classe Média com 37% (n=16) e na Classe Média Baixa com 32% (n=14).
		63% (n=27) dos CI são filhos/as a cuidar dos pais.

		Segundo a escala de Graffar 37% (n=16) dos inquiridos são trabalhadores indiferenciados.
		Segundo a escala de Graffar 49% (n=21) do rendimento familiar provém de pensões ou reformas.
		84% (n=36) dos participantes completou o 12.º ano 39% (n=17) ou menos 45% (n=19).
		44% (n=19) reformados e 26% (n=11) sem emprego.
Comportamento	Comportamento de procura de saúde comprometido (51%)	Os recursos mais utilizado na comunidade são o médico e enfermeiro de família da USF com 98% (n=42) e 81% (n=35) respetivamente. Sendo que em média, no último ano, 65% (n=28) refere que recorreu com o seu familiar dependente, três ou mais vezes, à USF. Dos três participantes que não conhecem o enfermeiro de família, dois referiram que não foram necessários os seus serviços e um referiu que não sabia que existia enfermeiro de família.
		51% (n=22) refere que recorreu com o seu familiar dependente, três ou mais vezes, a um Serviço de Urgência (SU)/Serviço de atendimento complementar (SAC) tendo em conta o último ano.

Quadro 8 - Dimensões, diagnósticos e problemas identificados, da amostra, sensíveis aos cuidados de enfermagem.

6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Relativamente aos resultados obtidos, podemos verificar que a média de idades dos cuidadores informais da amostra, é de $62,16 \pm 13,96$ anos, sendo a maioria do sexo feminino (74%, $n=32$) e casados ou em união de facto (58%, $n=25$). A maior parte dos cuidadores são filhos (63%, $n=27$) que prestam cuidados aos pais, o que poderá refletir uma forte ligação afetiva e responsabilidade emocional e moral. Em média, dedicam $9,61 \pm 10,82$ anos ao cuidado e cerca de $19,07 \pm 7,42$ horas diárias, evidenciando o caráter intenso e regular dessa função. Esse envolvimento prolongado resulta em cansaço e exaustão física, com 81% dos cuidadores ($n=35$) a reportarem-se cansados, embora 49% ($n=21$) se considerem satisfeitos com o facto de se encontrarem a exercer este papel. A falta de tempo para si é uma preocupação central, referida por 67% ($n=29$) da amostra, sendo especialmente salientada a dificuldade em equilibrar a resposta às suas necessidades pessoais com as responsabilidades do cuidado informal.

Ao comparar com dados da Segurança Social sobre cuidadores informais com estatuto (Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social, 2024), observa-se uma semelhança no perfil demográfico, especialmente em relação ao predomínio do sexo feminino e à faixa etária entre os 50 e 65 anos, que corresponde à média de idades da amostra. Estes dados são relevantes, pois em Portugal, as mulheres e os idosos são grupos mais vulneráveis à pobreza e às desigualdades sociais (Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza, 2023), fatores que agravam o risco de sobrecarga para os cuidadores, particularmente quando a amostra revela que 70% ($n=30$) se encontram em situação de reforma ou desemprego. Dado que as reformas, em Portugal, são frequentemente insuficientes para garantir a resposta às necessidades diárias (Alexandre, 2020), infere-se que a situação económica e social dos cuidadores poderá ser precária. Adicionalmente, verifica-se especialmente entre as mulheres, que a expectativa de vida saudável em Portugal é inferior à média europeia (Observatório das Desigualdades, 2024), o que é particularmente preocupante dado que as mulheres são a maioria dos cuidadores informais da amostra e amplamente corroborado por outros estudos (Bernardino & Rodrigues, 2024; Sequeira, 2020; Escoval, Pedro, Raposo, Avelar, & Brandão, s.d.).

Outro dado relevante refere-se à escolaridade dos cuidadores, com 39% ($n=17$) a possuírem o 12º ano, enquanto 45% ($n=19$) apresentam níveis de escolaridade inferiores, destacando-se o 1.º ciclo do ensino básico (33% | $n=14$). Estes dados mais uma vez

remetem-nos para a reflexão centrada no impacto das desigualdades sociais em Portugal (Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza, 2023), tanto a nível nacional como regional, impactando diretamente a capacidade de aceder a informações e recursos que poderiam aliviar a carga dos cuidadores e melhorar os cuidados prestados (Fernandes, Mota, Costa, & Henriques, 2022; Correia, Pedras, Carvalho, & Lima, 2023).

Relativamente à análise do estado de saúde dos cuidadores informais, a amostra revela que 49% (n=21) consideram a sua saúde atual como normal, embora 68% (n=29) relatem um agravamento nos últimos cinco anos, dado que também vai ao encontro da literatura (Martins, França, Peixoto, & Araújo, 2023). A prevalência de dor nos últimos seis meses é significativa, com 74% (n=32) dos cuidadores a reportarem-na, sendo que 66% (n=21) associam-na diretamente ao exercício do papel. Este dado corrobora estudos que indicam que o cuidado informal está frequentemente ligado a problemas de saúde física e emocional, como dores musculares, fadiga e stress (Martins, França, Peixoto, & Araújo, 2023). A par disso, 58% (n=25) dos cuidadores reportam alterações no padrão de sono devido à prestação de cuidados, com insónias e estado de alerta constante como principais causas. Esta privação de sono está associada ao cansaço físico e emocional, afetando negativamente a qualidade de vida e o bem-estar geral dos cuidadores (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016; Machado, 2013; Fernandes & Garcia, 2009).

Neste contexto, a intervenção precoce por parte dos profissionais de saúde, em particular dos enfermeiros, revela-se não só pertinente como essencial. A enfermagem, com a sua abordagem holística, encontra-se numa posição privilegiada para detetar precocemente alterações no bem-estar físico, psicológico e social do cuidador informal. Problemas como a dor crónica, as perturbações do sono ou os sinais de exaustão são, na sua maioria, sensíveis aos cuidados de enfermagem, podendo ser atenuados através de estratégias de monitorização, educação para a saúde, aconselhamento e promoção do autocuidado (Figueiredo, Néné, & Sequeira, 2023; Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021; Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016; Machado, 2013).

Além disso, observa-se a presença de várias patologias crónicas, destacando-se a dislipidemia, hipertensão arterial e patologias psiquiátricas. A média de patologias por cuidador é de $5,7 \pm 5,1$, com um mínimo de 0 e máximo de 20, refletindo a complexidade das condições de saúde desta população. Relativamente ao uso de medicação, 88% (n=38) dos cuidadores fazem uso de medicamentos crónicos, sendo os mais comuns os

antidislipidémicos, anti-hipertensores e antidepressivos. O uso de antidepressivos é particularmente relevante, uma vez que sugere um desgaste psicológico significativo, associado ao impacto emocional do cuidado. Este dado reforça a necessidade de um acompanhamento de enfermagem próximo e personalizado, conforme sugerido na literatura, dado que o stress e a carga emocional podem agravar condições psiquiátricas como depressão e ansiedade (Martins, França, Peixoto, & Araújo, 2023), colocando até, em maior risco, a saúde do cuidador informal e da pessoa dependente. De facto, 47% (n=18) dos cuidadores iniciaram tratamento medicamentoso devido ao seu papel, que em 78% (n=14) das situações se prende com a prescrição de antidepressivos. A maior parte da medicação foi prescrita pelo médico de família (56%, n=10), sublinhando a importância de um acompanhamento regular e especializado no apoio a cuidadores informais, particularmente no contexto dos cuidados de saúde primários

Perante esta realidade, importa refletir se os cuidadores informais se encontram, de facto, em condições adequadas para o exercício das suas funções. Embora a intervenção médica com prescrição farmacológica seja essencial em situações clínicas agudas ou crónicas, importa questionar que respostas preventivas e multidisciplinares a comunidade oferece com vista à proteção dos cuidadores e consequentemente as pessoas cuidadas. Estarão essas respostas orientadas para mitigar, ou até evitar, os impactos inerentes ao papel de cuidador informal? Serão, de facto, suficientes num contexto demográfico marcado pelo envelhecimento progressivo da população (INE, 2024), especialmente quando o cuidador já não possui capacidade para continuar a prestar cuidados?

Apesar de os decisores políticos terem reconhecido, em teoria, a influência significativa dos determinantes sociais da saúde na capacidade dos indivíduos alcançarem um estado de saúde adequado (DGS, 2022), na prática, o sistema de saúde continua a operar segundo o modelo para o qual foi originalmente concebido: centrado na doença e ancorado numa perspetiva essencialmente biomédica (American Hospital Association, 2020). A transição para um modelo biopsicossocial tem sido lenta, mesmo perante a evidência já sustentada por diversos estudos, os quais indicam que os cuidados de saúde representam apenas cerca de 20% dos fatores que influenciam a saúde e o bem-estar das populações, tendo em conta que os comportamentos em saúde influenciam 30% e os fatores socioeconómicos 40% (American Hospital Association, 2020; Sobral & Freitas, 2010; Dahlgren & Margaret, 2007).

Segundo a amostra, a motivação para assumir o papel de cuidador é, em grande parte, emocional, com 95% (n=41) dos cuidadores a indicarem que o fizeram por ligação afetiva ou por escolha. Contudo, 67% (n=29) afirmam que a falta de alternativas adequadas foi o principal fator para se tornarem cuidadores. Estes dados evidenciam a escassez de opções de cuidado institucional ou profissional de apoio ao cuidador, o que leva muitos a assumir esta responsabilidade sem alternativas seguras (Bernardino & Rodrigues, 2024), podendo comprometer a saúde física e mental dos cuidadores (Trindade, et al., 2017).

Neste sentido, se o objetivo é alcançar melhores resultados em saúde e promover uma efetiva melhoria na qualidade de vida da população, torna-se imperativo investir em infraestruturas comunitárias que sustentem a saúde e favoreçam escolhas saudáveis por parte dos cuidadores informais, onde o papel da enfermagem é fundamental. Estruturas como as Unidades de Saúde Familiar (USF), as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), as ECCI, RNCCI e as ERPI assumem um papel central nesse apoio, devendo ser reforçadas e integradas numa lógica de proximidade, prevenção e continuidade de cuidados, com especial atenção às necessidades específicas de quem cuida (Gil, 2024; Figueiredo, Néné, & Sequeira, 2023; Lopes & Sakellarides, 2021; Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016). Só através de uma abordagem estruturada, multidisciplinar e centrada na comunidade será possível garantir uma resposta eficaz e humanizada aos desafios que envolvem os cuidadores informais, contribuindo para a sustentabilidade do sistema de saúde e para a promoção de uma sociedade mais justa e solidária (American Hospital Association, 2020; DGS, 2022)

Através da aplicação da Escala de Sobrecarga de Zarit, os dados obtidos revelam que 77% (n=33) dos cuidadores informais da amostra apresentam algum grau de sobrecarga, sendo que 47% (n=20) evidenciam uma sobrecarga intensa. Esta situação, associada ao grau de dependência da pessoa cuidada, tem um impacto negativo significativo na saúde física e mental dos cuidadores, bem como na qualidade dos cuidados prestados (Dias, Guedes, Freitas, Nunes, & Cabrita, 2023; Dixe & Querido, 2020; Trindade, et al., 2017). Na amostra em estudo, constata-se que 58% (n=25) dos cuidadores prestam cuidados a familiares com níveis elevados de dependência, dos quais 26% (n=11) apresentam dependência total e 32% (n=14) uma dependência severa. Adicionalmente, verifica-se que 79% (n=34) dos cuidadores coabitam com a pessoa cuidada, e 88% (n=38) referem que os seus familiares estão quase sempre dependentes deles. Este cenário traduz-se numa elevada exigência física e emocional, potenciada pelas expectativas frequentemente

elevadas dos familiares dependentes, que percecionam o cuidador informal como a sua única fonte de apoio. Esta perceção intensifica a carga emocional, favorecendo o surgimento de sintomas de ansiedade, stress e exaustão (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021). Importa ainda referir que, segundo os dados da amostra, a média de tempo durante o qual os cuidadores informais exerceram simultaneamente atividade profissional e funções de cuidado é de $9,02 \pm 10,20$ anos, com uma variação entre 0,25 e 42 anos. Este dado evidencia que muitos cuidadores conciliaram o desempenho de uma atividade remunerada com a prestação de cuidados, constituindo um fator agravante da sobrecarga física e emocional.

Relativamente ao estatuto de cuidador informal, 74% (n=32) dos cuidadores da amostra referem que não o possuem, e muitos carecem de informação sobre os direitos e benefícios associados. Entre os que têm o estatuto, a maioria mencionou a necessidade de mais suporte, como pausas breves, formação e acesso a serviços de saúde que vão de encontro às suas necessidades. Estes dados sublinham a urgência de políticas públicas que reconheçam a necessidade de emergirem respostas para os cuidadores informais (Bernardino & Rodrigues, 2024).

Embora a maioria dos cuidadores (79%, n=34) considere suficiente a resposta dos cuidados de saúde primários, 21% (n=9) expressaram insatisfação, apontando a necessidade de melhor articulação de consultas e maior adequação às necessidades individuais. Este feedback revela a importância de uma abordagem holística e personalizada no apoio aos cuidadores (Dixe & Querido, 2020).

Muitos dos cuidadores informais quando procuram apoio, apresentam sinais evidentes de desgaste físico e emocional (Correia, Pedras, Carvalho, & Lima, 2023). Sinais estes, que são frequentemente desvalorizados ou interpretados como parte natural do processo de cuidar, sendo muitas vezes negligenciados até atingirem um grau de complexidade que compromete a qualidade de vida do cuidador e, consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados à pessoa dependente (Gil, 2024). Ignorar estes sinais e adiar a intervenção, significa permitir que a condição do cuidador se deteriore progressivamente, comprometendo não só a sua saúde, mas também a sustentabilidade do próprio ato de cuidar. Assim, é fundamental que os cuidados de saúde primários implementem mecanismos eficazes de identificação e acompanhamento precoce dos cuidadores informais, reconhecendo-os como parte integrante do processo terapêutico e alvo legítimo

de cuidados (Dias, Guedes, Freitas, Nunes, & Cabrita, 2023). Esta abordagem preventiva, sensível aos cuidados de enfermagem, contribuirá para reduzir o sofrimento evitável, melhorar a qualidade dos cuidados e reforçar a resiliência das famílias e da comunidade (Fernandes, Mota, Costa, & Henriques, 2022).

Para além disto, os dados da amostra revelam, que todos os cuidadores informais (n=43), referiram desconhecer qualquer projeto da UCC centrado no cuidador informal ou outros direcionados a outra população alvo e 95% (n=41) nunca participaram em projetos destinados aos cuidadores informais. No entanto, 63% (n=27) demonstrou interesse em participar em projetos direcionados aos cuidadores informais caso fossem desenvolvidos pela UCC, evidenciando, possivelmente, uma lacuna na informação sobre os recursos dos cuidados de saúde primários e na implementação de ações direcionadas a este grupo (Fernandes, Mota, Costa, & Henriques, 2022).

Em conclusão, o presente estudo permite traçar o perfil do cuidador informal da amostra, caracterizado, maioritariamente, por indivíduos do sexo feminino, com idade superior a 60 anos, baixo nível de escolaridade, reformados e portadores de comorbilidades. Verifica-se uma predominância de filhas que coabitam com os pais em situação de dependência severa ou total, prestando cuidados, em média, há 9,6 anos, podendo dedicar até 19 horas diárias a essa função. Adicionalmente, os cuidadores incluídos na amostra evidenciam uma marcada sobrecarga física e emocional, traduzida por sinais claros de cansaço e stress. Apesar disso, demonstram uma forte motivação intrínseca para a manutenção do seu papel enquanto cuidadores, mesmo perante as adversidades vivenciadas.

Segundo Gil (2024, pág.66), *“os estudos qualitativos existentes são consensuais ao concluir que longos períodos e de grande intensidade de cuidados têm custos para quem cuida, pelo número de horas prestadas, situação de coabitação, saúde física e mental, emprego, salários, abandono precoce do mercado de trabalho, e ainda pelo maior risco de pobreza”*.

Com base no perfil identificado, tendo em conta a análise dos dados da amostra, emergiram sete diagnósticos sensíveis aos cuidados de enfermagem, nomeadamente: qualidade de vida comprometida, dor musculoesquelética, elevado número de medicamentos, sono comprometido, potencial para melhorar o conhecimento acerca do estatuto do cuidador informal, stress do cuidador e comportamento de procura de saúde

comprometido. Estes diagnósticos evidenciam a necessidade de intervenções de enfermagem precoces e direcionadas, que valorizem o cuidador como alvo de cuidados em si mesmo, contribuindo para a sua capacitação, bem-estar e sustentabilidade da função que desempenha.

Esta configuração revela, claramente, a vulnerabilidade dos cuidadores informais, pois muitos enfrentam um elevado grau de sobrecarga, tendo pouca informação sobre os recursos disponíveis na comunidade para apoiar os seus cuidados. A falta de conhecimento sobre os apoios existentes e a escassez de formação sobre como gerir os cuidados, contribuem para o agravamento da sua situação, tornando-os ainda mais vulneráveis (Gil, 2024; Martins, França, Peixoto, & Araújo, 2023; Dixe & Querido, 2020; Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016).

Os dados deste estudo, à luz da literatura existente, vêm reforçar a necessidade de se apoiar os cuidadores informais. É essencial que se implementem estratégias de intervenção que promovam não só o alívio da sobrecarga dos cuidadores, mas também o acesso a informações e recursos adequados. A falta de formação específica, de apoios financeiros adequados e de acompanhamento próximo e personalizado por parte dos enfermeiros são lacunas significativas que precisam ser abordadas (Correia, Pedras, Carvalho, & Lima, 2023).

Além disso, tendo em conta o tema deste estudo: “Cuidador Informal da pessoa dependente: perfil e necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem”, no âmbito do Mestrado de Enfermagem com especialidade em saúde comunitária e saúde pública, o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender (Tomey & Alligood, 2004) revela-se especialmente adequado à intervenção do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde comunitária e de saúde pública, no contexto da promoção da saúde dos cuidadores informais de pessoas dependentes. Este modelo centra-se na compreensão dos determinantes do comportamento de saúde, reconhecendo a influência das experiências pessoais, das crenças e dos fatores ambientais nas escolhas que os indivíduos fazem relativamente ao seu bem-estar (American Hospital Association, 2020; Sobral & Freitas, 2010; Dahlgren & Margaret, 2007; Tomey & Alligood, 2004). No caso dos cuidadores informais, frequentemente sujeitos a elevados níveis de exigência física e emocional, o modelo de Pender permite uma abordagem centrada na pessoa, orientada para o fortalecimento das suas capacidades de autocuidado e para a adoção de comportamentos

saudáveis (Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016; Tomey & Alligood, 2004). O enfermeiro especialista, com uma visão ampliada dos determinantes sociais da saúde, (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho) encontra neste modelo um suporte teórico sólido para planejar intervenções que promovam a literacia em saúde, a gestão do stress, a reorganização do quotidiano e a construção de redes de suporte (Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2021; Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016; Tomey & Alligood, 2004). Assim, a aplicação do Modelo de Promoção da Saúde, aliada à competência técnica e relacional do enfermeiro especialista, contribui para a capacitação dos cuidadores informais, promovendo a sua saúde e prevenindo a sobrecarga, num claro alinhamento com os princípios da saúde pública e da intervenção comunitária (Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho; Martins, Araújo, Peixoto, & Machado, 2016; Tomey & Alligood, 2004).

7. COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS

Este estágio reveste-se de uma importância fundamental no contexto do Mestrado em Enfermagem, especialmente no desenvolvimento de competências profissionais na área da especialização. À medida que os cuidados de saúde se tornam cada vez mais complexos e exigentes, a formação de enfermeiros especialistas assume um papel central na resposta às necessidades de saúde da população.

Ao longo do estágio, foram adquiridas e consolidadas competências essenciais para o exercício da atividade profissional desenvolvida. Esta aprendizagem encontra-se intrinsecamente ligada ao meu percurso profissional e pessoal, da mestranda, construído ao longo de dezasseis anos. Percebe-se que o percurso académico, tanto teórico como prático, culminando neste estágio final, veio consolidar e enriquecer toda a experiência adquirida no contexto hospitalar e nos cuidados de saúde primários, quer como enfermeira de família, quer no trabalho em associações sem fins lucrativos. Esse trajeto foi fundamental para a consciencialização da complexidade das situações, permitindo identificar e selecionar aspetos significativos para responder de forma competente. Numa era caracterizada pela abundância de informação, que por vezes resulta em desinformação, é crucial a aquisição de conhecimentos teóricos e práticos que fundamentem os cuidados, permitindo responder de forma adequada à diversidade de contextos impostos.

7.1. Competências comuns dos enfermeiros especialistas

De acordo com o estabelecido no Regulamento 140/2019, de 6 de fevereiro, existem competências comuns a todos os enfermeiros especialistas, distribuídas por quatro domínios. Estes domínios foram progressivamente desenvolvidos ao longo do processo de intervenção comunitária, sendo os seguintes:

- 1- Competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal. Durante o desenvolvimento do presente estágio, foi utilizado um instrumento de avaliação dirigido aos cuidadores informais, com o objetivo de estudar o respetivo perfil e identificar as suas necessidades. Para tal, foi assegurada a preservação do anonimato dos participantes, através da criação de um código aleatório. O propósito do estudo foi devidamente explicado e foi solicitado o consentimento

informado de todos os cuidadores informais antes da aplicação do referido instrumento.

De acordo com o artigo 78.º do Código Deontológico, que rege a ética profissional, “*as intervenções de enfermagem devem ser realizadas com a preocupação em defender a liberdade e a dignidade da pessoa humana e do enfermeiro*”. Neste sentido, ao longo do presente estágio, foram respeitados e valorizados os princípios universais que orientam a relação profissional, nomeadamente o princípio da *igualdade*, garantindo-se que a relação estabelecida entre o profissional e o cuidador informal fosse simultaneamente imparcial e acolhedora, isenta de qualquer forma de discriminação no exercício da função profissional.

No que respeita ao princípio da *liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum*, este esteve presente na autonomia concedida durante o desenvolvimento deste estágio, bem como na consciência da responsabilidade inerente à confiança depositada pelos cuidadores informais, ao partilharem, de forma voluntária, as suas vulnerabilidades. Tornou-se, por isso, essencial adotar uma postura empática e ética, assumindo a responsabilidade não apenas pelo cumprimento de objetivos individuais, mas, sobretudo, pela promoção do bem comum, o que se traduziu, sempre que necessário, no encaminhamento dos cuidadores para os recursos mais adequados. Acresce que o desenvolvimento, em liberdade, do estudo em questão assentou, desde o início, no princípio do bem comum, conforme os fundamentos previamente estabelecidos.

O princípio da *verdade e justiça* concretizou-se no esforço contínuo por alinhar todas as intervenções com a realidade concreta dos cuidadores informais, respeitando as suas necessidades específicas. Sempre que tal se revelou pertinente, foram disponibilizadas ferramentas adequadas às suas exigências, incluindo o encaminhamento para serviços especializados e apropriados.

Outros princípios essenciais à relação profissional foram o *altruísmo e a solidariedade*, os quais nortearam tanto a prática profissional como a conduta pessoal. Foi através do interesse genuíno e do respeito pelas necessidades dos cuidadores informais que se promoveu uma atuação centrada na prestação de

cuidados de maior qualidade. A escuta ativa, especialmente evidenciada durante a aplicação do instrumento de avaliação, implicou uma assunção clara de responsabilidade, traduzida numa atuação coerente com os valores anteriormente referidos. Esta responsabilidade refletiu-se, ainda, numa procura constante pela *competência e aperfeiçoamento profissional*, valor fundamental em qualquer relação profissional, com o intuito de validar as intervenções realizadas e fundamentá-las em função das necessidades individuais e coletivas do contexto em que se inserem.

- 2- Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade. No âmbito da elaboração do estágio final e do respetivo relatório, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica exaustiva, com o objetivo de sustentar, de forma fundamentada, as decisões tomadas ao longo do percurso desenvolvido. Esta pesquisa incluiu uma ampla variedade de fontes, entre as quais se destacam artigos científicos, obras especializadas e dissertações académicas. Adicionalmente, foram consultadas publicações oficiais do Ministério da Saúde de Portugal, bem como documentos emanados por organizações de saúde de âmbito internacional, permitindo uma análise abrangente e atualizada dos temas abordados.

A diversidade e a qualidade das fontes consultadas revelaram-se essenciais para assegurar a consistência, a fiabilidade e a credibilidade das conclusões alcançadas no decurso do estágio e refletidas no presente relatório. Este processo foi ainda enriquecido por uma reflexão crítica contínua, desenvolvida em estreita colaboração com a equipa, contribuindo para o fortalecimento das competências no domínio da melhoria contínua da qualidade.

- 3- No âmbito do domínio da gestão dos cuidados, foram desenvolvidas competências fundamentais para assegurar a eficácia e a qualidade das intervenções realizadas, com vista à promoção do bem-estar da comunidade e à melhoria contínua dos cuidados prestados. A gestão eficiente dos cuidados requer não apenas a adaptação dos recursos disponíveis ao contexto específico, mas também a capacidade de liderar e coordenar ações orientadas para a concretização dos objetivos previamente definidos.

Uma das principais competências adquiridas neste domínio consistiu na adaptação dos recursos existentes ao contexto real e à problemática identificada. Tal

competência implicou uma análise criteriosa das necessidades da população-alvo, aliada à utilização estratégica dos recursos disponíveis. Esta abordagem revelou-se particularmente relevante durante o estágio, nomeadamente aquando da aplicação do instrumento de avaliação, em que, por vezes, não se dispunha das condições ideais para a sua implementação. Perante tais desafios, tornou-se necessário ajustar horários e adaptar-se aos contextos, com o objetivo de garantir a concretização dos objetivos estabelecidos. A capacidade de maximizar a utilização dos recursos disponíveis e de os direcionar para as áreas de maior necessidade demonstrou ser essencial para a obtenção de ganhos em saúde, sobretudo em contextos marcados por limitações orçamentais ou de recursos humanos.

Em articulação estreita com a equipa, foi delineada a intervenção comunitária a desenvolver, tendo em consideração os ganhos em saúde para a população. O planeamento desta intervenção envolveu a identificação das necessidades específicas da comunidade, a definição dos objetivos de saúde a atingir e a seleção das estratégias mais adequadas para a sua concretização. Ao longo de todo o processo, a comunicação entre os membros da equipa revelou-se determinante, permitindo uma abordagem integrada e coordenada, que potenciou a complementaridade de competências dos diferentes profissionais envolvidos e contribuiu para a maximização dos resultados alcançados.

- 4- O domínio das aprendizagens profissionais constitui um processo contínuo, que engloba não apenas o desenvolvimento de competências técnicas, mas também a promoção de uma postura reflexiva, autocrítica e orientada para o autoconhecimento, elementos indispensáveis à evolução constante e à excelência no exercício da profissão.

Durante o estágio, foi possível aplicar o conhecimento adquirido ao longo do percurso académico, promovendo simultaneamente uma reflexão crítica sobre o mesmo. A aplicação do instrumento de avaliação junto dos cuidadores informais proporcionou o contacto com diversos relatos de vida profundamente marcantes, que estimularam uma reflexão alargada sobre a diversidade de realidades vivenciadas por esta população. Embora já tivesse ocorrido contacto prévio com cuidadores informais em diferentes contextos da prática profissional, a

experiência proporcionada por este estágio evidenciou, de forma clara, a relevância da escuta ativa enquanto elemento fundamental na melhoria da prestação de cuidados.

Foi precisamente através de uma escuta imparcial, mas simultaneamente empática, que se aprofundou o conhecimento sobre as múltiplas realidades — tanto distintas como partilhadas — enfrentadas pelos cuidadores informais. A posterior confrontação dessas vivências com a bibliografia existente revelou-se essencial para o crescimento pessoal e profissional, bem como para a discussão e partilha crítica dos resultados com a equipa.

O desenvolvimento contínuo das aprendizagens profissionais, sustentado na reflexão, na formação e no autoconhecimento, contribuiu significativamente para o reforço das competências essenciais à prática clínica. A capacidade de integrar teoria e prática, de avaliar criticamente as abordagens adotadas e de ajustar a intervenção com base nas experiências vividas, constitui uma dimensão central para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a resposta adequada às exigências da prática profissional no âmbito da enfermagem.

7.2. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária

De acordo 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 (EESCSP), este profissional assume um papel central na promoção da saúde e na gestão dos cuidados em contexto comunitário. A sua intervenção é essencial na avaliação do estado de saúde das populações, utilizando, para tal, a metodologia de Planeamento em Saúde, a qual permite abordar de forma estruturada e fundamentada a complexidade dos problemas identificados, como se comprova no presente estágio e relatório.

A etapa de diagnóstico de situação, orientada por esta metodologia, foi particularmente relevante para a identificação das necessidades específicas dos cuidadores informais de pessoas dependentes. Esta abordagem possibilita a definição de intervenções adequadas, sustentadas na mais atual e diversificada evidência científica, com o objetivo de gerar ganhos efetivos em saúde, mesmo em contextos temporais limitados.

Entre as competências essenciais do EESCSP destaca-se a capacitação de grupos e comunidades, concretizada através da implementação de projetos de saúde coletiva orientados para o bem-estar da população. Face à inexistência de projetos dirigidos à população-alvo em questão, tornou-se necessária a realização de um diagnóstico de situação, centrado no perfil e necessidades, dos cuidadores informais, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Esta etapa permitiu recolher informação crucial para o posterior desenvolvimento de um projeto de capacitação, que visa dotar estes cuidadores de conhecimentos e competências que lhes permitam responder de forma mais eficaz às exigências do cuidar.

Paralelamente, a coordenação de Programas de Saúde de âmbito comunitário constitui uma das competências estratégicas do EESCSP, permitindo otimizar recursos e alinhar as intervenções com os objetivos definidos no Plano Nacional de Saúde (PNS) 2020-2030. Este plano estabelece as diretrizes para a saúde em Portugal até 2030, enfatizando a importância de atuar sobre os determinantes da saúde e do bem-estar, promovendo fatores protetores, reduzindo fatores de risco e assegurando uma abordagem inclusiva, centrada na equidade e na sustentabilidade ambiental, com vista à proteção das gerações futuras. Neste sentido, o desenvolvimento do presente relatório teve em consideração os determinantes de saúde da comunidade em análise, com o propósito de promover melhores resultados em saúde para a população-alvo em estudo.

A vigilância epidemiológica de base geodemográfica constitui outro eixo fundamental da atuação do EESCSP, que deve colaborar ativamente na monitorização e acompanhamento contínuo das condições de saúde das populações. Para fundamentar o diagnóstico de situação da população em estudo, procedeu-se a uma caracterização sociodemográfica, recorrendo a instrumentos de recolha de dados, validados e traduzidos para a população portuguesa, e à posterior análise estatística das informações obtidas. Este processo permite a identificação de diagnósticos de enfermagem pertinentes, baseados em dados concretos e atualizados, e resulta na construção de um perfil epidemiológico, que sustenta as propostas apresentadas neste relatório.

Em suma, as competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública são amplas e multifacetadas, abrangendo desde a avaliação do estado de saúde das comunidades até à implementação de projetos de saúde coletiva e à vigilância epidemiológica. Este profissional assume um papel de liderança e coordenação

nas intervenções em saúde comunitária, sendo determinante na promoção de comportamentos saudáveis, na melhoria da qualidade de vida e no bem-estar das populações. A articulação entre o saber teórico, a prática baseada na evidência e o recurso a metodologias científicas assegura uma intervenção eficaz e com impacto significativo na saúde das comunidades.

7.3. Competências de Grau de Mestre

Ao longo do percurso profissional, considera-se que as competências exigidas para a obtenção do grau de mestre, conforme definidas no artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 65/2018, foram progressivamente desenvolvidas e consolidadas. Muitas dessas competências encontram correspondência direta com aquelas anteriormente descritas. A aquisição, aplicação e compreensão de conhecimentos foram promovidas através das unidades curriculares do curso de Mestrado, as quais implicaram a realização de trabalhos escritos fundamentados na prática profissional e suportados por evidência científica. Os estágios curriculares assumiram um papel determinante na transposição do conhecimento teórico para a prática clínica, possibilitando o desenvolvimento de saberes essenciais para a concretização do presente relatório.

Ao longo do percurso académico, foi fomentada a capacidade de procurar e analisar informação proveniente de fontes diversificadas. Através da aplicação de conhecimentos em investigação, foi possível desenvolver soluções e formular juízos sustentados por evidência científica, sempre com o foco na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados. Associada a esta competência, destaca-se a capacidade de refletir de forma estruturada, o que permitiu identificar áreas passíveis de melhoria na prática profissional. A adaptação a diferentes contextos de prestação de cuidados constituiu uma constante ao longo de todo o processo formativo.

Através de uma aprendizagem contínua e integrada, foi possível compreender a importância de articular conhecimentos previamente adquiridos com novos saberes, estabelecendo relações e promovendo os ajustamentos necessários para responder, de forma mais eficaz, às necessidades da população. Estas competências saíram reforçadas ao longo do percurso formativo, manifestando-se na emissão de juízos informados, tanto a nível profissional como pessoal, com base na procura e utilização de informação validada, específica ou transversal, que sustentasse adequadamente a prática de cuidados.

Contudo, a verdadeira consolidação das aprendizagens e o principal desafio consistiram na capacidade de sintetizar e organizar a informação recolhida, de forma a alcançar, com clareza e eficácia, os objetivos definidos.

No que se refere à comunicação, uma das competências essenciais no exercício da enfermagem, o seu desenvolvimento foi contínuo e tem vindo a ser reforçado ao longo do tempo. Este relatório constitui-se como um instrumento de comunicação do conhecimento, permitindo a descrição estruturada das intervenções planeadas e executadas, promovendo, assim, não apenas a partilha de saberes, mas também o avanço da prática de enfermagem comunitária e de saúde pública. Paralelamente, as competências comunicacionais foram sendo progressivamente aprimoradas ao longo da experiência profissional, quer no contacto direto com os utentes e suas famílias, quer na articulação com a equipa multidisciplinar, sendo este processo de melhoria contínua essencial para a prestação de cuidados de excelência.

Em síntese, o percurso académico e profissional realizado com vista à obtenção do grau de mestre em Enfermagem revelou-se determinante para o desenvolvimento de competências avançadas, tanto ao nível da prática clínica como da comunicação e da reflexão crítica. O Mestrado proporcionou uma base sólida que sustenta intervenções de enfermagem mais eficazes e fundamentadas, orientadas para a promoção da saúde e do bem-estar dos utentes, assegurando simultaneamente a qualidade, segurança e excelência dos cuidados prestados

8.CONSIDERAÇÕES FINAIS

O Enfermeiro Especialista em Saúde Comunitária e Saúde Pública desempenha um papel fundamental na promoção da saúde e prevenção de doenças, adaptando os cuidados às necessidades de indivíduos, grupos e comunidades. Este profissional não se limita ao tratamento de condições de saúde, mas também atua na identificação e resolução de problemas de saúde antes que se agravem, contribuindo para a promoção de estilos de vida saudáveis. A prática de enfermagem neste campo exige a avaliação constante das necessidades de saúde, com especial foco na formação contínua e no desenvolvimento das competências técnicas e comunicacionais do profissional. Durante o estágio realizado numa UCC, tive a oportunidade de desenvolver as competências previstas no Regulamento n.º 428/2018, com ênfase na avaliação da saúde comunitária e na coordenação de programas de saúde. A experiência foi enriquecedora, permitindo a aplicação de conceitos teóricos na prática e destacando a importância do trabalho em equipa e da aprendizagem colaborativa.

Utilizando a metodologia de Planeamento em Saúde, procedeu-se ao diagnóstico de situação da amostra da população alvo. Este processo não foi apenas teórico, pois envolveu um trabalho prático e colaborativo, onde a orientação da orientadora do estágio, da tutora e a colaboração dos colegas da UCC foram fundamentais. A partilha de conhecimentos e experiências com profissionais experientes, possibilitou a aplicação de conceitos teóricos na prática real, reforçando a importância da aprendizagem contínua e do trabalho em equipa.

Importa igualmente salientar que, apesar de terem sido alcançados os objetivos previamente definidos, algumas das competências descritas no regulamento do ciclo de estudos não puderam ser plenamente concretizadas. Tal facto deveu-se, em parte, à complexidade e à diversidade das situações que emergem diariamente no exercício da prática de enfermagem. Esta realidade constitui uma oportunidade valiosa para a reflexão sobre a importância da formação contínua e da experiência acumulada ao longo do percurso profissional.

A prática da enfermagem caracteriza-se por ser um campo dinâmico e em constante evolução, exigindo dos profissionais uma permanente adaptação às novas exigências e desafios, condição indispensável para a prestação de cuidados com elevados padrões de qualidade. O desenvolvimento de competências ao nível do grau de mestre,

nomeadamente a capacidade de emitir juízos críticos, tomar decisões informadas e comunicar de forma eficaz, revelou-se evidente na elaboração do presente relatório.

A experiência vivida durante o estágio contribuiu de forma significativa não apenas para a consolidação da formação enquanto enfermeira, mas também para o crescimento pessoal, dado que foram enfrentados desafios que exigiram resiliência, criatividade e uma postura proativa.

Em suma, o estágio constituiu uma experiência profundamente transformadora, proporcionando não só a aquisição de competências técnicas e científicas, mas também uma maior compreensão sobre a relevância do trabalho colaborativo e da articulação entre os diferentes níveis de cuidados de saúde. A consciência de que todos os profissionais de saúde integram um sistema interligado e complementar reforça a convicção de que, enquanto enfermeira de família e futura especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, é possível contribuir de forma significativa para a promoção da saúde das comunidades, através de uma abordagem holística, centrada na pessoa e orientada para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

O desenvolvimento de um estudo dirigido aos cuidadores informais permitiu traçar o perfil do cuidador informal, de uma amostra de 43 cuidadores informais, caracterizado, maioritariamente, por indivíduos do sexo feminino (74%, n=32), com idade média de 62,16 anos, baixa escolaridade, casada/o ou em união de facto (58%, n=25), reformada/o (44%, n=19) e com comorbilidades associadas. A maioria dos cuidadores da amostra são filhas/os (63%, n=27) que coabitam (79%, n=34) com um dos pais em situação de dependência severa ou total, que prestam cuidados ao longo de um período médio de 10 anos e uma carga diária, que em média, pode alcançar as 19 horas. Estes dados confirmam a sobrecarga física e emocional a que estes cuidadores informais estão sujeitos. Apesar do cansaço evidenciado (81%, n=35) e do pouco tempo que dispõem (67%, n=29), a amostra demonstra uma forte motivação para continuar a exercer a função de cuidador. Este panorama revela a vulnerabilidade destes cuidadores pois muitos identificam algum tipo de sobrecarga (77%, n=33) e pouca informação sobre os recursos disponíveis na comunidade. Com base no perfil traçado e na análise dos dados obtidos, emergiram necessidades claramente sensíveis aos cuidados de enfermagem, refletidas em sete diagnósticos de enfermagem prioritários, nomeadamente: qualidade de vida comprometida, dor musculoesquelética, regime medicamentoso complexo marcado pelo

elevado número de fármacos/comprimidos, sono comprometido, potencial para melhorar o conhecimento acerca do estatuto do cuidador informal, stress do cuidador e comportamento de procura de saúde comprometido. Estes diagnósticos evidenciam áreas-chave de intervenção que requerem uma abordagem sistematizada e centrada no cuidador, reforçando a importância de cuidados de enfermagem precoces, contínuos e orientados para a promoção da saúde e prevenção de complicações.

Este estudo, revela assim, a necessidade de apoiar os cuidadores informais, que apresentam elevados níveis de sobrecarga e conhecimento limitado sobre os recursos disponíveis na comunidade. Os resultados sugerem que os enfermeiros devem apostar mais na formação e informação dos cuidadores informais, com o intuito de reduzir a sobrecarga e melhorar a qualidade dos cuidados prestados. No entanto, a limitação do estudo à amostra transversal e a restrição geográfica indicam a necessidade de mais pesquisas para aprofundar as conclusões. Além disso, é crucial que as equipas de saúde considerem os cuidadores informais no centro das suas intervenções, dado que o apoio a este grupo tem impacto direto na qualidade do cuidado prestado aos familiares dependentes. A abordagem integral às necessidades tanto do dependente como dos cuidadores é essencial para garantir a eficácia das estratégias de saúde e bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alexandre, F. (2020). *Como são os Portugueses - conclusão geral, características gerais da população, desigualdades*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos Santos (FFMS).
- Amaro, F. (2001). *A Classificação das Famílias segundo a Escala de Graffar*. Lisboa: Fundação Nossa Senhora do Bom Sucesso.
- American Hospital Association. (2020). *Social Determinants of Health Series: Promoting Healthy Behaviors*. Obtido de https://www.aha.org/system/files/media/file/2020/02/SDOH_HealthyBehaviors_IssueBrief.pdf
- Bernardino, S., & Rodrigues, C. (30 de novembro de 2024). *Cuidador (In)formal no envelhecimento em Portugal: scoping review*.
- Bonfim, C., & Saraiva, M. (1996). *Centro de Dia - Condições de localização, Instalação e funcionamento*. Lisboa: Direcção-Geral da Acção Social - Núcleo de Documentação Técnica e Divulgação.
- Bouget, D., Spasova, S. and Vanhercke, B. (2016). *Work-life balance measures for persons of working age with dependent relatives in Europe: A study of national policies*. Obtido de [file:///C:/Users/claud/Downloads/KE-01-16-434-EN-N%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/claud/Downloads/KE-01-16-434-EN-N%20(1).pdf)
- Brereton, L., & Nolan, M. . (2002). 'Seeking': a key activity for new family carers of stroke survivors. *Journal of clinical nursing*, 11(1), 22–31. . doi:<https://doi.org/10.1046/j.1365-2702.2002.00564.x>
- Collière, M.-F. (1999). *Promover a vida - Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*. Lisboa: Lidel.
- Comas-d'Argemir, D. (2019). Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados. *Cuidados e direitos. Avançando para uma democratização do cuidado*. doi:<https://doi.org/10.34096/cas.i49.6190>

- Comissão Europeia, Direção-Geral do Emprego, dos Assuntos Sociais e da Inclusão & Zigante, V. (2018). *Informal care in Europe : exploring formalisation, availability and quality*, Publications Office. doi:<https://data.europa.eu/doi/10.2767/78836>
- Correia, H., Pedras, S., Carvalho, R., & Lima, S. (2023). Perfil psicossocial do cuidador informal e das suas necessidades.
- Council for International Organizations of Medical Sciences. (2016). *International Ethical Guidelines for Health-related Research Involving Humans, Fourth Edition*. Obtido de <https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/01/WEB-CIOMS-EthicalGuidelines.pdf>
- Dahlgren, G., & Margaret, W. (2007). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Obtido de <https://core.ac.uk/download/pdf/6472456.pdf>
- Decreto Regulamentar n.º 1/2022, de 10 de janeiro. (s.d.). *Diário da República n.º 6/2022, Série I de 2022-01-10*. Obtido de Trabalho, Solidariedade e Segurança Social: <https://files.dre.pt/1s/2022/01/00600/0002100036.pdf>
- Decreto-Lei n.º 101/2006, de 6 de junho. (s.d.). *Diário da República n.º 109/2006, Série I-A de 2006-06-06*. Obtido de Ministério da Saúde: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/101-2006-353934>
- Decreto-Lei n.º 102/2023, de 7 de novembro. (s.d.). *Diário da República n.º 215/2023, Série I de 2023-11-07*. Obtido em 25 de julho de 2024, de Presidência do Conselho de Ministros: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/102-2023-223906278>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. (s.d.). *Diário da República n.º 205/1996, Série I-A de 1996-09-04*. Obtido de Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro - REPE: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>
- Decreto-Lei n.º 28/2008, de 22 de fevereiro. (s.d.). *Diário da República n.º 28/2008, Série I de 2008-02-22*. Obtido de Ministério da Saúde: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/28-2008-247675>

- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. (2018). *Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16*. Obtido de Presidência do Conselho de Ministros: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Despacho n.º 10143/2009, de 16 de abril. (s.d.). *Diário da República n.º 74/2009, Série II de 2009-04-16. Ministério da Saúde - Gabinete do Secretário de Estado da Saúde*, pp. 15438 - 15440.
- DGS. (2022). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. Lisboa: Direção Geral da saúde/Ministério da Saúde.
- Dias, P. C., Guedes, F. M., Freitas, I., Nunes, A., & Cabrita, J. (2023). Sobrecarga dos Cuidadores Informais nos Cuidados de saúde Primários.
- Dixe, M. d., & Querido, A. F. (25 de Maio de 2020). Cuidador informal de pessoa dependente no autocuidado: fatores de sobrecarga. doi: 10.12707/RV20013
- Eagleman, D. (2022). *O Cérebro - Á descoberta de quem somos*. Lisboa: Lua de Papel.
- Escoval, A., Pedro, A., Raposo, B., Avelar, F., & Brandão, D. (s.d.). *Literacia em Saúde e Qualidade de Vida dos Cuidadores Informais - a realidade portuguesa*. Obtido de Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade NOVA de Lisboa: <https://www.ensp.unl.pt/wp-content/uploads/2017/06/8aeducacao-saude-que-conta-apresentacao-1.pdf>
- ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto. (2021). *Autocuidado: Um Foco Central da Enfermagem*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto. Obtido de https://i-d.esenf.pt/wp-content/uploads/2021/11/AUTOCUIDADO-UM-FOCO-CENTRAL-PARA-A-ENFERMAGEM_Versao_provisoria.pdf
- Eurocares. (2024). Obtido de <https://eurocarers.org/about-carers/>
- Fernandes, M. d., Mota, R. I., Costa, A., & Henriques, A. (2022). Planeamento em saúde na intervenção da enfermagem comunitária: capacitação dos cuidadores informais através dos recursos da comunidade.
- Fernandes, M. M., & Garcia, T. R. (2009). Atributos da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. 43 (4).

- Figueiredo, M. H., Néné, M., & Sequeira, C. (2023). *Enfermagem de Saúde Familiar*. Lisboa: Lidel.
- Fortin. (1999). *O Processo de Investigação - Da concepção à realização*. Loures: Lusociência - Edições Técnicas e Científicas, Lda.
- Fundação Francisco Manuel dos Santos. (2024). *Fundação Francisco Manuel dos Santos*. Obtido de FFMS: <https://ffms.pt/pt-pt/ffms-play/node/1185/familias-como-nossas#resumo>
- Gil, A. P. (2024). *Quem Cuidará de mim? Problemáticas em Torno dos Cuidados (In)formais*. Lisboa: FFMS - Fundação Francisco Manuel dos Santos.
- Graffar, M. (1956). *Une méthode de classification sociale d'échantillons de la population*. . Bruxelas: Courrier.
- Guimarães, A. C., Freitas, L., Costa, S. O., & Brandão, V. (2020). *Cuidar de quem cuida: Ferramentas de Avaliação dos cuidadores* .
- Imperatori & Giraldes. (1982). *Metodologia do Planeamento da Saúde - Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais*. Lisboa: Obras Avulsas.
- INE. (29 de Maio de 2024). Obtido de Instituto Nacional de Estatística: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=646027819&DESTAQUESmodo=2
- Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME. (s.d.). *INSTITUTE FOR HEALTH METRICS AND EVALUATION*. Obtido de <https://www.healthdata.org/research-analysis/health-by-location/profiles/portugal?language=129#main-content>
- Instituto da Segurança Social - Gabinete de Estratégia e Planeamento. (2024). *CARTA SOCIAL - Rede de serviços e equipamentos - Relatório 2022*. Lisboa. Obtido de <https://www.cartasocial.pt/documents/10182/13834/csocial2022.pdf/8f13f416-2d78-4ece-aff5-81ee62296043>
- Instituto da Segurança Social. (2025). *Guia Prático – Estatuto do Cuidador Informal Principal e Cuidador Informal não Principal*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2022). *Censos 2021 Resultados Definitivos - Portugal*. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P. Obtido de

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOESpub_boui=65586079&PUBLICACOESmodo=2

- Lawton, M.P. , & Brody, E. (1969). Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. pp. 179-186.
- Lopes, M., & Sakellarides, C. (2021). *Os cuidados de saúde face aos desafios do nosso tempo, contributos para a gestão da mudança*. Évora: Imprensa da Universidade de Évora.
- Machado, P. A. (2013). Papel do Prestador de Cuidados.
- Mahoney, F. I., & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation. The Barthel Index. pp. 61-65.
- Marques, R., Néné, M., & Sequeira, C. (2024). *Enfermagem Avançada*. Lisboa.
- Martins, T., Araújo, M., Peixoto, M., & Machado, P. P. (2016). *A pessoa Dependente & o familiar Cuidador*. Porto: Enfermagem.Porto.
- Martins, T., França, D., Peixoto, M., & Araújo, F. (2023). Melhorando a exatidão: O ponto de corte ideal do questionário da Avaliação da sobrecarga do Cuidador Informal. doi: DOI: 10.12707/RVI23.59.31143
- Melo, P. (2020). *Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública*. Lisboa: Lidel-Edições Técnicas, Lda.
- Ministério do Trabalho, Solidariedade e Segurança Social. (Dezembro de 2024). *Segurança Social*. Obtido de https://www.seg-social.pt/estatisticas-detalle/-/asset_publisher/GzVIhCL9jqf9/content/estatuto-do-cuidador-informal
- Nolan, M., & Grant, G. (1989). Addressing the needs of informal carers: a neglected area of nurses practice. (1. Journal of Advanced Nursing, Ed.) pp. 950-961.
- Observatório das Desigualdades. (2024). *Anos de vida saudável*. Obtido de <https://www.observatorio-das-desigualdades.com/2020/03/15/anos-de-vida-saudavel/>
- Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza. (Novembro de 2020). *Boletim #5 - Envelhecimento e Políticas Sociais - Que Respostas e Que Futuro?* Obtido de

<https://on.eapn.pt/wp-content/uploads/Boletim-5-ENVELHECIMENTO-E-POL%C3%8DTICAS-SOCIAIS-EM-PORTUGAL.pdf>

Observatório Nacional da Luta Contra a Pobreza. (2023). *Pobreza e exclusão social*. Porto: eaPN Portugal. Obtido de <https://on.eapn.pt/produtos/relatorios/>

Observatório Social de Gaia - edição n.º 13. (2023). *População estrangeira a residir em Vila Nova de Gaia: evolução e perfis*. Obtido de https://www.cm-gaia.pt/fotos/editor2/acao_social/observatorio_social/nl_observatorio_social_gaia_13_web.pdf

Observatório Social de Gaia - edição n.º10. (2022). *Cuidadores/as Informais em Vila Nova de Gaia*. Vila Nova de Gaia.

Observatório Social de Gaia - Newsletter n. 8.0. (2021). *Rendimento e desigualdades*. Obtido de https://www.cm-gaia.pt/fotos/editor2/acao_social/obsocial/observatorio_social_gaia_8.pdf

Observatório Social de Gaia - Newsletter n. 9.0. (2022). *Gaia nos Censos 2021*. Obtido de https://www.cm-gaia.pt/fotos/editor2/acao_social/observatorio_social/nl_observatorio_social_gaia_9.pdf

Observatorio Social de Gaia. (2022). *Gaia nos Censos de 2021 - resultados provisórios*. Obtido de https://www.cm-gaia.pt/fotos/editor2/acao_social/observatorio_social/nl_observatorio_social_gaia_9.pdf

OMS. (2019). *Organização Mundial da Saúde. Escritório Regional para a Europa*. Obtido de *Vidas saudáveis e prósperas para todos: o Relatório Europeu sobre o Status da Equidade na Saúde.*: <https://iris.who.int/handle/10665/326879> . Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

OMS. (2023). *Cuidados de Saúde primários*. Obtido em 30 de junho de 2024, de Organização Mundial de saúde: <https://www.who.int/world-health-day/world-health-day-2019/fact-sheets/details/primary-health-care>

OMS. (2024). *Autocuidado para a saúde e bem-estar*. Obtido de <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/self-care-health-interventions>

- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem - Enquadramento Conceptual Enunciados descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE Versão 2 - Classificação Internacional para a Prática dos Enfermeiros*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros.
- Petronilho, F. A., Pereira, C. M., Magalhães, A. C., Carvalho, D. M., Oliveira, J. M., Castro, P., & Machado, M. P. (2017). Evolução das pessoas dependentes no autocuidado acompanhadas na Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados.
- PORDATA. (2024). Obtido de <https://www.pordata.pt/pt/estatisticas/populacao/populacao-residente/populacao-residente-por-sexo-e-grupo-etario>
- Portaria n.º 67/2012, de 21 de março. (s.d.). Ministério da Solidariedade e da Segurança Social. *Diário da República n.º 58/2012, Série I de 2012-03-21*, pp. 1324 - 1329.
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro. (2019). *Diário da República n.º 26/2019, Série II de 2019-02-06*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 428/2018, de 16 de julho. (s.d.). *Diário da República n.º 135/2018, Série II de 2018-07-16. Ordem dos Enfermeiros*, pp. 19354 - 19359. Obtido de <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>
- Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho. (s.d.). *Diário da República n.º 131/2022, Série II de 2022-07-08*. Obtido de Ordem dos Enfermeiros: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26674/regulamento-ato-do-enfermeiro.pdf>
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Lisboa: Fundação Francisco Manuel dos santos - FFMS.
- Rosling, H. (2019). *Factfulness*. Lisboa: Temas e debates - Círculo de Leitores.

- Sequeira. (2020). *Cuidar de Idosos com dependência física e mental*. Lisboa: Lidel.
- Sequeira, C. (2007). O aparecimento de uma perturbação demencial e suas repercussões na família. (T. d. Doutoramento., Ed.)
- Sequeira, C., & Néné, M. (2022). *Investigação em Enfermagem - Teoria e Prática*. Lisboa: Lidel.
- Serviço Nacional de Saúde . (2024). *Instituto Nacional de saúde Doutor Ricardo Jorge*. Obtido de Ministério da Saúde: <https://www.insa.min-saude.pt/>
- Serviço Nacional de Saúde. (s.d.). *Bi-CSP - Bilhete de Identidade dos Cuidados de saúde Primários*. Obtido de <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/1/919/10037/1130555/Paginas/default.aspx>
- SNS - BI-CSP. (s.d.). *Bilhete de identidade dos cuidados de saúde primários*. Obtido de Distribuição das inscrições nos CSP: <https://bicsp.min-saude.pt/pt/biufs/Paginas/default.aspx>
- Sobral, A., & Freitas, C. M. (2010). *Modelo de Organização de Indicadores para Operacionalização dos Determinantes Socioambientais da saúde*.
- Sousa, F. A., Goulart, M. G., Braga, A. M., Medeiros, C. O., Rego, D. C., Vieira, F. G., . . . Loura, M. P. (2017). Estabelecimento de prioridades em saúde numa comunidade: análise de um percurso.
- Tomey, A. M., & Alligood, M. R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e sua obra - Modelos e teorias de Enfermagem - 5.ª edição*. Loures: Lusociência.
- Trindade, I., Almeida, D., Romão, M., Rocha, S., Fernandes, S., Varela, V., & Braga, M. (2017). Revista Portuguesa Medicina Geral Familiar. *Caracterização do grau de sobrecarga dos cuidadores de utentes dependentes da Unidade de saúde Familiar USF Descobertas*.
- UNESCO. (2011). *Classificação Internacional Tipo da Educação (CITE)*. Obtido de https://estatistica.dgeec.mec.pt/docs/docs_cdr/ISCED2011_PT.PDF
- Unidade de Gestão e Acompanhamento da RNCCI. (2024). *Guia Prático Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*. Obtido de <https://www.seg->

social.pt/documents/10152/27187/N37_rede_nacional_cuidados_continuados_in
tegrados_rncci/f2a042b4-d64f-44e8-8b68-b691c7b5010a

Unidade de Saúde Pública. (2023). *Diagnóstico de Situação de Saúde - ACES Grande Porto VII - Gaia*. Vila Nova de Gaia: Unidade de Saúde Pública.

USP. (2022-2023). *Diagnóstico de Situação da saúde Escolar ACES de Gaia 2022-2023*. Vila Nova de Gaia: Unidade de saúde Pública.

USP. (2023). *Diagnóstico de Situação de Saúde - ACES Grande Porto VII - Gaia*. Vila Nova de Gai: Unidade de Saúde Pública.

USP. (2023). *Manual de Acolhimento de Estudantes e Profissionais do ACES Grande Porto VII - Gaia*. Vila Nova de Gaia: Unidade de Saúde Pública.

Zarit, S.H. (1989). Do we need another "stress and caregiving study? (2. (. The Gerontologist, Ed.) pp. 147-149.

APÊNDICES

Apêndice I – Instrumento de recolha de dados

INSTRUMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Dados de Identificação	
1. Idade _____ anos	
2. Sexo 1. Feminino ☐ 2. Masculino ☐	3. Estado Civil 1. Solteira/o ☐ 2. Casada/o ou em união de facto ☐ 3. Divorciada/o ou separada/o ☐ 4. Viúva/o ☐
4. Escolaridade 1. Analfabeto ☐ 2. Não frequentou a escola, mas sabe ler e escrever ☐ 3. Sem o 1º ciclo completo ☐ 4. Completou a 4ª classe ☐ 5. Completou o 9º ano de escolaridade (antigo 5º ano) ☐	6. Completou o 12º ano de escolaridade (antigo 7º ano) ☐ 7. Completou o ensino superior ☐ 8. Nível de ensino completado em adulto ☐ 9. Ensino Especial ☐ 10. Outro ☐
Caraterísticas Socio Demográficas	
5. Escala de Graffar Adaptada - Avaliação das condições socioeconómicas da família com vista a identificar a classe social SCORE: _____	
6. Relação com o seu familiar dependente: 1. Filho/a ☐ 2. Esposa/o ou companheira/o ☐ 3. Pai ou Mãe ☐ 4. Irmã ou Irmão ☐ 4. Outros ☐	
7. Qual é a sua profissão? _____	
8. Situação face ao emprego em que se encontra neste momento? 1. Trabalho a tempo inteiro ☐ 2. Trabalho a tempo parcial ☐ 3. Sem emprego ☐ 4. Reformado ☐	
9. Durante quanto tempo exerceu a sua atividade profissional em simultâneo com o papel de cuidador/a? _____	
10. O seu rendimento é suficiente para fazer face às necessidades? 1. Sim ☐ 2. Não ☐	10.1 Se respondeu não, recebe apoio económico de alguém? 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 10.1.1 Se sim, de quem? _____
11 Coabita com o seu familiar dependente? 1. Sim, sempre ☐ 2.1 Sim, por períodos ☐ 2.1.1 Diurno ☐ 2.1.2 Noturno ☐ 3. Não ☐	

12. Tem apoio no cuidado ao seu familiar dependente? Sim ☐ Não ☐ 12.1.2 Se sim, a quem recorre? _____		
13. Capacidade Funcional		
13.1. Avaliação do Cuidador Informal		
13.1. Índice de Lawton-Brody – Atividades Instrumentais de Vida Diária (Lawton-Brody, 1969 adaptado por Sequeira, 2007)		
Cuidar da Casa	(1) Cuida da casa sem ajuda (2) Faz tudo exceto o trabalho pesado (3) Só faz tarefas leves (4) Necessita de ajuda para todas as tarefas (5) Incapaz de fazer qualquer tarefa	
Lavar Roupa	(1) Lava a sua roupa (2) Só lava pequenas peças (3) É incapaz de lavar a roupa	
Preparar Comida	(1) Planeia, prepara e serve sem ajuda (2) Prepara se lhe derem os ingredientes (3) Prepara pratos pré cozinhados (4) Incapaz de preparar refeições	
Ir às Compras	(1) Faz as compras sem ajuda (2) Só faz pequenas compras (3) Faz as compras acompanhado (4) É incapaz de ir às compras	
Uso do Telefone	(1) Usa-o sem dificuldade (2) Só liga para lugares familiares (3) Necessita de ajuda para o usar (4) Incapaz de usar o telefone	
Uso do Transporte	(1) Viaja em transporte público ou conduz (2) Só anda de táxi (3) Necessita de acompanhamento (4) Incapaz de usar o transporte	
Uso do Dinheiro	(1) Paga as contas, vai ao banco, etc. (2) Só em pequenas quantidades de dinheiro (3) Incapaz de utilizar o dinheiro	
Responsável Medicamentos	(1) Responsável pela medicação (2) Necessita que lhe preparem a medicação (3) Incapaz de se responsabilizar pela medicação	
13.1. Pontuação Final		
13.2. Avaliação da Pessoa Cuidada		
13.2. Índice de Barthel para as Atividades de Vida Diárias (Mahoney & Barthel, 1965 Adaptado por Sequeira, 2007)		
Higiene pessoal	(0) Necessita de ajuda com o cuidado pessoal (5) Independente no barbear, dentes, rosto e cabelo (utensílios fornecidos)	
Evacuar	(0) Incontinente (ou necessita que lhe sejam aplicados clisteres) (5) Episódios ocasionais de incontinência (uma vez por semana) (10) Continente (não apresenta episódios de incontinência)	
Urinar	(0) Incontinente ou algaliado (5) Episódios ocasionais de incontinência (máximo uma vez em 24 horas) (10) Continente (por mais de 7 dias)	
Ir à casa de banho (Uso do Sanitário)	(0) Dependente (5) Necessita de ajuda mas consegue fazer algumas coisas, sozinho (10) Independente (senta-se, levanta-se, limpa-se e veste-se sem ajuda)	
Alimentar-se	(0) Incapaz (5) Necessita de ajuda para cortar, barrar manteiga, etc. (10) Independente (a comida é providenciada)	

Transferências (Cadeira/Cama)	(0) Incapaz - não tem equilíbrio ao sentar-se (5) Grande ajuda (uma ou duas pessoas) física, consegue sentar-se (10) Pequena ajuda (verbal ou física) (15) Independente (não necessita qualquer ajuda, mesmo que utilize cadeira de rodas)	
Mobilidade (Deambulação)	(0) Imobilizado (5) Independente na cadeira de rodas incluindo cantos, etc. (10) Anda com ajuda de uma pessoa (verbal ou física) (15) Independente (mas pode usar qualquer auxiliar, ex.: bengala)	
Vestir-se	(0) Dependente (5) Necessita de ajuda, mas faz cerca de metade sem ajuda (10) Independente (incluindo botões, fechos e atacadores)	
Escadas	(0) Incapaz (5) Necessita de ajuda (verbal, física, transporte dos auxiliares de marcha) ou supervisão (10) Independente (subir / descer escadas, com apoio do corrimão ou dispositivos)	
Banho	(0) Dependente (5) Independente (lava-se no chuveiro/ banho de imersão/ usa a esponja por todo o corpo sem ajuda)	
13.2 Pontuação Final		
Avaliação do Cuidador Informal		
14. Sofre, atualmente, de alguma doença crónica?	1.Artrite/Reumatismo ☐ 2.Glaucoma/Cataratas ☐ 3.Asma/Bronquite/DPOC ☐ 4.Hipertensão Arterial ☐ 5.Diabetes ☐ 6.Patologia cardíaca ☐ 7.Antecedentes de AVC ou AIT ☐ 8.Patologia do foro circulatório ☐ 9.Patologia do foro digestivo ☐ 10.Patologia do foro hepático ☐	11.Obstipação ☐ 12.Dislipidemia ☐ 13.Osteoporose ☐ 14.Anemia ☐ 15.Patologia do foro urinário ☐ 16.Patologia do foro dermatológico ☐ 17.Patologia Oncológica ☐ 18.Patologia psiquiátrica ☐ 19.Parkinson ☐ 20.Patologia degenerativa ☐
15.Como avalia, atualmente, o seu estado de saúde?	1.Muito Má ☐ 2.Má ☐ 3.Normal ☐ 4.Boa ☐ 5.Muito Boa ☐	
16.Comparando com há cinco anos como avalia a sua saúde neste momento?	1.Muito Melhor ☐ 2. Melhor ☐ 3.Igual ☐ 4. Pior ☐ 5. Muito Pior ☐	
17. Nos últimos 6 meses, sentiu alguma dor?	1 Sim. ☐ 2. Não ☐ 1.1. Se sim, esta dor tem relação com o papel de cuidador informal? Sim ☐ Não ☐	
Padrão de Sono		
19. Nos últimos 6 meses sentiu alterações no seu sono?	1. Sim, devido à prestação de cuidados ☐ 2. Sim, devido a problemas que não se relacionam com a prestação de cuidados ☐ 3. Não ☐	

20. Se sim, que alterações sentiu?	1. Dificuldade em adormecer ☐ 2. Insónia ☐ 3. Outra ☐ Qual? _____	
Gestão do Regime Terapêutico		
21. Usa algum medicamento de forma contínua/crónica?	1. Sim ☐ 1.1 Quantos? _____ 2 Não ☐	
21. 1.2 Se sim, quem prescreveu? 1. Médico de Família ☐ 2. Médico do SU (Serviço de Urgência) ☐ 2. Farmacêutico ☐ 3. Pedi a alguém próximo que já usava ☐ 4. Outra ☐	1.3 Se sim, qual a classe farmacológica? 1. Anti-inflamatórios ☐ 2. Antibióticos ☐ 3. Analgésicos ☐ 4. Hipnóticos ☐ 5. Sedativos ☐ 6. Ferro ☐ 7. Anti convulsivantes ☐ 8. Broncodilatadores ☐ 9. Oxigénio ☐ 10. Expetorantes ☐	11. Antiarrítmicos ☐ 12. Antidiabéticos orais/insulina ☐ 13. Anti psicóticos ☐ 14. Antidepressivos ☐ 15. Anticoagulantes ☐ 16. Vitaminas ☐ 17. Diuréticos ☐ 18. Antidislipidémico ☐ 19. Laxantes ☐ 20. Antiespasmódico ☐ 21. Outro: _____
22. Iniciou alguma medicação associada ao seu papel de cuidador?	1. Sim ☐ 2. Não ☐	
22.1 Se sim, o quê?	1. Analgésicos ☐ 2. Anti-inflamatórios ☐ 3. Hipnóticos ☐ 4. Sedativos ☐	5. Antidepressivos ☐ 6. Anti psicóticos ☐ 7. Outro: _____
22.2 Se sim, quem prescreveu?	1. Médico de Família ☐ 2. Médico do SU ☐ 3. Farmacêutico ☐	4. Pedi a medicação a alguém próximo que já tomava ☐ 5. Outra ☐
Contexto do Cuidar		
23 Tem Estatuto do Cuidador Informal? 1. Sim ☐ 2. Não ☐ 23.1 Se sim, há quanto tempo tem o Estatuto? _____ 23.2 Se sim, na sua perspetiva, o que é que mudou desde que tem o estatuto do cuidador informal? _____ 23.3 Se sim, o que gostaria de ter no Estatuto do Cuidador Informal que não é contemplado atualmente? _____		
23.2 Se não, qual é a razão? 1. Não tenho conhecimento sobre a existência ☐ 2. Dificuldade em aceder ao estatuto ☐ 3. Não cumpro os requisitos ☐ 4. Outro ☐	24. Há quantos anos cuida do seu familiar dependente? _____ 25. Presta cuidados quantas horas por dia? _____	

26. Que tipo de cuidados presta ao seu familiar dependente? 1. Informacional ☐ 2. AC: Cuidados de Higiene ☐ 3. AC: Higiene pessoal ☐ 4. AC: Evacuar ☐ 5. AC: Urinar ☐ 6. AC: Usar o sanitário ☐	7. AC: Alimentar-se ☐ 8. AC: Transferir-se ☐ 9. AC: Vestir-se/despir-se ☐ 10. Subir/descer escadas ☐ 11. Económico ☐ 12. Outro. Qual? _____
27. Por que razão se tornou cuidador/a? 1. Não existiam alternativas ☐ 2. Ligação afetiva (por escolha) ☐ 3. Obrigação sócio moral ☐ 4. Presunção da vontade pelos profissionais ☐ 5. Por impulso ☐ 6. Falta de consciência das mudanças ☐ 7. Outro ☐	
28. Como se sente ao ser Cuidador/a? 1. Satisfeita/o ☐ 2. Insatisfeita/o ☐ 3. Cansada/o ☐ 4. Pouco adaptada/o ☐ 5. Em transição/ a processar ☐ 6. Outro ☐	
29. No cuidar, quais as principais dificuldades sentidas? (Retirado parcialmente da CADI) 1. Não tenho tempo suficiente para mim próprio ☐ 2. Traz-me problemas de dinheiro ☐ 3. Não consigo dedicar tempo suficiente à restante família ☐ 4. Por vezes, a pessoa de quem cuido exige muito de mim ☐ 5. Deixa-me muito cansada (o) fisicamente ☐ 6. Por vezes sinto-me de “mãos atadas” / sem poder fazer nada ☐ 7. Chega a transtornar as minhas relações familiares ☐ 8. Nenhuma dificuldade ☐ 9. Outra ☐	
30. Se tivesse outra opção, segura para o seu familiar dependente, deixaria de ser cuidador/a? 1. Sim ☐ 2. Não ☐	

31. ESCALA DE ZARIT (segundo SCLinic) Indique a frequência com que as seguintes situações ocorreram consigo e o seu familiar dependente:					
	Nunca (1)	Quase Nunca (2)	Às vezes (3)	Muitas Vezes (4)	Quase Sempre (5)
1. Sente que o seu familiar solicita mais ajuda do que aquela que realmente necessita?	1	2	3	4	5
2. Considera que devido ao tempo que dedica ao seu familiar já não dispõe de tempo suficiente para si próprio?	1	2	3	4	5

3. Sente-se tenso(a) quando tem de cuidar do seu familiar e ainda tem outras tarefas para fazer?	1	2	3	4	5
4. Sente-se envergonhado (a) pelo comportamento do seu familiar?	1	2	3	4	5
5. Sente-se irritado(a) quando está junto do seu familiar?	1	2	3	4	5
6. Considera que a sua situação atual afeta de forma negativa a sua relação com os seus amigos/ familiares?	1	2	3	4	5
7. Tem receio pelo futuro destinado ao seu familiar?	1	2	3	4	5
8. Considera que o seu familiar está dependente de si?	1	2	3	4	5
9. Sente-se esgotado quando tem de estar junto do seu familiar?	1	2	3	4	5
10. Vê a sua saúde ser afetada por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
11. Considera que não tem vida privada como desejaria devido ao seu familiar?	1	2	3	4	5
12. Pensa que as suas relações sociais são afetadas negativamente por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
13. Sente-se pouco à vontade em convidar amigos para o (a) visitarem devido ao se familiar?	1	2	3	4	5
14. Acredita que o seu familiar espera que cuide dele como se fosse a única pessoa com quem pode contar?	1	2	3	4	5
15. Considera que não dispõe de economias suficientes para cuidar do seu familiar e para o resto das despesas?	1	2	3	4	5
16. Sente-se incapaz de cuidar do seu familiar por muito mais tempo?	1	2	3	4	5
17. Considera que perdeu o controlo da sua vida depois da doença do seu familiar se manifestar?	1	2	3	4	5
18. Desejaria poder entregar o seu familiar aos cuidados de outra pessoa?	1	2	3	4	5
19. Sente-se inseguro acerca do que deve fazer com o seu familiar?	1	2	3	4	5
20. Sente que poderia fazer mais pelo seu familiar?	1	2	3	4	5
21. Considera que poderia cuidar melhor do seu familiar?	1	2	3	4	5
22. Em geral sente-se muito sobrecarregado por ter de cuidar do seu familiar?	1	2	3	4	5
31. PONTUAÇÃO TOTAL					
Recursos da Comunidade					

32. Que recursos de saúde utiliza, mais frequentemente, na comunidade? 1. Enfermeiro de Família ☐ 2. Médico de Família ☐ 3. UCC ☐ 4. Serviço Atendimento Complementar (SAC) ☐ 5. Serviço de Urgência ☐ 6. Serviços Privados ☐ 7. Outro _____
33. Quantas vezes por mês recorre com o seu familiar dependente à USF? (média no último ano) 1. Nenhuma ☐ 2. Uma ☐ 3. Duas ☐ 4. Três ou mais ☐
34. Conhece o seu enfermeiro de família? 1. Sim ☐ 2. Não ☐. 34.1. Porquê? _____
35. O seu enfermeiro de família já se deslocou ao seu domicílio? 1. Sim ☐ 2. Não ☐
36. Quantas vezes por ano recorre com o seu familiar dependente a um SU ou SAC? (média no último ano) 1. Nenhuma ☐ 2. Uma ☐ 3. Duas ☐ 4. Três ou Mais ☐
37.1 Sente que recebe resposta suficiente dos cuidados de saúde primários? 1. Sim ☐ 2. Não ☐
37.2 Se não, em que sentido se encontra sem resposta? _____
38. Participa em algum projeto da UCC 1. Sim ☐ 2. Não ☐
38.1 Se sim, em qual? _____
38.2 Se não, participa em algum projeto para o Cuidador Informal organizado por outra entidade? _____

5. ESCALA DE GRAFFAR (Adaptada) - Avaliação das condições socioeconómicas da família com vista a identificar a classe social									
Graus	Profissão	Instrução	Origem rendimento familiar	Tipo de habitação	Local de residência	PONTUAÇÃO			Posição Social
						C/5 Itens	C/4 Itens	C/3 Itens	
1	· Grandes industriais e comerciantes · Gestores de topo do setor público ou privado · Professores universitários c/doutoramento · Brigadeiro, general, marechal · Profissões liberais de topo · Altos dirigentes políticos	Licenciatura Mestrado Doutoramento	· Lucros de empresas, de propriedades · Heranças · Rendimentos profissionais de elevado nível	Casa ou andar luxuoso, espaçoso e com o máximo de conforto	Zona residencial elegante	5 ⇅ 9	4 ⇅ 7	3	I Classe Alta Data: __/__/__
2	· Médios industriais e comerciantes · Dirigentes de médias empresas · Agricultores/proprietários · Dirigentes intermédios e quadros técnicos do setor público ou privado · Oficiais das FA · Profissões liberais · Professores EB, e Sec. e Prof Universitário (s/doutoramento)	Bacharelato ou curso superior de duração ≤ 3 anos	Altos vencimentos e honorários (≥ 10 vezes salário mínimo nacional)	Casa ou andar bastante espaçoso e confortável	Bom local	10 ⇅ 13	8 ⇅ 10	4 ⇅ 6	II Classe Média Alta Data: __/__/__
3	· Pequenos industriais e comerciantes · Quadros médios: chefes de secção · Empregados escritório (grau ↑) · Médios agricultores · Sargentos e equiparados	12º. Ano Nove ou mais anos de escolaridade	Vencimentos certos	Casa ou andar em bom estado de conservação, com cozinha e casa de banho e eletrodomést. Essenciais	Zona Intermédia	14 ⇅ 17	11 ⇅ 13	7 ⇅ 9	III Classe Média Data: __/__/__
4	· Pequenos agricultores/rendeiros · Empregados. Escritório (grau ↓) · Operários semiqualeificados · Funcionários públicos e membros das FA ou militarizados de nível ↓	Escolaridade ≥ 4 Anos e <9 anos	· Renumeração <Salário mínimo nacional · Pensionistas ou reformados · Vencimentos incertos	Casa ou andar modesto com cozinha e casa de banho, com eletrodomésticos de menor nível	· Bairro social/operário · Zona antiga	18 ⇅ 21	14 ⇅ 16	10 ⇅ 12	IV Classe Média Baixa Data: __/__/__
5	· Assalariados agrícolas · Trabalhadores indiferenciados e profissões não classificadas nos grupos anteriores	Não sabe ler ou escrever Escolaridade <4 Anos	· Assistência (subsídios) · RMG	· Impróprio (barraca, andar ou outro) · Coabitação de várias famílias em situação de promiscuidade	Bairro da lata ou equivalente	22 ⇅ 25	17 ⇅ 20	13 ⇅ 15	V Classe Baixa Data: __/__/__

Apêndice II – Consentimento Livre e Esclarecido

Consentimento Informado, Livre e Esclarecido

considerando a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo

Por favor, leia ou escute com atenção a seguinte informação. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, queira assinar este documento ou fornecer o seu consentimento verbal.

Título do estudo: Perfil e necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem do cuidador informal da pessoa dependente.

Enquadramento: Este estudo é parte integrante de um projeto de investigação desenvolvido no âmbito da Unidade Curricular de Estágio e Relatório Final do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa, com Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública, tendo como finalidade desenvolver um diagnóstico de situação, atendendo à metodologia de planeamento em saúde, relativamente ao perfil e necessidades sensíveis, aos cuidados de enfermagem, do cuidador informal da pessoa dependente.

Explicação do estudo: Após uma análise das necessidades e motivações pessoais e institucionais, constatou-se a relevância de desenvolver um estudo centrado nos cuidadores informais de uma UCC. A ausência de iniciativas direcionadas aos cuidadores informais, articulada com a mais recente literatura científica sobre a temática em estudo e a experiência da investigadora principal como enfermeira numa Unidade de Saúde Familiar colocam a descoberto a necessidade de proceder à caracterização destes cuidadores informais, para que, com base nos achados, seja possível proceder ao planeamento e implementação de respostas continuadas, integradas e personalizadas. Este grupo, frequentemente subvalorizado, desempenha um papel vital no suporte ao sistema de saúde, principalmente na assistência a pessoas com doenças crónicas, dependência no autocuidado e condições que exigem cuidados constantes. O reconhecimento da importância dos cuidadores informais é fundamental, especialmente num cenário em que os sistemas de saúde enfrentam limitação de recursos. Portanto, a capacitação e o apoio adequados a estes cuidadores podem resultar na melhoria das condições de saúde das pessoas sob os seus cuidados, bem como na redução do stress e da sobrecarga que frequentemente enfrentam. Posto isto, para a execução da recolha de dados, opta-se pela aplicação de um instrumento de colheita de dados multidimensional que permita agregar instrumentos de medida já existentes, traduzidos/validados para a população portuguesa

e que se encontram acessíveis através de pesquisa nas bases de dados nacionais. Partindo da população de Cuidadores Informais pertencentes à área de abrangência da UCC parceira e tendo em conta o período temporal de setembro de 2024 a janeiro de 2025, pretende-se identificar o perfil e as necessidades sensíveis aos cuidados de enfermagem do cuidador informal da pessoa dependente, dentro do período temporal referido. Entende-se como Cuidador Informal, segundo o Decreto Regulamentar nº 1/2022, de 10 de janeiro, aquele que “é sempre o cônjuge ou unido de facto, parente ou afim até ao 4.º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada (Ex: filhos, netos, bisnetos, trinetos, irmãos, pais, tios, avós, bisavós, trisavós, tios-avós ou primos). Pode ainda ser cuidador informal: quem, não tendo com a pessoa cuidada laços familiares, viva em comunhão de habitação com ela; os progenitores com regime de guarda partilhada da pessoa cuidada”.

Caso aceite participar no estudo, ser-lhe-á atribuído um código aleatório. Seguidamente, realizar-se-á uma entrevista para aplicação do formulário de colheita de dados de modo a avaliar as características sociodemográficas e vulnerabilidade. Prevê-se que a aplicação do instrumento de colheita de dados tenha a duração de 60 minutos. Será abordado para participar, apenas, na fase de colheita de dados.

Benefícios/riscos associados à participação do estudo: Não se preveem benefícios diretos e imediatos associados à participação no estudo. No entanto, prevê-se que a população alvo possa beneficiar dos resultados da investigação. Não se preveem riscos associados à participação no estudo.

Condições e financiamento: O estudo é assegurado pela investigadora e a sua participação é voluntária não existirão quaisquer prejuízos no caso de não ter interesse em integrar ou continuar a participar no estudo. Informa-se que foi solicitado parecer à Comissão de Ética da Universidade Católica Portuguesa.

Confidencialidade e anonimato: Todos os elementos que integram a equipa responsável pela colheita de dados são licenciados em enfermagem e, portanto, regem a sua prática profissional pelas exigências éticas e deontológicas que a mesma obriga (nomeadamente, a confidencialidade e o anonimato). Não serão recolhidos dados que permitam a identificação dos participantes. A cada participante será atribuído um código aleatório, sendo a análise dos dados, a redação da tese de mestrado, publicação de artigos, pósteres ou comunicações orais, baseada nesse código. O código será também utilizado para operacionalizar a desistência do participante no decurso da investigação, caso se verifique.

Caso concorde em participar, solicitamos-lhe que assine o consentimento informado escrito ou nos solicite o consentimento informado verbal.

Muito obrigada pela colaboração e disponibilidade.

Ao dispor para qualquer esclarecimento,

Cláudia Maria Resende Fernandes